

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ**  
**ОСВІТИ ім.П.Л.ШУПИКА**

**ІКОНОПИСЦЕВА НАТАЛІЯ АНАТОЛІЇВНА**

**УДК 618.17-053.7-055.25-06:618.5-089.888.11/.61:617.55-089.888**

**РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЮНИХ ПЕРВОРОДЯЩИХ,  
РОЗРОДЖЕНИХ АБДОМІНАЛЬНИМ ШЛЯХОМ**

**14.01.01 – акушерство та гінекологія**

**Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук**

**Київ – 2008**

Дисертацією є рукопис  
Робота виконана в Національній медичній академії  
післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України

### **Науковий керівник**

доктор медичних наук, професор

**Вдовиченко Юрій Петрович,**

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології

### **Офіційні опоненти**

доктор медичних наук, професор

**Корнацька Алла Григорівна,**

ДУ Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, завідувач відділення реабілітації репродуктивної функції жінок

доктор медичних наук

**Ромащенко Оксана Василівна,**

Інститут урології АМН України, головний науковий співробітник відділу сексопатології та андрології

Захист дисертації відбудеться “\_24\_”\_квітня\_2008 року о \_14\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.02 при Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

Автореферат розісланий “\_18\_”\_березня\_2008 р.

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради,

доктор медичних наук, професор

Романенко Т.Г.

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** За останнє десятиріччя у всьому світі збільшилася кількість непланованих вагітностей у неповнолітніх жінок. Щорічно у багатьох індустріальних країнах та країнах, що розвиваються, від 5% до 10% дівчат у віці 13-18 років стають вагітними, а в деяких регіонах, в тому числі й в Україні, цей показник досягає 20% (ВООЗ, 2005). В результаті, за рік у світі народжують 15 мільйонів дівчат-підлітків, а ще 5 мільйонів вимушені прибігати до переривання вагітності (В.Г. Коколина, 2003; Л.Б. Маркин и соавт., 2005).

Вагітність в юному віці представляє складну медико-соціальну проблему, вирішення якої в значному ступеню залежить від підлітків та їх сімей, а також від суспільства в цілому. Юна вагітна часто невикористовує пренатальну допомогу, у неї вище імовірність загинути від ускладнень під час вагітності і пологів (К.В. Воронин и соавт., 1999; З.М. Дубосарська, 2000). Рання вагітність призводить до соціальної ізоляції незаміжніх юних матерів, перериває їх освіту, що надалі наносить економічну шкоду суспільству, а неповнолітня мати нерідко позбавлена економічної та психоемоційної підтримки, що викликає погіршення її здоров'я, як жінки (Л.А. Иващенко, 2000; Р.К. Игнатьева и соавт., 2000). Все це негативно відображується на репродуктивному здоров'ї молодих жінок.

Вивченню різних боків перебігу вагітності і пологів в юному віці, як в нашій країні, так і за рубежом, присвячено велику кількість публікацій. Загальновідомим є той факт, що первородящі до 18 років складають групу високого ризику щодо розвитку акушерської та перинатальної патології. Поряд з цим, одним з найменш вирішених питань даної проблеми є віддалені наслідки розродження неповнолітніх жінок, особливо у випадку кесарева розтину, частота якого збільшується з року в рік і досягає 15,0% по всій Україні (П.П. Григоренко та співав., 2000; В.В. Масенко, 2006). Взагалі не вивчено питання відновлення менструальної та репродуктивної функції у таких хворих, особливості ендокринологічного статусу, а також не розроблено методи відновного лікування.

Все вищевикладене є переконливою підставою для проведення цього наукового дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика “Актуальні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров’я жінки та перинатальної охорони плода на сучасному етапі” № держ. реєстрації: 0106 U010506 з 12.2006 по 12.2011.

**Мета та завдання дослідження.** Метою дослідження явилось зниження частоти порушень репродуктивного здоров’я юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом на підставі вивчення в них клінічних, мікробіологічних, імунологічних і ендокринологічних особливостей, а також розробки і запровадження комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

Завдання дослідження:

1. Провести оцінку клінічного перебігу вагітності, пологів і структуру показань до абдомінального розродження у юних первородящих.
2. З’ясувати особливості клінічного перебігу раннього і віддаленого періоду після кесарева розтину у первородящих до 18 років.
3. Оцінити зміни мікробіоценозу статевих шляхів, системного й місцевого імунітету, а також ендокринологічного статусу у юних первородящих до і після операції кесарева розтину.
4. Розробити й запровадити комплекс лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів для жінок до 18 років, розроджених абдомінальним шляхом.

*Об’єкт дослідження* – репродуктивне здоров’я первородящих до 18 років.

*Предмет дослідження* – стан мікробіоценозу статевих шляхів, системного й місцевого імунітету, ендокринологічний статус.

*Методи дослідження* – клінічні, функціональні, мікробіологічні, імунологічні, ендокринологічні й статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше вивчено порівняльні аспекти ранніх і віддалених наслідків абдомінального розродження юних первородящих. Вперше встановлено взаємозв’язок між клінічними, мікробіологічними, ендокринологічними, імунологічними і функціональними змінами репродуктивної системи у первородящих до 18 років, розроджених шляхом операції кесарева розтину в ранні і віддалені терміни. Це дозволило розширити наявні дані про патогенез патологічних змін

репродуктивного здоров'я молодих жінок, а також науково обґрунтувати необхідність удосконалення лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

**Практичне значення одержаних результатів.** Вивчено основні клінічні особливості перебігу вагітності і пологів, а також структура показань до операції кесарева розтину у юних первородящих. Встановлено основні особливості клінічного перебігу раннього і віддаленого періоду після кесарева розтину у первородящих до 18 років. Запропоновано методи контролю за ефективністю лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у юних первородящих після кесарева розтину.

