Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

 **МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ′Я УКРАЇНИ**

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

## БРОВАРСЬКА ЮЛІЯ МИХАЙЛІВНА

# **УДК 618.177-084:618.11-006**

# РЕАБІЛІТАЦІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ НА ТЛІ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ

**14.01.01 – акушерство та гінекологія**

**Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

### Київ – 2009

Дисертацією є рукопис

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

#### Науковий керівник **доктор медичних наук** Горбунова Ольга Володимирівна, **Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології**

#### Офіційні опоненти:

#### **доктор медичних наук, професор** Юзько Олександр Михайлович**, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л.Шупика МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології №1**

доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Ромащенко Оксана Василівна,** ДУ „Інститут урології АМН України”, головний науковий співробітник відділу сексопатології та андрології

 Захист дисертації відбудеться “11” грудня 2009 року о 12 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 ознайомитись в бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

 Автореферат розісланий “\_\_06\_\_”\_\_листопаду\_\_2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

кандидат медичних наук, доцент Пилипенко М.М.

### ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** В умовах сьогодення доброякісні новоутворення яєчників (ДНЯ) є достатньо розповсюдженою патологією серед жінок репродуктивного віку, займаючи більше 50 % у структурі усієї гінекологічної захворюваності (Л.Н. Василевская, 2005; С.Е. Белоглазова и соавт., 2006; Л.В. Адамян, 2008). Основними сучасними особливостями даної патології є широке поширення ДНЯ серед жінок репродуктивного віку, а також негативний вплив даної патології на фертильність та, відповідно, збільшення питомої ваги жінок з безпліддям на тлі ДНЯ (В.Н. Демидов и соавт., 2001; З.М. Дубоссарская, и соавт., 2005; О.М. Юзько 2007). Передумовою негативної тенденції вважають збільшення патології пубертатного періоду з порушеннями в період становлення менструального циклу, ріст соматичної захворюваності, у тому числі, і дизгормонального ґенезу, нераціональне використання сучасних контрацептивних засобів, несприятливий вплив екологічної ситуації тощо (В.Н. Серов и соавт., 2004; Н.Д. Селезнева и соавт., 2005; О.В. Ромащенко 2007).

У структурі лікувально-профілактичних заходів, що використовуються при ДНЯ, провідне місце займає, хірургічне лікування, досягаючи 60–70 % (М.Г. Шухман и соавт., 2006; Л.В. Адамян и соавт., 2007; M. Candiani, 2004; P. Gunkova et al., 2008). Незважаючи на значну кількість наукових публікацій з проблеми хірургічного лікування ДНЯ, не можна вважати усі питання повністю вирішеними. На нашу думку, у першу чергу, це стосується оптимізації ендоскопічного лікування і післяопераційної реабілітації пацієнток з безпдіддям, а також тактики ведення вагітності, що настала. Публікації з цього наукового питання є поодинокими і мають фрагментарний характер.

Все вищевикладене стало для нас підставою щодо проведення наукових досліджень у даному напрямку, що сприятиме зменшенню частоти порушень репродуктивної функції, а також досягненню позитивних результатів при розродженні цих пацієнток.

**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 імені П.Л. Шупика “Актуальні аспекти збереження та відновлення репродуктивного здоров’я жінки та перинатальної охорони плода на сучасному етапі”, № державної реєстрації: 0106 U010506.

**Мета та завдання дослідження.** Метою роботи булозниження частоти порушень репродуктивної функції і наступних гестаційних ускладнень у жінок з безпліддям на тлі ДНЯ, на основі вивчення в них клініко-ехографічних, морфологічних, ендокринологічних та імунологічних характеристик, а також розробки і впровадження комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і
 реабілітаційних заходів.

**Завдання дослідження**

1. Встановити основні клінічні особливості ДНЯ у жінок з безпліддям.
2. Дослідити вплив ДНЯ у жінок з безпліддям на зміни ендокринного та імунного статусу жінок.
3. Визначити алгоритм лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, оцінити його клінічну ефективність у жінок з безпліддям на тлі ДНЯ.
4. Вивчити морфологічні особливості ДНЯ у жінок з безпліддям.
5. З’ясувати особливості клінічного перебігу вагітності і пологів, а також перинатальні наслідки розродження після лікування ДНЯ.

*Об’єкт дослідження* – репродуктивна функція у жінок на тлі доброякісних новоутворювань яєчників.

*Предмет дослідження* –репродуктивна функція у жінок з безпліддям на тлі доброякісних новоутворень яєчників.

*Методи дослідження* – клінічні, ехографічні, ендокринологічні, імунологічні, морфологічні та статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** На підставі порівняльного аналізу перебігу ДНЯ у жінок з реалізованою та нереалізованою репродуктивною функцією виділено клініко-параклінічні діагностичні орієнтири. Доведено роль дизгормональних порушень у ґенезі ДНЯ у жінок з безпліддям.

Визначено клінічну ефективність запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у жінок з безпліддям на тлі ДНЯ, на основі додаткового використання антигомотоксичної терапії. Розширено уявлення про патогенез даної патологи, на основі аналізу взаємозв’язку результатів клінічних, ендокринологічних і морфологічних досліджень.

Встановлено клінічні особливості перебігу вагітності і пологів, а також перинатальних результатів розродження у жінок з ДНЯ в анамнезі.

**Практичне значення одержаних результатів.** Вивчено порівняльні аспекти клінічної симптоматики ДНЯ, з урахуванням реалізації репродуктивної функції пацієнток. Визначено діагностичну цінність ендокринологічних і морфологічних методів досліджень у пацієнток з даною патологією.

Запропоновано комплексний діагностично-лікувальний підхід при ДНЯ у жінок з безпліддям, із використанням лапароскопічного втручання і реабілітаційних заходів, на основі гормональної та антигомотоксичної терапії.