Розроблено й упроваджено практичні рекомендації для зниження частоти патологічних змін репродуктивного здоров'я молодих жінок, розроджених абдомінальним шляхом.

Результати досліджень впроваджено в практику роботи Центру охорони здоров'я матері та дитини Сумської області, в початковий процес кафедри акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету, кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

**Особистий внесок здобувача.** Планування і проведення всіх досліджень виконано за період з 2003 по 2006 рр. Автором проведено клініко-лабораторне та функціональне обстеження 90 юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом і через природні пологові шляхи. Самостійно зроблено забір і підготовку біологічного матеріалу. Автором написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки, розроблено практичні рекомендації щодо зниження частоти ранніх і віддалених післяопераційних ускладнень у первородящих до 18 років, розроджених шляхом операції кесарева розтину. Автором виконано статистичну обробку отриманих результатів. Матеріали дисертанта викладено в наукових працях, опублікованих самостійно, а також у тій частині актів упровадження, що стосуються науково-практичної новизни.

**Апробація результатів роботи.** Основні положення дисертаційної роботи оприлюднені на засіданні пленуму акушерів-гінекологів України (Львів, жовтень, 2005), на засіданні асоціації акушерів-гінекологів Київської і Сумської областей (червень, 2004; грудень, 2005; грудень 2006), науково-практичних конференціях „Актуальні питання репродуктивного здоров'я жінок” (Київ, 2004, 2005, 2006); на міжнародній школі-семінарі „Досягнення та

перспективи перинатальної медицини” (Київ, 2006); на 1 спеціалізованій медичній виставці „Здоров’я жінки та дитини” (Київ, 23-26 травня 2006 р.) та на школі-семінарі з міжнародною участю „Сучасні досягнення та перспективи ендоскопічної хірургії в гінекології” (Київ, 15-16 червня 2006 р.).

**Публікації.** За темою кандидатської дисертації опубліковано 4 наукових роботи, з яких 3 - у наукових фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 – у матеріалах конференції.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертація викладена на 117 сторінках комп’ютерного друку, складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріалу та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, їх обговорення, висновків та списку використаних джерел, який включає 185 джерел кирилицею та латинкою. Робота ілюстрована 46 таблицями та 1 рисунком.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Об’єкт, методи та методологія досліджень.** Відповідно до мети і завдань наукової роботи було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 90 юних первородящих (до 18 років), які були розподілені на три групи: контрольна група – 30 юних первородящих, розроджених через природні пологові шляхи; 1 група – 30 юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом, які одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи; 2 група – 30 юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом, які одержували додатково антигомотоксичну терапію для профілактики післяопераційних ускладнень і реабілітації репродуктивного здоров'я.

До комплексу загальноприйнятих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів було включено (згідно з протоколами МОЗ України) антибактеріальну терапію, вітамінотерапію, біо- й імуностимулятори (тималін, адаптогени) та фізіотерапію (магнітотерапія, ультразвук, електрофорез).

Як було відзначено вище до комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів ми додатково включали (окрім біо- й імуностимуляторів) антигомотоксичну терапію: траумель, енгістол, коензим композитум і оваріум-композитум. Причому перші два препарати використовували в ранньому післяопераційному періоді (від 1-ої до 5-ї доби після кесарева розтину в загальноприйнятому дозуванні), а інші два – для

відновного лікування у віддаленому періоді після абдомінального розродження для нормалізації метаболічних процесів і дисгормональних порушень.

Для дослідження стану плода застосовували кардіотокографію на апараті „Biomedica” з автоматизованою обробкою результатів (В.Н. Серов и соавт., 1999). В оцінці стану матки, плаценти, навколоплодових вод, плода застосовували ультразвукове дослідження на апараті „Toshiba”. Ехографічну оцінку плаценти проводили за загальноприйнятими стандартами (С.Г. Хачкурузов, 2000).

Гормональні дослідження в плазмі крові після розродження включали визначення вмісту естрадіолу (Е), прогестерону (ПГ), тестостерону (Т), фолітропіну (ФСГ), лютотропіну (ЛГ), пролактину (Прл), кортизолу (Кр) та альдостерону (Алд) за загальноприйнятим імуноферментним методом (А.Г. Резников, 2003).

Для оцінки стану системного імунітету вивчали субпопуляції В-лімфоцитів (CD20+; CD23+) та Т-лімфоцитів (CD3+; CD4+; CD8+; CD16+) (А.В. Караулова, 1999; Г.И. Назаренко и соавт., 2000). Вміст лізоциму в крові і у відокремлюваному з порожнини матки, а також вміст імуноглобулінів А, М та G у піхвовому виділенні вивчали за загальноприйнятою методикою (А.В. Караулова, 1999; Г.И. Назаренко и соавт., 2000).

Мікробіологічні і вірусологічні дослідження проводили за загальноприйнятими методиками (Г.И. Назаренко и соавт., 2000).

Статистичну обробку отриманих даних виконували на комп'ютері IBM PS AT за програмою „MED STAT”, призначеною для обробки результатів медичних і біологічних спостережень. Залежно від типів даних і розв'язуваних завдань використовували як параметричні, так і непараметричні критерії (О.П. Мінцер та співавт., 2004).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Згідно з одержаними нами результатами середній вік в контрольній групі складав  $16,5 \pm 0,8$  року, в 1 -  $16,9 \pm 0,3$  і в 2 -  $16,4 \pm 0,2$  року, що достовірно не відрізняється між собою ( $p > 0,05$ ). При оцінці соціального статусу обстежених дівчат-підлітків встановлено, що у всіх трьох групах переважали школярки (контрольна група – 63,3%; 1 – 66,7% і 2 – 73,3%) і дещо рідше зустрічалися дівчини, які вчаться в технікумах, ліцеях і вузах (контрольна група – 26,7%; 1 – 23,3% і 2 – 20,0%). Дуже показовим є той факт, що не працюючі

дівчата-підлітки зустрічалися набагато рідше (контрольна група – 10,0%; 1 – 10,0% і 2 – 6,7%).

За даними сучасної літератури (Н.В. Кобозева и соавт., 2001; D.R. Hollingsworth et al., 2006) особливе значення в клінічній оцінці перебігу гестаційного періоду і пологів у юних первородящих мають особливості становлення менструальної функції. За нашими даними середній вік настання менархе у юних первородящих складав в контрольній групі  $12,9 \pm 0,3$  року, в 1 –  $12,8 \pm 0,6$  і в 2 –  $12,6 \pm 0,2$  року, що достовірно не відрізняється між собою ( $p > 0,05$ ) і відповідає настанню першої менструації у дівчат Сумського регіону.

Вік початку статевого життя у сексуально активних підлітків складав  $14,9 \pm 0,3$  року. В 100% випадків статеве життя починалося без вступу до шлюбу. Моногамних відносин дотримувалися 70% обстежених, а 30% указували на наявність двох і більш партнерів (до п'яти). При цьому, чим раніше дівчата починали статеве життя, тим активніше вони його вели, тим більшу кількість партнерів вони указували. Гінекологічний вік дівчат-підлітків, які живуть статевим життям, на момент початку статевого життя складав  $3,9 \pm 0,2$  року, причому практично всі не використовували контрацептивні методики. Одержані результати підтверджують думку провідних фахівців як у нас в країні, так і за рубежом (О.Г. Путищева и соавт., 2001; N. Farber, 2001), що відсутність чітких рекомендацій з питань планування сім'ї у дівчат-підлітків приводить до ранньої вагітності, яка в більшості випадків (за нашими даними в 73,3%) є небажаною і її прогресування зумовлено рядом суб'єктивних причин медико-соціального характеру.

Вивчення соматичного здоров'я юних первородящих дозволило виявити, що більшість (83,3%) дівчат обох груп мали обтяжений соматичний анамнез. Провідні місця займали: аденовірусні інфекції (контрольна група – 30,0%; 1 – 33,3% і 2 – 36,7%), патологія ЛОР-органів (контрольна група – 20,0%; 1 – 23,3% і 2 – 26,7%), захворювання шлунково-кишкового тракту (контрольна група – 23,3%; 1 – 20,0% і 2 – 16,7%), ендокринна патологія (контрольна група – 10,0%; 1 – 13,3% і 2 – 10,0%) і захворювання нирок (контрольна група – 6,7%; 1 – 10,0% і 2 – 10,0%), що погоджується з даними сучасної літератури про високий рівень соматичної захворюваності у юних первородящих (В.М. Астахов, 1995; E. Nemminki et al., 2006).

Отже, як показали результати клінічної характеристики юних первородящих, ці пацієнтки відносяться до групи високого ризику



щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, що диктує необхідність індивідуального підходу при розробці тактики ведення у них вагітності і пологів.

Дані вітчизняної і зарубіжної літератури (Е.Б. Яковлева, 1991; K.Z. Shvars, 2004) свідчать про високу частоту ускладнень гестаційного періоду у первородящих до 18 років. При оцінці одержаних нами результатів основними ускладненнями були бактеріальний вагіноз (1 група – 23,3% та 2 – 20,0%), загроза переривання вагітності (1 група - 10,0% та 2 – 13,3%), анемія (1 група - 13,3% та 2 група – 10,0%) і респіраторна вірусна інфекція (контрольна група – 3,3%; 1 – 16,7% і 2 – 20,0%). На такому несприятливому фоні після 20 тижнів вагітності слід відмітити суттєвий рівень в обох основних групах анемії вагітних (1 група – 53,3% та 2 – 56,7%), плацентарної недостатності (1 група – 33,3% та 2 – 30,0%) та прееклампсії (1 група – 20,0% та 2 - 23,3%).

Серед основних ускладнень клінічного перебігу пологів у юних первородящих переважали передчасний розрив плодових оболонок (1 група – 33,3% і 2 – 30,0%) і як наслідок цього – різні варіанти аномалій пологової діяльності (1 група – 20,0% та 2 – 23,3%), в структурі яких переважала дискоординувана пологова діяльність (в 5 з 13 випадків – 38,5%).

Особливий інтерес представляють дані про структуру показань до операції кесарева розтину, що широко обговорюється в сучасній літературі (П.П. Григоренко та співав., 2000; N. Dey et al., 2002). При цьому можна виділити чотири основні варіанти: клінічно вузький таз (1 група – 20,0% і 2 – 23,3%), гострий дистрес плода (1 група – 23,3% і 2 – 20,0%), неефективне лікування аномалій пологової діяльності (1 група – 16,7% і 2 – 13,3%) і тазове передлежання крупного плода (1 група – 13,3% і 2 – 16,7%). Решта варіантів показань мала місце в одиничних випадках. В плановому порядку (тазове передлежання крупного плода, екстрагенітальна патологія, передлежання плаценти) було прооперовано тільки 20,0% юних первородящих 1 групи і 26,7% - в 2 групі. Всі інші були прооперовані в ургентному порядку. При недоношеній вагітності (тяжкі форми прееклампсії і передчасне відшарування плаценти) було прооперовано 13,3% з 1 групи і 10,0% - з 2 групи. Дуже важливим є і той факт, що суттєвих відмінностей між основними групами щодо варіанту показань нами не було відмічено.