Запропоновано методи контролю ефективності проведених лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у жінок з безпліддям на тлі ДНЯ.

Результати досліджень впроваджено у практику роботи Центру охорони здоров’я матері та дитини Київської області, відділення репродуктивного здоров’я поліклініки № 2 Шевченківського району м. Києва, у начальний процес кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

**Особистий внесок здобувача.** Планування і проведення усіх досліджень виконано за період з 2005 по 2008 рр. Автором проведено клініко-лабораторне та функціональне обстеження 130 жінок, 100 з яких були з ДНЯ, а також з реалізованою та нереалізованою репродуктивною функцією на базі Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Самостійно зроблено забір і підготовку біологічного матеріалу. Автором написано усі розділи дисертації, сформульовано висновки, розроблено практичні рекомендації щодо зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок з безпліддям на тлі ДНЯ, виконано статистичну обробку отриманих результатів, забезпечено їх впровадження у медичну практику та висвітлено в опублікованих роботах.

**Апробація результатів роботи.** Основні положення та результати дисертаційної роботи обговорено на пленумі і з’їзді асоціації акушерів-гінекологів України (Львів, 2005, жовтень; Донецьк, 2006, вересень; Одеса, 2007, жовтень), на засіданні Асоціації акушерів-гінекологів Київської області (2006, листопад-грудень), на науково-практичних конференціях “Актуальні питання репродуктології” (2004 травень; 2005, жовтень і 2006, грудень), на конференції молодих вчених НМАПО імені П.Л. Шупика (2005, вересень); на міжнародних школах семінарах „Досягнення і перспективи перинатальної медицини” (Київ, 2006, лютий) і “Актуальні питання ендоскопії в гінекології” (Київ, 2006, червень); на 1 спеціалізованій медичній виставці “Здоров’я жінки і дитини” (Київ, 23–26 травня 2008 р.); на засіданні проблемної комісії “Акушерство та гінекологія” Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (січень, 2009 р.).

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

Обсяг та структура дисертації. **Дисертація викладена на 127 сторінках комп’ютерного тексту, складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріали та методи дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів та висновків. Список використаних джерел включає 210 джерел кирилицею і латинкою. Робота ілюстрована 37 таблицями та 4 рисунками.**

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Об’єкт, методи та методологія досліджень.** Для вирішення поставленої мети і завдань нами було обстежено 130 пацієнток, яких було розподілено на чотири групи:

* 1 контрольна група – 30 гінекологічно і соматично здорових жінок репродуктивного віку;
* 1 основна група – 50 пацієнток з доброякісними новоутвореннями яєчників (ДНЯ), які народжували раніше;
* 2 основна група – 50 пацієнток з безпліддям на тлі ДНЯ;
* 2 контрольна група – 30 першовагітних без соматичної та акушерської патології, розроджених через природні пологові шляхи

Усім пацієнткам було проведено лапароскопічне лікування ДНЯ, яке виконували за допомогою устаткування фірми “Karl Storz” (Німеччина).

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводилося за допомогою апарату “Toshiba”, що працює в реальному масштабі часу.

Гормональні дослідження проводили імуноферментним методом (А.Г. Резников и соавт., 2006) та включали визначення в плазмі крові вмісту естрадіолу (Е), прогестерону (ПГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ) та пролактину (Прл), кортизолу, хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену.

Для оцінки імунного статусу хворих вивчали субпопуляції Т-лімфоцитів: CD3+; CD4+; CD8+ і співвідношення CD4+/CD8+ (Г.И. Назаренко и соавт., 2005) імуноферметним методом з використанням моноклональних антитіл.

З метою вивчення особливостей метаболізму ми, за загальноприйнятими методиками (Г.И. Назаренко и соавт., 2005), досліджували основні параметри, які є показниками дизметаболічних порушень: загальний білок, загальний білірубін, калій (К), натрій (Na), хлор (Cl), креатинін, сечовина, лужна фосфатаза (ЛФ), глюкоза, тимолова проба та загальний холестерин.

Морфологічне дослідження макропрепаратів, видалених під час лапароскопії, виконували після попередньої фіксації шматочків тканини в 10,0 % нейтральному формаліні за загальноприйнятою методикою (В.П. Сильченко и соавт., 2006).

Оцінку біофізичного профілю плода проводили також за загальноприйнятою методикою (В.Н. Серов и соавт., 2006). Доплєрометричні дослідження кровотоку здійснювали в артерії пуповини, у правій і лівій маткових артеріях, середній мозковій артерії плода (А.Н. Стрижаков и соавт., 2007). Оцінку реактивності серцево-судинної системи плода під час вагітності здійснювали за допомогою кардіотокографічних досліджень на фетальних моніторах “Біомедика” (Італія) (Л.Б. Маркін та співавт., 2007).

Статистичні дослідження проводились за загальноприйнятою методикою з використанням методів параметричної та непараметричної статистики (А.П. Минцер и соавт., 2008).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Виходячи з отриманих результатів, середній вік пацієнток контрольної і 1 основної групи достовірно не розрізнявся (р>0,05) і складав 35,3±1,8 років. У порівнянні із цим, у 2 основній групі середній вік жінок з ДНЯ був достовірно нижчим – 26,2±1,4 років (р<0,05), що, очевидно, пов’язане з нереалізованою репродуктивною функцією пацієнток.

Підтвердженням цьому є частота неплідності в основних групах. Так, серед пацієнток 2 основної групи сумарний показник неплідності був в 2,2 рази вище в порівнянні з жінками 1 основної групи (36,0 % і 80,0 % відповідно). У жінок з реалізованою репродуктивною функцією структура неплідності була рівномірною (первинна – 16,0 % і вторинна – 20,0 %), а в 2 основній групі явно переважала первинна неплідність (54,0 % і 26,0 % відповідно).