Всі операції кесарева розтину було зроблено під ендотрахеальним наркозом у нижньому матковому сегменті

поперечним розтином. Середня крововтрата була ідентичною в обох групах і складала  $543,4 \pm 21,4$  мл.

Аналізуючи безпосереднє використання запропонованої лікувально-профілактичної методики у юних первородящих 2 групи необхідно відзначити відсутність алергічних реакцій і індивідуальної нестерпності антигомотоксичних препаратів.

У вітчизняній і зарубіжній літературі особливий інтерес представляють перинатальні наслідки розродження (З.М. Дубосарська, 2000; С. Stevens-Simon et al., 2002). При цьому в основних групах можна відмітити значний рівень постгіпоксичної енцефалопатії (1 група – 10,0% і 2 – 13,3%) і реалізації внутрішньоутробного інфікування (1 група – 6,7% і 2 – 10,0%).

Безумовно, основним підтвердженням клінічної ефективності комплексного підходу щодо зниження післяопераційних захворювань є результати клінічного перебігу післяопераційного періоду (Л.М. Комиссарова и соавт., 2000; R.W. Newton et al., 2004). Завдяки такому підходу нам вдалося суттєво зменшити рівень ранової інфекції (з 13,3% в 1 групі до 6,7% в 2), ендометриту (з 10,0 до 3,3%) та порушень контрактильної активності матки у вигляді її субінволюції та лохіометри (з 16,7 до 6,7%). У свою чергу, це сприяло зниженню тривалості післяопераційного перебування в стаціонарі з  $10,6 \pm 1,0$  днів до  $7,0 \pm 0,5$  ( $p < 0,01$ ), що свідчить про економічну ефективність запропонованої лікувально-профілактичної методики.

Стан мікробіоценозу статевих шляхів у юних первородящих характеризується високою частотою різних контамінацій патогенної і умовно-патогенної мікрофлори (М.А. Samad et al., 2003). Згідно з одержаними нами результатами в II триместрі вагітності частота подвійної інфекції складала 26,7% у 1 групі і 23,3% - у 2, із переваженням ВПГ із хламідіями (по 10,0%). Рівень потрійної інфекції був дещо нижче (1 група - 20,0% і 2 - 23,3%), причому тут частіше мали місце ВПГ + ЦМВ + кандиди (по 6,7%), інші варіанти були в поодиноких випадках, так само як і чотири поєднання вірусних-бактеріальних контамінацій (1 група – 6,7% і 2 – 3,3%). На нашу думку, отримані результати свідчать про складність мікробіологічних процесів, що відбуваються у юних первородящих, що потребує додаткового обстеження, у першу чергу стану мікробіоценозу статевих шляхів, а також необхідно проведення адекватної корекції з використанням сучасним лікарських препаратів.

Аналізуючи особливості мікробіоценозу статевих шляхів в III триместрі необхідно зазначити на відсутність відмінностей між групами. На наш погляд, це пояснюється єдиним підходом до корекції мікробіоценозу статевих шляхів у жінок обох груп аж до розродження. В порівнянні з цим, у післяопераційному періоді основними відмінними особливостями між групами були більш висока частота в 2 групі порівняно з 1 наступних показників: лактобактерій (з  $2,1 \pm 0,2$  lg КУО/мл до  $6,9 \pm 0,3$  lg КУО/мл;  $p < 0,01$ ) та біфідобактерій (з  $1,2 \pm 0,2$  lg КУО/мл до  $3,8 \pm 0,1$  lg КУО/мл;  $p < 0,01$ ) при одночасному зниженні рівня пептострептококів (з  $7,9 \pm 0,2$  lg КУО/мл до  $3,6 \pm 0,7$  lg КУО/мл;  $p < 0,01$ ) та бактероїдів (з  $6,0 \pm 0,2$  lg КУО/мл до  $2,6 \pm 0,2$  lg КУО/мл;  $p < 0,01$ ).

Встановлені особливості мікробіоценозу юних первородящих, які одержували різні лікувально-профілактичні методики в поєднанні з вираженим зниженням післяопераційних гнійно-запальних ускладнень є, на наш погляд, достатньо переконливим підтвердженням ефективності запропонованих лікувально-профілактичних заходів.

При оцінці клінічного перебігу раннього післяопераційного періоду дуже важливе значення має стан системного і місцевого імунітету, особливо у юних первородящих у зв'язку з біологічною неготовністю організму до материнства (Л.И. Уразаева, 2000; В.В. Масенко, 2006). Так, згідно з одержаними нами результатами при використанні запропонованої нами методики у пацієток 2 групи відзначено достовірне збільшення числа СД3+ (1 група -  $38,9 \pm 2,1\%$  і 2 -  $49,3 \pm 2,4\%$ ;  $p < 0,05$ ), СД4+ (1 група -  $20,8 \pm 1,1\%$  і 2 -  $30,7 \pm 2,2\%$ ;  $p < 0,05$ ), СД16+ (1 група -  $11,2 \pm 1,0\%$  і 2 -  $14,9 \pm 1,0\%$ ;  $p < 0,05$ ), СД20+ (1 група -  $10,1 \pm 1,0\%$  і 2 -  $15,0 \pm 1,1\%$ ;  $p < 0,05$ ) і лізоциму (1 група -  $4,1 \pm 0,3$  мкг/л і 2 -  $7,2 \pm 0,7$  мкг/л;  $p < 0,05$ ) при одночасному зниженні числа СД8+ (1 група -  $52,1 \pm 2,3\%$  і 2 -  $33,8 \pm 1,8\%$ ;  $p < 0,05$ ) і СД23+ (1 група -  $17,1 \pm 1,4\%$  і 2 -  $12,2 \pm 1,1\%$ ;  $p < 0,05$ ).