На особливий інтерес заслуговують скарги пацієнток з ДНЯ, які широко висвітлено у сучасній літературі (Е.М. Вихляева, 2005; С.С.К. Йен и соавт., 2006; В.Н. Демидов и соавт., 2007). За нашими даними, у обстежених пацієнток виявлено широкий спектр генітальних і екстрагенітальних скарг. Мінімальні розбіжності між групами відмічено щодо таких скарг, як біль унизу живота і у попереку, диспареунія, болюча дефекація, почуття тяжкості і дискомфорт. На відміну від цього, у пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією набагато частіше зустрічався біль під час менструації (24,0 % і 44,0 %) і порушення менструальної функції (64,0 % і 84,0 % відповідно), що свідчить про певну особливість окремих клінічних симптомів у пацієнток 2 основної групи.

У зв’язку з вищевикладеним, ми вважали за доцільне окремо вивчити характер больового синдрому і структуру порушень менструальної функції. При цьому, в жінок з безпліддям частіше зустрічався різко виражений больовий синдром (34,0 % проти 22,0 %), а також ациклічні кровотечі (28,6 % порівняно с 15,6 %); кров’янисті виділення в середині циклу (38,1 проти 28,1 %) і різні поєднані варіанти (76,2 % порівняно з 53,1 %). Отримані розбіжності між пацієнтками з різним репродуктивним анамнезом заслуговують на особливий інтерес із діагностичної і лікувально-профілактичної точки зору.

Відомо, що ДНЯ виникають за наявності супутньої генітальної патології (М.А. Лившиц, 2001; Н.Д. Селезнева и соавт., 2007). Отримані нами результати вказують на більш високу частоту в пацієнток 2 основної групи таких варіантів гінекологічної захворюваності, як хронічний сальпінгоофорит (22,0 % і 30,0 %) і патологію шийки матки (24,0 % і 34,0 %). У порівнянні із цим, у жінок 1 основної групи частіше мали місце патологічні зміни матки (14,0 % і 8,0 %) і молочних залоз (24,0 % і 18,0 %). На нашу думку, основним поясненням останньої обставини є більш старший вік у пацієнток з реалізованою репродуктивною функцією.

Частота супутньої екстрагенітальної патології істотно не відрізнялася залежно від репродуктивного анамнезу, а серед різних нозологічних форм можна виділити серцево-судинну патологію (26,0 % – у першій основній групі, 20,0 % – у другій основной групі), захворювання щитовидної залози (16,0 % і 12,0 %) і шлунково-кишкового тракту (12,0 % і 10,0 % відповідно).

Отже, результати проведеної клінічної оцінки пацієнток з різним репродуктивним анамнезом дозволяють виділити наступні клінічні особливості ДНЯ у жінок з безпліддям у порівнянні із тими, які народжували:

* менший (на 5-7 років) вік пацієнток;
* більш висока (у 2,2 рази) частота неплідності;
* частіші болі під час менструацій і порушення менструальної функції за рахунок ациклічних кровотеч, кров’янистих виділень у середині циклу і поєднаних форм;
* більш виражений больовий синдром;
* більш часте поєднання безплідності на тлі ДНЯ з супутньою генітальною патологією: хронічний сальпінгоофорит та патологічні зміни шийки матки.

Отримані результати стали підставою для більш глибокого вивчення результатів додаткових методів обстеження і ефективності лікування ДНЯ у жінок з різним репродуктивним анамнезом.

Виходячи з поставленої мети і завдань, ми вивчали функціональний стан органів і систем організму, найбільш зацікавлених у здійсненні репродуктивної функції жінки. При цьому, ми розцінювали ДНЯ не як локальний процес, а як захворювання організму, що виникає при порушенні обмінно-метаболічних процесів, функції ендокринної і імунної систем (В.Н. Серов и соавт., 2006; Г.М. Савельева, 2007), що може бути основою для удосконалення алгоритму дії лікаря при даній патології.

Останнім часом на пильну увагу заслуговують проблеми, пов’язані із захворюваннями молочних залоз, що обумовлено збільшенням частоти онкологічної патології. Крім того, існує пряма залежність між захворюваннями молочних залоз і різними порушеннями органів репродуктивної системи (Е.М. Вихляева, 2002; Я.В. Бохман, 2004; В.П. Баскаков и соавт., 2006).

На підставі проведених клініко-функціональних досліджень в 100 жінок з доброякісними новоутвореннями яєчників, патологію молочних залоз було діагностовано у 12 (24,0 %) пацієнток 1 групи (1–2 пологів в анамнезі) і у 9 жінок (18,0 %) з нереалізованою репродуктивною функцією. У структурі виявлених змін з боку доброякісних захворювань молочних залоз в обох групах переважала дифузно-кістозна мастопатія (58,3 % і 66,7 %). Значно рідше (33,3 % і 22,2 %) спостерігались фіброаденоми і по 1 випадку (8,3 % і 11,1 % відповідно) – фіброзно-жирова інволюція молочних залоз.

Отже, наявність ДНЯ супроводжується високою частотою супутньої патології молочних залоз із перевагою дифузно-кістозної мастопатії незалежно від репродуктивного анамнезу.

Інтерес до дослідження стану щитовидної залози в жінок з ДНЯ обумовлено тим, що саме щитовидна залоза є найбільш чутливим „індикатором” порушень метаболічних, ендокринних та імунних процесів в організмі. Саме це свідчить про системний характер порушень у жіночому організмі при ДНЯ (В.И. Кулаков, 2005; Е.М. Вихляева, 2008).

У результаті проведених досліджень встановлено, що патологія щитовидної залози мала місце у 8 пацієнток (16,0 %) 1 основної групи (1–2 пологів в анамнезі) і у 6 (12,0 %) – у 2 основній групі (нереалізована репродуктивна функція).
У структурі тироїдної патології в обох групах явно переважав аутоімунний тироїдит (75,0 % й 83,3 %). Крім того, в поодиноких випадках, було діагностовано кісти щитовидної залози (12,5 % й 16,7 %) і тільки в 1 основній групі один випадок (12,5 %) тиреотоксикозу.

Серед тироїдних гормонів ми виділяли саме трийодтиронін (Т3) і тироксин (Т4). Відомо, що біологічна дія тироїдних гормонів більш, ніж на 90 % здійснюється за рахунок Т3, що у кілька разів сильніше Т4, який може конвертуватися на периферії у Т3 (И.И. Дедов, 2005; С.С.К. Йен, 2008). Отримані результати свідчать про перевагу у пацієнток з ДНЯ гіпофункції щитовидної залози.

Отже, результати досліджень демонструють високу частоту захворювань щитовидної залози, особливо аутоімунного характеру, при ДНЯ, що є ще одним підтвердженням наявності системних змін в організмі жінки при цій патології.

Вивчення функціонального стану репродуктивної системи у хворих на ДНЯ показало, що в одних випадках виникнення порушень репродуктивної функції пов’язано з особливостями морфологічної структури новоутворення і, особливо чітко, проявляється при розвитку гормоноактивної пухлини (ГАП), з притаманною гормональною активністю, а в інших випадках – як результат порушення механізму нейро-ендокринної регуляції в системах організму (С.С.К. Йен, 2008).

Отримані результати ендокринологічних досліджень ми оцінювали залежно від фази менструального циклу, що є загальноприйнятим підходом (М.А. Лившиц, 2006).

Як свідчать отримані дані, у 1 фазу менструального циклу не було відзначено достовірних розбіжностей (р>0,05) між трьома групами (1 контрольною та обома основними) з боку таких параметрів, як ПГ, ЛГ і ФСГ. У порівнянні із цим, вмістЕбуло достовірно збільшено в обох основних групах, але з різним ступенем достовірності (1 контрольна група – 428,4±31,2 нмоль/л; 1 основна група – 824,4±41,8 нмоль/л; р<0,01; 2 основна група – 982,1±51,9 нмоль/л; р<0,001). Аналогічну закономірність відмічено і при оцінці рівня Прл у сироватці крові
(1 контрольна група – 287,4±21,8 мМО/л; 1 основна група – 391,7±32,1 мМО/л; р<0,0; 2 основна група – 562,4±43,8 мМО/л; р<0,01). Отримані дані свідчать про незначні зміни гормонального статусу в 1 фазу менструального циклу в пацієнток з ДНЯ. У порівняльному аспекті більш виражені достовірні розбіжності відзначено в пацієнток з безпліддям на тлі ДНЯ 2 основної групи.

Дисгормональні порушення в пацієнток з ДНЯ у 2 фазу менструального циклу були більш вираженими. Підтвердженням цьому є достовірне збільшення усіх досліджуваних параметрів, але з урахуванням репродуктивного анамнезу:
Е(1 контрольна група – 231,4±21,4 нмоль/л; 1 основна група – 387,5±31,2 нмоль/л; р<0,05; 2 основна група – 508,7±32,4 нмоль/л; р<0,01); ПГ (1 контрольна група – 43,2±2,1 нмоль/л; 1 основна група – 73,2±5,3 нмоль/л; р<0,05; 2 основна група – 121,4±10,7 нмоль/л; р<0,01); ЛГ (1 контрольна група – 7,4±0,6 мМО/л; 1 основна група – 10,2±0,8 мМО/л; р<0,05; 2 основна група. – 15,8±1,3 мМО/л; р<0,01);
ФСГ (1 контрольна група – 6,1±0,5 мМО/л; 1 основна група – 13,2±1,2 мМО/л; р<0,01; 2 основна група – 28,4±2,6 мМО/л; р<0,001).

Отже, як показали результати проведених ендокринологічних досліджень, найбільш суттєві дизгормональні зміни відбуваються у лютеїнову фазу менструального циклу, причому у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією вони більш виражені. На нашу думку, отримані результати необхідно враховувати при розробці діагностичних та лікувально-профілактичних заходів у пацієнток з ДНЯ.

У патогенезі ДНЯ, окрім дизгормональних порушень, істотну роль відіграють і зміни системного імунітету, які ми вивчали, також з урахуванням фази менструального циклу (Т.А. Назаренко и соавт., 2005).

Відповідно до отриманих результатів, у 1 фазу менструального циклу достовірні розбіжності між 1 контрольною і 1 основною групою повністю відсутні (р>0,05). На відміну від цього, тільки у жінок з ДНЯ, які не народжували, відзначено достовірне зниження числа СД3+ (р<0,05) і СД4+ (р<0,05) при одночасному збільшенні числа СД8+ (р<0,05). Аналогічні зміни мали місце при оцінці співвідношення СД4+/СД8+ (р<0,05). У 2 фазу менструального циклу вказані достовірні розбіжності з’явилися і в 1 основній групі (р<0,05), а в жінок, які не народжували, вони стали носити більш виражений характер (р<0,01).

Отже, результати проведених імунологічних досліджень підтверджують істотну роль дизімунологічних порушень у патогенезі ДНЯ, у першу чергу, в пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією.

Відомо, що ДНЯ є системними захворюваннями, що характеризуються метаболічними порушеннями, тобто спостерігається дизбаланс різних обмінних процесів на клітинному рівні (білковий, вуглеводний, жировий, гормональний, імунний тощо) (В.К. Чайка, 2006; A.G. Dudley, 2002; D.M. Twickler et al., 2005).