Аналогічну закономірність відзначено при вивченні показників місцевого імунітету: достовірне збільшення в 2 групі вмісту в маткових лохіях лізоциму (1 група -  $0,7 \pm 0,05$  мкг/л і 2 -  $2,0 \pm 0,2$  мкг/л;  $p < 0,01$ ) і всіх класів імуноглобулінів ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, комплексний підхід до профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом, дозволяє суттєво знизити післяопераційну захворюваність та перебування хворих у стаціонарі. Разом з тим,

особливий інтерес представляють віддалені результати, особливо в плані стану репродуктивного здоров'я юних жінок.

Одним з головних моментів, що впливає на початок використання лікувально-профілактичних заходів, є припинення лактації. Цей показник був ідентичним в 1 та 2 групах та складав  $4,2 \pm 0,2$  і  $4,1 \pm 0,3$  місяця відповідно ( $p > 0,05$ ). Час відновлення менструальної функції після припинення лактації складав  $1,7 \pm 0,1$  місяця в обох групах ( $p > 0,05$ ). Тут слід додати, що алергічних реакцій та випадків індивідуальної нестерпності антигомотоксичних препаратів ми не спостерігали.

При оцінці клінічного перебігу віддаленого післяпологового періоду ми обпирались на частоту основної патологічної симптоматики, яка описана в сучасній літературі (Э.Б. Яковлева, 1991; А.П. Шорлуян, 2000). Виходячи з отриманих даних, через 0,5 року після розродження клінічні симптоми мали місце в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%) незалежно від методики ведення хворих. Однак, вже через рік після кесарева розтину, при використанні антигомотоксичної терапії можна було відмітити достовірну різницю з боку ряду показників: больовий синдром (20,0% порівняно з 10,0%;  $p < 0,01$ ), порушення циклічності (20,0% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ) та болі, що не піддаються лікуванню (16,7% порівняно з 10,0%;  $p < 0,05$ ).

Через 1,5 року ця різниця ставала більш відчутною, але найбільш виражена вона спостерігалася на заключному етапі через 2 роки після абдомінального розродження. При цьому, найчастіше в 1 групі зустрічалися різні порушення менструального циклу: зміни циклічності (36,7% проти 13,3%;  $p < 0,01$ ), альгоменорея (26,7% порівняно з 13,3%;  $p < 0,01$ ), міжменструальні кров'яністі виділення (26,7% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ) та больовий синдром (30,0% порівняно з 13,3%;  $p < 0,01$ ).

Особливий інтерес представляє динаміка нейроендокринної симптоматики, особливо з урахуванням віку обстежених пацієнток. Одержані нами результати свідчать, що нейроендокринні симптоми у юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом через півроку після розродження мали місце в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%). Через 1 рік достовірної різниці зустрічалась тільки при оцінці частоти депресії, яка складала 13,3% в 1 групі і 6,7% ( $p < 0,01$ ) – в 2. На наступному етапі через 1,5 року достовірні відмінності зустрічалися набагато частіше, в тому числі з боку таких симптомів, як нервозність (20,0% проти 13,3%;  $p < 0,05$ ), депресія

(20,0% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ) та втомленість (16,7% порівняно з 10,0%;  $p < 0,05$ ). До заключного моменту – через 2 роки ця тенденція зберігалася, а додатково в 1 групі достовірно частіше зустрічалося неспання (16,7% проти 10,0%;  $p < 0,05$ ). Тут необхідно відзначити, що наявність нейроендокринної симптоматики було зумовлено не тільки перенесеною операцією кесарева розтину, але і рядом соціальних моментів, пов'язаних з вагітністю в ранньому віці, що також описано в літературі (Т.Е. Дідух та співавт., 2003; М.С. Бедный, 2004).

Безумовно, операція кесарева розтину у юних первородящих є чинником ризику розвитку нової генітальної патології (И.Т. Леонов, 2000; Н.В. Кобозева и соавт., 2001). При цьому, упродовж першого року після абдомінального розродження вона зустрічалася в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%) і за групами достовірно не відрізнялася ( $p > 0,05$ ). Проте, вже через 1,5 року найвираженіші достовірні відмінності мали місце з боку бактеріального вагінозу (20,0% порівняно з 10,0%;  $p < 0,01$ ), дисфункціональних маткових кровотеч (20,0% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ) та сальпігофоритів (16,7% порівняно з 10,0%;  $p < 0,05$ ). Надалі, через 2 роки ця різниця стала більш відчутною, практично, з боку всіх показників, що вивчаються, але більш виражена за рахунок дисфункціональних маткових кровотеч (26,7% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ), бактеріального вагінозу (23,3% порівняно з 13,3%;  $p < 0,05$ ) та сальпінгофоритів (23,3% проти 13,3%;  $p < 0,05$ ). Неможна обійти увагою і високий рівень ендометритів у пацієнток, які отримували загальноприйняте відновне лікування – (16,7% порівняно з 6,7%;  $p < 0,01$ ).