Виходячи з отриманих результатів біохімічних досліджень можна констатувати, що достовірні розбіжності даних, отриманих при обстеженні жінок
1 контрольної і 1 основної групи встановлено за двома параметрами: достовірне збільшення вмісту лужної фосфатази (р<0,05) і тимолової проби (р<0,05).
У порівнянні із цим, у 2 основній групі, окрім вищезазначених змін (р<0,01), виявлено достовірне зниження лактатдегідрогенази(р<0,05). Отримані результати свідчать про більш глибокі порушення метаболізму і білоксинтезуючої функції печінки в пацієнток з безпліддям на тлі ДНЯ.

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, ДНЯ в жінок з безпліддям мають свої специфічні особливості, які відбиваються у більш глибоких порушеннях ендокринного і імунного статусу, а також основних процесів метаболізму. Це дозволяє обговорювати питання про необхідність удосконалення тактики ведення таких пацієнток як на етапі діагностики, так і при проведенні лікувально-профілактичних заходів.

Оцінка стану репродуктивної системи, органів-мішеней, ендокринної та імунної систем і метаболічних процесів у жінок з безпліддям на тлі ДНЯ дозволила обґрунтувати необхідність комплексного підходу до корекції порушень гомеостазу.

Оперативне втручання в усіх 50 пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією було виконано лапароскопічним шляхом з органозберігаючим обсягом. Післяопераційне ведення, поряд із загальноприйнятими методами (Е.М. Вихляева, 2008), поєднувало в собі використання імуномоделюючих і детоксикаційних заходів. Разом з тим, лікувально-профілактичні методологічні підходи підбиралися індивідуально, залежно від характеру новоутворення, виявлених змін у малому тазі і органах-мішенях.

Результати проведених морфологічних досліджень свідчать, що у структура ДНЯ у жінок з реалізованою і нереалізованою репродуктивною функцією встановлено дві основні відмінності: серед жінок у 2 основній групі була вище частота ендометріом (1 група – 42,0 %; 2 група – 56,0 %) і поєднаних варіантів генітальної патології, включаючи наявність лейоміоматозних вузлів (1 група – 24,0 %; 2 група – 36,0 %). Слід відмітити, що у кожному п’ятому випадку мали місце серозна цистаденома (1 основна група – 24,0 % і 2 основна група – 22,0 %); муцинозна цистаденома (1 основна група – 22,0 %; 2 основна група – 20,0 %) і параоваріальна кіста (1 основна група – 20,0 %; 2 основна група – 22,0 %). Набагато рідше зустрічалися дермоїдні кісти (1 група – 10,0 %; 2 група – 12,0 %) і зрілі кістозні тератоми (1 основна група – 6,0 %; 2 основна група – 4,0 % відповідно).

Під час оперативної лапароскопії усім обстеженим пацієнткам було зроблено енуклеацію ДНЯ. У тих випадках, коли було виявлено поєднану патологію в малому тазі, виконували ендокоагуляцію вогнищ ендометріозу (23,0 %); проводили роз’єднання злук (42,0 %); сальпінгооваріолізіс (59,0 %); резекцію яєчника (48,0 %), цистентомію (52,0 %) і консервативну міомектомію (14,0 %).

Усім пацієнткам під час лапароскопії із серозною цистаденомою було зроблено біопсію другого яєчника. Одночасно з лапароскопією (після закінчення оперативного етапу лапароскопії) проводили гістероскопію з метою виключення внутрішньоматкової патології. Діагностовані внутрішньоматкові сінехії (12,0 %) і субмукозні вузли (8,0 %) було вилучено під контролем гістероскопа під час проведення оперативної гістероскопії. Крім того, в усіх випадках проводилось вишкрібання ендометрію з наступним гістологічним дослідженням. Оперативне втручання в усіх випадках протікало без ускладнень, у післяопераційному періоді ускладнень також не було.

Для покращення репаративних процесів, видалення токсичних речовин, компонентів зруйнованих клітин, відновлення активності фагоцитарної системи, підвищення функціональної активності кровотворних, стромальних і імунокомпетентних клітин у ранньому і віддаленому післяопераційних періодах додатково, до комплексу загальноприйнятих методик, включали антигомотоксичну терапію: тироїдеа композитум; лімфоміозот Н; плацента композитум; ехінацея композитум; мулімен; церебрум композитум; гепар композитум; ангіо-ін’єль та траумель, оваріум композитум, вібуркол, гінекохель.

На наступному етапі лікування хворих з ДНЯ, за наявності супутньої патології в малому тазі (зовнішній генітальний ендометріоз, лейоміома матки, дифузно-вузлова форма ендометріозу), у післяопераційному періоді, з метою профілактики раннього рецидиву зовнішнього генітального ендометріозу, а також поліпшення репаративних процесів у тканині оперованого яєчника, проводили гормональне лікування антигонадотропними препаратами (данозол або декапептіл) за загальноприйнятими схемами (Л.В. Ткаченко и соавт., 2005).

Аналізуючи результати різних варіантів гормональної корекції можна зробити висновок, що найбільш оптимальним варіантом є антигонадотропний препарат „Декапептіл-Депо” у дозуванні 3,75 мг. Використання цього препарату показало найкращі результати у плані корекції менструально-репродуктивної функції (відновлення менструальної функції, частота досягнення бажаної вагітності) і найменшу кількість побічних ефектів (збільшення у вазі, набряки, акне, головний біль і кров’янисті виділення) у процесі лікування.

При відсутності поєднаної патології органів малого тазу (зовнішній генітальний ендометріоз, лейоміома матки), за винятком групи хворих з ендометріомами, у післяопераційному періоді досить ефективними були синтетичні прогестини (“діане-35” і “марвелон”) при використанні їх протягом 3 місяців.