Відносно високий рівень супутньої екстрагенітальної патології було зумовлено значною її частотою ще до розродження. Через 0,5 року достовірних відмінностей за групами ми не спостерігали ( $p > 0,05$ ). Через 1 рік у жінок 1 групи була достовірно вище тільки частота піелонефриту (20,0% проти 13,3%;  $p < 0,05$ ). Надалі, як через 1,5 року, так і через 2 роки, додатково ставав достовірно вище рівень нейроциркуляторної астенії (30,0% порівняно з 16,7%;  $p < 0,05$ ) та тироїдної патології (20,0% проти 13,3%;  $p < 0,05$ ). Використання розробленого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів на підставі використання антигомотоксичної терапії не дозволило суттєво збільшити частоту основних нозологічних форм соматичної захворюваності, що додатково свідчить про ефективність запропонованого відновного лікування.

Оцінюючи клінічний перебіг віддаленого післяпологового періоду необхідно відмітити, що випадків вагітності у жінок 2 групи у досліджуваній період ми не спостерігали, в той час, як в 1 групі цей показник складав 20,0%, що, природньо, є достатньо високим, ураховуючи молодий вік 2-річний період після кесарева розтину і має негативне значення для репродуктивного здоров'я молодих жінок.

Отже, використання розробленого комплексу відновного лікування після кесарева розтину у юних первородящих дозволяє знизити частоту розвитку порушень менструального циклу в 2,67 рази, ендометриту – в 2,5, бактеріального вагінозу – в 1,75, сальпінгофориту - в 1,75, нейроциркуляторної астенії – в 1,8, тироїдної патології – в 1,4 та пієлонефриту – в 1,4 рази.

Ми вважали за доцільне представити результати ендокринологічних досліджень за фазами менструального циклу, оскільки такий методологічний підхід є найоб'єктивнішим для оцінки дисгормональних змін. Так, в 1 фазу менструального циклу через 0,5 роки після абдомінального розродження виявлялося достовірне збільшення порівняно з контрольною групою вмісту Е (1 група - до  $0,43 \pm 0,04$  нмоль/л;  $p < 0,05$  і 2 - до  $0,42 \pm 0,04$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ), ЛГ (1 група - до  $14,04 \pm 1,23$  МО/л;  $p < 0,05$  і 2 - до  $14,31 \pm 1,32$  МО/л;  $p < 0,05$ ) на фоні зниження ФСГ (1 група - до  $7,28 \pm 0,59$  МО/л;  $p < 0,05$  і 2 - до  $7,32 \pm 0,62$  МО/л;  $p < 0,05$ ). В 2 фазу менструального циклу відзначено в обох групах достовірне підвищення рівня Е (1 група - до  $0,72 \pm 0,06$  нмоль/л;  $p < 0,05$  і 2 - до  $0,71 \pm 0,06$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ) на фоні зниження ПГ (1 група - до  $27,21 \pm 2,09$  нмоль/л;  $p < 0,05$  і 2 - до  $28,31 \pm 2,14$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ). Надалі, при використанні запропонованого нами відновного лікування, основні показники ендокринологічного статусу нормалізувалися впродовж 1 року після абдомінального розродження. Порівняно з цим, при використанні загальноприйнятих реабілітаційних заходів дисгормональні зміни залишались на колишньому рівні або носили більш виражений характер.

Для більш глибокого розуміння процесів відновного лікування, що відбуваються, ми вважали за доцільне представити результати мікробіологічного й імунологічного обстеження в динаміці.

Як свідчать отримані дані через 0,5 роки після розродження основні зміни з боку мікробіоценозу статевих шляхів полягали в достовірному зниженні у пацієток 1 групи порівняно з 2 *Lactobacillus* spp. ( $p < 0,01$ ) і *Bifidobacterium* spp. ( $p < 0,01$ ) при

одночасному збільшенні числа, практично, всіх видів аеробів і факультативних анаеробів, а також облигатних анаеробів ( $p < 0,01$ ). Ці дані погоджуються з результатами клінічного обстеження з діагностуванням високого рівня бактеріального вагінозу.

Результати вивчення системного імунітету через 0,5 року після розродження свідчать про наявність імуносупресії з боку всіх показників в обох групах. Проте ступінь вираженості цих змін відрізнявся між собою: в 1 групі –  $p < 0,01$  і в 2 –  $p < 0,05$ . Це указує на ефективність запропонованого відновного лікування юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом.

Порівняно з показниками системного імунітету, всі параметри місцевого імунітету через 0,5 роки після розродження в 2 групі достовірно не відрізнялися від контрольної ( $p > 0,05$ ). При використанні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів зміни носили достовірний характер з боку всіх параметрів, що вивчаються: вмісту лізоциму і всіх класів імуноглобулінів ( $p < 0,05$ ).

У подальшому, через 1 рік після розродження зміни з боку мікробіоценозу статевих шляхів носили, практично, аналогічний характер, як і при обстеженні на попередньому етапі. Клінічно це супроводжувалося високою частотою бактеріального вагінозу і хронічних запальних захворювань статевих шляхів.

Показники системного імунітету через 1 рік після розродження достовірно не відрізнялися в 2 групі порівняно з контролем ( $p > 0,05$ ), а в 1 групі залишались достовірно зміненими, хоча й у меншій мірі порівняно з результатами обстеження через 0,5 роки. Аналогічна закономірність мала місце і при обстеженні показників місцевого імунітету у пацієнток через 1 рік.

На завершальному етапі обстеження, через 2 роки після розродження, зміни мікробіоценозу статевих шляхів носили мінімальний характер і виявлялися тільки зниженням кількості *Lactobacillus spp.* і *Vifidobacterium spp.* ( $p < 0,05$ ) при використанні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів. Решта параметрів була без достовірних відмінностей ( $p > 0,05$ ).

Зміни з боку показників системного і місцевого імунітету носили такий же характер, як і при обстеженні на попередньому етапі – через 1 рік після розродження.

Таким чином, результати даного розділу свідчать, що комплексне використання антигомотоксичних препаратів дозволяє через 1 рік після кесарева розтину нормалізувати вміст Е, ПГ, ФСГ та ЛГ, стан мікробіоценозу статевих шляхів, системного і місцевого

імунітету. Клінічно це підтверджується зниженням частоти генітальної і екстрагенітальної патології. Отримані клінічні та ендокринологічні, мікробіологічні й імунологічні результати дозволяють нам рекомендувати запропонований комплекс у практичну охорону здоров'я, що дозволяє поліпшити стан репродуктивного здоров'я юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом.

## ВИСНОВКИ

У дисертації наведено дані і нове вирішення наукового завдання сучасної гінекології – зниження частоти патологічних змін репродуктивного здоров'я юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом на підставі вивчення в них клінічних, мікробіологічних, імунологічних та ендокринологічних особливостей, а також розробки й упровадження комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

1. Клінічний перебіг вагітності у юних первородящих характеризується високою частотою анемії вагітних (56,7%), плацентарної недостатності (33,3%) та прееклампсії (23,3%), що призводить до значного рівня передчасного розриву плодових оболонок (33,3%) і аномалій пологової діяльності (23,3%), в структурі яких переважає дискоординована пологова діяльність (38,5%).

2. У структурі показань до абдомінального розродження у юних первородящих переважають клінічно вузький таз (23,3%), гострий дистрес плода (23,3%), неефективне лікування аномалій пологової діяльності (16,7%) і тазове передлежання крупного плода (16,7%). В плановому порядку виконується тільки 20,0% операцій і при доношеній вагітності – 86,7%.

3. Абдомінальне розродження у юних первородящих супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень у вигляді ранової інфекції (13,3%), ендометриту (10,0%) та порушень контрактильної активності матки (16,7%), які розвиваються на фоні порушень мікробіоценозу статевих шляхів, а також імуносупресії системного і місцевого імунітету.

4. Кесарів розтин у юних первородящих є чинником ризику розвитку генітальної патології впродовж 2 років після розродження з переважанням дисфункціональних маткових кровотеч (26,7%), бактеріального вагінозу (23,3%), хронічного сальпінгоофориту



(23,3%) й ендометриту (16,7%) та порушень мікробіоценозу статевих шляхів і змін системного і місцевого імунітету.

5. Розродження шляхом операції кесарева розтину юних первородящих призводить до розвитку дисгормональних порушень (збільшення вмісту Е на фоні зниження ПГ), що клінічно виявляється наявністю нейроендокринної симптоматики протягом 2 років після кесарева розтину: нервозністю (20,0%), депресією (20,0%), втомленістю (16,7%) і неспанням (16,7%).

6. Використання запропонованих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити у юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом, частоту як ранніх ускладнень (ранової інфекції – в 2 рази, ендометриту – в 3, порушень контрактильної активності матки – в 2,5 рази), так і віддалених (порушень менструального циклу в 2,7 рази, хронічного ендометриту – в 2,5, бактеріального вагінозу – в 1,8 і хронічного сальпінгоофориту - в 1,8 рази).

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Кесарів розтин у юних первородящих є чинником ризику порушень репродуктивного здоров'я і призводить до зростання гінекологічної захворюваності і нейроендокринної симптоматики.
2. Для зниження частоти патологічних змін з боку репродуктивної системи у юних первородящих необхідно використовувати додатково до загальноприйнятих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів антигомотоксичну терапію: в ранньому післяопераційному періоді препарати траумель й енгістол, а для відновного лікування – коензим-композитум і оваріум композитум в загальноприйнятому дозуванні

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Іконопісцева Н.А. Порівняльні аспекти розродження первородящих віком до 20 років // Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л. Шупика. - Вип.14. - Кн. 3. - Київ, 2005. - С. 79-84.
2. Иконописцева Н.А. Юные беременные как группа риска акушерской и перинатальной патологии // Актуальні проблеми

акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: Зб. наук. праць. - Вип.12. - Київ-Луганськ, 2005. - С. 28-31.

3. Иконописцева Н.А. Репродуктивное здоровье юных первородящих, родоразрешенных абдоминальным путем // Репродуктивное здоровье женщины. - 2007. - №1. - С. 111-113.

4. Иконописцева Н.А. Особенности акушерской и перинатальной патологии у юных первородящих: тезисы научно-практической конференции «Актуальные вопросы репродуктологии», Киев, 16 ноября, 2005 // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - №4. -С. 246.

## АНОТАЦІЯ

**Иконописцева Н.А. Репродуктивное здоров'я юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. Київ, 2008.

Наукова праця присвячена зниженню частоти порушень репродуктивного здоров'я юних первородящих, розроджених абдомінальним шляхом на основі вивчення в них клінічних, мікробіологічних, імунологічних і ендокринологічних особливостей, а також розробки й упровадження комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів. Уперше вивчено порівняльні аспекти ранніх і віддалених наслідків абдомінального розродження юних первородящих. Вивчено основні клінічні особливості перебігу вагітності і пологів, а також структура показань до операції кесарева розтину в юних первородящих. Установлено основні особливості клінічного перебігу раннього і віддаленого періоду після кесарева розтину в первородящих до 18 років. Запропоновано методи контролю за ефективністю лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у юних первородящих після кесарева розтину. Розроблено й упроваджені практичні рекомендації зі зниження частоти патологічних змін репродуктивного здоров'я молодих жінок, розроджених абдомінальним шляхом.