При вирішенні питання про відновлення репродуктивної функції в жінок з безпліддям на тлі ДНЯ необхідно враховувати весь спектр нейроендокринних, обмінних і імунних зрушень, тому у післяопераційному періоді було проведено комплексну диференційовану реабілітаційну терапію, що поєднувала гормональну і антигомотоксичну терапію за для корекції усіх змін у ланках репродуктивної системи (гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникова система і мішені).

Широкий спектр ендокринно-метаболічних і імунних порушень, виявлених серед жінок 2 основної групи, свідчить про наявність патогенетично неоднорідних варіантів захворювання. У зв’язку з цим, нормалізація гормонального балансу при різних видах патології неоднозначна. Системний характер фармакологічного і терапевтичного впливу на усі органи і системи організму мають антигомотоксичні препарати, які мобілізують механізм захисту (змінюють гуморальний і клітинний імунітет, підвищують і активують Т-лімфоцити), підвищують резистентність організму, підсилюють активність лейкоцитів (фагоцитоз) і прискорюють регенерацію ушкоджених тканин (А.Г. Коломійцева, 2005).

Враховуючи взаємозв’язок між різними ланками органів репродуктивної системи, коли патологічні зміни однієї ланки ведуть за собою зміни в багатьох інших органах і являють собою системне захворювання, то і терапія, природно, повинна бути комплексною, адекватною і вибірково впливати на ушкоджені ланки (А.Г. Коломійцева, 2005; Л.В. Ткаченко, 2005).

Після закінчення курсу консервативної терапії проводився аналіз опитування пацієнток (загального самопочуття, наявність або відсутність болючих відчуттів, напруги в молочних залозах, виділень із сосків), огляд і пальпація молочних залоз, а також результати скринінгового ультразвукового дослідження молочних залоз і щитовидної залози.

Розроблений комплекс лікування дозволяє забезпечити позитивну дію на стан репродуктивної системи з урахуванням метаболічних порушень і стану функціональних органів-мішеней. Природно, що успіх лікування визначається ступенем виразності і сукупності патологічних змін в жіночому організмі на тлі ДНЯ.

У результаті проведеної, індивідуально підібраної, комплексної терапії, згідно розробленому алгоритму, що поєднував оперативне лікування з комплексом наступних реабілітаційних заходів і включав гормональну та антигомотоксичну терапію, верифікована вагітність наступила в 40 пацієнток (80,0 %) протягом
2–3 років спостережень.

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, лапароскопічне лікування ДНЯ у жінок з безпліддям у комплексі з наступною реабілітаційною терапією дозволяє нормалізувати дисгормональні, дизімунологічні і дизметаболічні порушення через 3-6 місяців від початку проведеної терапії. Це сприяє відновленню репродуктивної функції у 80,0 % пацієнток.. Разом з тим, не можна вважати поставлене наукове завдання повністю вирішеним без оцінки клінічного перебігу вагітності і пологів у цих пацієнток.

Клінічний перебіг вагітності у жінок, прооперованих з приводу різної генітальної патології є предметом наукових досліджень останніх років (В.Н. Городков и соавт., 2001; П.П. Григоренко, 2007; З.Н. Зайдиева и соавт., 2008; М.Б. Игитова и соавт., 2008). Отримані нами результати свідчать, що у безплідних жінок, які завагітніли після лапароскопічного видалення ДНЯ у комплексі з запропонованою нами реабілітаційною терапією*,* у І половині вагітності частіше всього зустрічалися бактеріальний вагіноз (20,0 %) і загроза переривання вагітності (12,5 %). Після 20 тижнів вагітності основним ускладненням у цих жінок була плацентарна недостатність (45,0 %), у структурі якої переважала компенсована (57,1 %) і субкомпенсована форми (35,7 %). Крім того, достатньо часто мали місце такі ускладнення, як гестаційна анемія (42,5 %); бактеріальний вагіноз (22,5 %) і прееклампсія (15,0 %). Як наслідок вищеописаних особливостей, частота передчасних пологів склала – 7,5 %. Отримані результати вказують на високу частоту різноманітних гестаційних ускладнень у жінок з безпліддям, прооперованих з приводу ДНЯ, а серед основних причин такого стану на особливу увагу заслуговують дизгормональні порушення до вагітності.

Підтвердженням перерахованих вище особливостей клінічного перебігу гестаційного періоду є високий рівень різноманітних ускладнень при розродженні, причому усі ці ускладнення є взаємозалежними: передчасний розрив плодових оболонок (32,5 %); аномалії пологової діяльності (25,0 %); дистрес плода (20,0 %); акушерські кровотечі (12,5 %) і, як результат цих ускладнень – висока частота кесаревих розтинів (42,5 %).

Аналізуючи перинатальні наслідки розродження, варто відмітити високу частоту інтранатальної асфіксії різноманітного ступеня тяжкості (32,5 %),
у тому числі, і тяжкого (5,0 %). Рівень затримки внутрішньоутробного
розвитку (ЗВУР) плода за асиметричною формою складала 32,5 %, а макроскопічні ознаки інтраамніального інфікування мали місце в кожному шостому спостереженні (15,0 %). У неонатальному періоді встановлено постгіпоксичну енцефалопатію (25,0 %), реалізацію інтраамніального інфікування (10,0 %); геморагічний
синдром (5,0 %) і гіпербілірубінемію (5,0 %). Сумарні перинатальні втрати
складали серед жінок з високим рівнем внутрішньоутробного інфікування 5,0 % (два випадки: дистрес плода на фоні природженої пневмонії і постнатальний менінгоенцефаліт). Отримані результати підтверджують думку провідних неонатологів про високий ступінь перинатального ризику у жінок, прооперованих з приводу ДНЯ.

Отже, як показали результати проведених клінічних досліджень, жінки з безпліддям, прооперовані з приводу ДНЯ, складають групу ризику щодо розвитку перинатальної патології на фоні порушень у системі “мати-плацента-плід”. Це є підставою для більш глибокого вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Напередодні розродження показники функціонального стану плода характеризуються високою частотою ЗВУР плода (40,0 %); порушень серцевого ритму (брадикардія – 5,0 % і тахікардія – 10,0 %); суб- і декомпенсованих порушень дихальної (суб – 15,0 % і декомпенсовані – 2,5 %) і рухової активності плода (суб – 20,0 % і декомпенсовані – 5,0 %); змінами з боку тонусу плода (10,0 %). При оцінці основних змін, виявлених при дослідженні плаценти і обсягу навколоплодових вод, звертає увагу збільшення частоти передчасного дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрію у зоні плацентації (22,5 %), поєднання виснаження плаценти з випередженням дозрівання (10,0 %), високого рівня мало- (15,0 %) і багатоводдя (10,0 %). За підсумковою оцінкою стану фетоплацентарного комплексу,
у 38–40 тижні**в** компенсовані ехографічні зміни з боку фетоплацентарного комплексу зустрічалися у 75,0 % випадків; субкомпенсовані – у 20,0 % і декомпенсовані – у 5,0 % спостережень.

Характер ендокринологічних порушень характеризувався зменшенням рівня Е (р<0,01); ПГ (р<0,05); хоріонічного гонадотропіну (р<0,05) і плацентарного лактогену (р<0,05) при одночасному збільшенні вмісту кортизолу (р<0,01), у порівнянні з 2 контрольною групою.

Отже, функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з безпліддям, прооперованих з приводу ДНЯ, напередодні розродження характеризується високим рівнем порушень з боку функціонального стану плода, плаценти і обсягу навколоплодових вод на фоні виражених ендокринологічних порушень, в основному, субкомпенсованого характеру, але, у ряді випадків, і декомпенсованими змінами, що призводить до високої частоти оперативного розродження.

Таким чином, жінки з безпліддям, які прооперовані з приводу ДНЯ, складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, що обумовлено, на нашу думку, дизгормональними порушеннями та перенесеним стресом з приводу лікування жіночої неплідності.

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки із безпліддям на тлі ДНЯ становлять групу високого ризику не тільки у плані лікування неплідності, але і надалі – виношування вагітності з низьким ступенем досягнення позитивних перинатальних результатів. Запропонований нами алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє не тільки підвищити частоту відновлення репродуктивної функції, але і знизити рівень гестаційних ускладнень. Це дає нам право рекомендувати його для широкого використання у практичній системі охороні здоров’я.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено дані і нове вирішення наукового завдання сучасної гінекології – знизити частоту порушень репродуктивної функції та наступних гестаційних ускладнень у жінок з безпліддям на тлі ДНЯ, на основі вивчення в них клініко-ехографічних, морфологічних, ендокринологічних та імунологічних особливостей, а також розробки і запровадження комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

1. Основними клінічними ознаками ДНЯ у жінок з безпліддям є: виражений больовий синдром (34,0 %); альдисменорея (44,0 %); ациклічні кровотечі (28,6 %), кров’янисті виділення у середині циклу (38,1 %), а також поєднання із хронічним сальпінгоофоритом (30,0 %) та патологічними змінами шийки матки (34,0 %).
2. У жінок з безпліддям на тлі ДНЯ дисгормональні порушення залежать від фази менструального циклу і характеризуються у фолікулярну фазу достовірним зниженням вмісту естрадіолу (р<0,001) при одночасному підвищення рівня пролактина (р<0,01); в лютеїнову фазу – достовірним підвищенням вмісту естрадіолу (р<0,01); прогестерона (р<0,01); лютеїнізуючого гормону (р<0,01) і фолікулостимулюючого гормону (р<0,001).
3. Методом вибору оперативного лікування ДНЯ у жінок з безпліддям є лапароскопія з певним обсягом оперативного втручання: ендокоагуляція вогнищ ендометріозу (23,0 %); роз’єднання злук (42,0 %); сальпінгооваріолізіс (59,0 %); цистентомія (52,0 %), резекція яєчника (48,0 %) і консервативна міомектомія (14,0 %).
4. При морфологічному дослідженні ДНЯ відмічено переважання ендометріом (56,0 %); серозних (22,0 %) та муцинозних цистоаденом (20,0 %), а також наявність лейоміоматозних вузлів (14,0 %).
5. Ефективність індивідуально підібраної комплексної терапії, що включаює лапароскопічне лікування з подальшим проведенням заходів, спрямованих на реабілітацію репродуктивної функції з використанням гормональної та антигомотоксичної терапії, складає 80,0 %, у вигляді настання вагітності впродовж 2–3 років.
6. Клінічний перебіг вагітності після комплексного лікування ДНЯ супроводжується високою частотою плацентарної недостатності (45,0 %); гестаційної анемії (42,5 %) та прееклампсії (15,0 %), що призводить до значного рівня ускладнень при розродженні: передчасного розриву плодових оболонок (32,5 %); аномалії пологової діяльності (25,0 %) і дистресу плода (20,0 %), а також високої частоти передчасних пологів (7,5 %) і кесаревих розтинів (42,5 %).
7. Перинатальні наслідки розродження жінок з ДНЯ в анамнезі характеризуються високою частотою інтранатальної асфіксії різного ступеня тяжкості (32,5 %), ЗВУР плода (32,5 %), реалізації інтраамніального інфікування (15,0 %) та постгіпоксичної енцефалопатії (25,0 %).