**Ключові слова:** юні первородящі, абдомінальне розродження, репродуктивне здоров'я.

## THE SUMMARY

**Ikonopistseva N.A. Reproductive health young primiparous women, delivery by abdominal way.** - Manuscript.

Thesis for a degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.01 – obstetrics and gynecologia. P.L. Shupik Kyiv Medical Academy of Post-Graduate Education of Health of Ukraine. Kyiv, 2008.

Scientific work is devoted to decrease in frequency of infringements of reproductive health young primiparous women, delivery by abdominal way on the basis of studying at them clinical, microbiological, immunological and endocrinological features, and also development and introduction of a complex of treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions. For the first time comparative aspects of the early and remote consequences abdominal delivery young primiparous women are investigated. The basic clinical features of current of pregnancy and sorts, and also structure of indications to operation cesarean sections at young primiparous women are investigated. The basic features of clinical current of the early and remote period after cesarean sections at primiparous women till 18 years are established. A quality monitoring behind efficiency of treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions at young primiparous women the ambassador cesarean sections are offered. Practical recommendations on decrease in frequency of pathological changes of reproductive health of young women, delivery by abdominal way are developed and introduced.

**Key words:** young primiparous women, abdominal delivery, reproductive health.

## АННОТАЦИЯ

**Иконописцева Н.А. Репродуктивное здоровье юных первородящих, родоразрешенных абдоминальным путем.** – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины. – Киев, 2008.

Научная работа посвящена снижению частоты нарушений репродуктивного здоровья юных первородящих, родоразрешенных абдоминальным путем на основе изучения у них клинических, микробиологических, иммунологических и эндокринологических

особенностей, а также разработки и внедрения комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Впервые изучены сравнительные аспекты ранних и отдаленных последствий абдоминального родоразрешения юных первородящих. Изучены основные клинические особенности течения беременности и родов, а также структура показаний к операции кесарева сечения у юных первородящих. Установлены основные особенности клинического течения раннего и отдаленного периода после кесарева сечения у первородящих до 18 лет. Предложены методы контроля за эффективностью лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у юных первородящих после кесарева сечения. Разработаны и внедрены практические рекомендации по снижению частоты патологических изменений репродуктивного здоровья молодых женщин, родоразрешенных абдоминальным путем.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клиническое течение беременности у юных первородящих характеризуется высокой частотой анемии беременных (56,7%), плацентарной недостаточности (33,3%) и преэклампсии (23,3%), что приводит к значительному уровню преждевременного разрыва плодных оболочек (33,3%) и аномалий родовой деятельности (23,3%), в структуре которых преобладает дискоординированная родовая деятельность (38,5%). В структуре показаний к абдоминальному родоразрешению у юных первородящих преобладают клинически узкий таз (23,3%), острый дистресс плода (23,3%), неэффективное лечение аномалий родовой деятельности (16,7%) и тазовое предлежание крупного плода (16,7%). В плановом порядке выполняется только 20,0% операций и при доношенной беременности - 86,7%. Абдоминальное родоразрешение у юных первородящих сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений в виде раневой инфекции (13,3%), эндометрита (10,0%) и нарушений сократительной активности матки (16,7%), которые развиваются на фоне нарушений микробиоценоза половых путей, а также иммуносупрессии системного и местного иммунитета. Кесарево сечение у юных первородящих является фактором риска развития генитальной патологии в течение 2 лет после родоразрешения с преобладанием дисфункциональных маточных кровотечений (26,7%), бактериального вагиноза (23,3%), хронического сальпингоофорита (23,3%) и эндометрита (16,7%) на фоне нарушений микробиоценоза половых путей и изменений системного и местного иммунитета. Родоразрешение путем операции

кесарева сечения у юных первородящих приводит к развитию дисгормональных нарушений (увеличение содержания эстрадиола на фоне снижения прогестерона), что клинически выявляется наличием нейроэндокринной симптоматики на протяжении 2 лет после кесарева сечения: нервозностью (20,0%), депрессией (20,0%), утомленностью (16,7%) и бессонницей (16,7%). Использование предложенных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет снизить у юных первородящих, родоразрешенных абдоминальным путем частоту как ранних осложнений (раневого инфицирования - в 2 раза, эндометрита - в 3, нарушений контрактильной активности матки - в 2,5 раза), так и отдаленных (нарушений менструального цикла в 2,7 раза, хронического эндометрита - в 2,5, бактериального вагиноза - в 1,8 и хронического сальпингоофорита - в 1,8 раза).

Ключевые слова: юные первородящие, абдоминальное родоразрешение, репродуктивное здоровье.

### **СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

Е – естрадіол;  
ІФА – імуноферментний аналіз;  
Кр – кортизол;  
ЛГ – лютеїнізуючий гормон;  
ПР – прогестерон;  
Прл – пролактин;  
Т – тестостерон;  
УЗД – ультразвукове дослідження;  
ФСГ – фолікулостимулюючий гормон;  
CD3+ - активні Т-лімфоцити;  
CD4+ - Т-хелпери;  
CD8+ - Т-супресори;  
CD16+ - Т-кілери;  
CD20+ - В-лімфоцити;  
CD23+ - активні В-лімфоцити