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. З метою відновлення репродуктивної функції яєчників у жінок з безпліддям на тлі ДНЯ необхідно використовувати комплексний підхід з максимально зберігаючим обсягом лапароскопічного втручання з наступною реабілітацією репродуктивної функції, на основі використання гормональної та антигомотоксичної терапії.
2. При веденні вагітності в жінок з ДНЯ в анамнезі необхідно використовувати комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти плацентарної недостатності, гестаційної анемії та прееклампсії, а при розродженні – аномалій родової діяльності.
3. З метою контролю за ефективністю лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у жінок з безпліддям на тлі ДНЯ необхідно проводити оцінку основних клінічних, ехографічних та ендокринологічних показників в динаміці спостереження.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ**

**ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Броварская Ю. М. Отдаленные последствия лапароскопического лечения эндометриом / Ю. М. Броварская // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені
П.Л. Шупика. – К., 2006. – Вип. 15, кн. 3. – С. 138–142.
2. Горбунова О. В. Особенности лапароскопического лечения опухолей и опухолевидных образований яичников / Ю. М. Броварская // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2007. – Вип. 16, кн. 5. – С. 193–196 (*Збір клінічного матеріалу і підготовка роботи до друку*).
3. Броварська Ю. М. Реабілітація репродуктивної функції жінок з доброякісними новоутвореннями яєчників, які не народжували / Ю. М. Броварська // Зб. наук. праць співроб. НМАПО ім. П.Л.Шупика. – К., 2008. – Вип. 17, кн. 3, ч. 1. – С. 123–127.
4. Броварская Ю. М. Эндоскопическое лечение и реаблитация репродуктивной функции нерожавших женщин с доброкачественными образованиями яичников / Ю. М. Броварская // Тез. докл. науч.-практ. конф. “Актуальные аспекты перинатальной медицины” (Киев, 19 груд. 2006 р.). – Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 4. – С. 194.

### АНОТАЦІЯ

**Броварська Ю. М. Реабілітація репродуктивної функції жінок з|із| безпліддям на тлі|на фоні| доброякісних новоутворень яєчників**. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2009.

Наукова робота присвячена зниженню частоти порушень репродуктивної функції і подальших|наступних| гестаційних ускладнень у жінок з|із| безпліддям на тлі|на фоні| доброякісних новоутворень яєчників, на основі вивчення клініко-ехографічних|, морфологічних, ендокринологічних і імунологічних особливостей, а також розробки| і впровадження комплексу діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів. Встановлено|установлені| порівняльні аспекти клінічної симптоматики доброякісних новоутворень яєчників у жінок з|із| реалізованою і нереалізованою репродуктивною функцією. Дана оцінка ролі дизгормональних| порушень в генезі| доброякісних новоутворень яєчників у жінок з|із| безпліддям. Визначена клінічна ефективність запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, на основі додаткового використання антигомотоксичної| терапії. Показано нові аспекти клінічного перебігу вагітності і пологів, а також перинатальні результати|виходи| розродження| жінок з|із| доброякісними новоутвореннями яєчників.

**Ключові|джерельні| слова**: репродуктивна функції, безпліддя, доброякісні новоутворення яєчників.

### SUMMARY

**Brovarskaja J.M. Rehabilitation of reproductive function of women with barreness against good-quality new growths ovariums**. – Manuscript.

Thesis for a degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.01 – obstetric and genecology. – P. L. Shupik National Medical Academy of Post-Graduate Education of Health of Ukraine, Kуiv, 2009.

Scientific work is devoted decrease in frequency of infringements of reproductive function and the subsequent gestation complications at women with barreness against good-quality new growths ovariums on the basis of studying clinical-ehografical, morphological, endocrinogical and immunological features, and also разроботки and introductions of a complex of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions. Comparative aspects of clinical semiology of good-quality new growths ovariums at women with the realised and non-realised reproductive function are established. The role estimation dyshormonal infringements in genesise good-quality new growths ovariums at women with barreness is given. Clinical efficiency of offered algorithm of treatment-and-prophylactic and rehabilitation actions on the basis of additional use antigomotoxical therapies is defined. New aspects of a clinical current of pregnancy and sorts, and also perinatal outcomes delivery women with good-quality new growths ovariums are shown.

**Key words**: reproductive functions, barreness, good-quality new growths ovariums.

### АННОТАЦИЯ

**Броварская Ю. М. Реабилитация репродуктивной функции женщин с бесплодием на фоне доброкачественных новообразований яичников**. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины,
Киев, 2009.

Научная работа посвящена сснижению частоты нарушений репродуктивной функции и последующих гестационных осложнений у женщин с бесплодием на фоне доброкачественных новообразований яичников, на основе изучения клинико-эхографических, морфологических, эндокринологических и иммунологических особенностей, а также разработки и внедрения комплекса диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Установлены сравнительные аспекты клинической симптоматики доброкачественных новообразований яичников у женщин с реализованной и нереализованной репродуктивной функцией. Дана оценка роли дисгормональных нарушений в ґенезе доброкачественных новообразований яичников у женщин с бесплодием. Определена клиническая эффективность предлагаемого алгоритма лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий на основе дополнительного использования антигомотоксической терапии. Показаны новые аспекты клинического течения беременности и родов, а также перинатальные исходы родоразрешения женщин с доброкачественными новообразованиями яичников.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными клиническими признаками доброкачественных новообразований яичников у женщин|жены| с бесплодием является: выраженный болевой синдром (34,0 %); альдисменорея| (44,0 %); ациклические кровотечения (28,6 %), кровянистые| выделения в середине|средине| цикла (38,1 %), а также сочетание с хроническим сальпингоофоритом| (30,0 %) и патологическими изменениями|сменой| шейки матки (34,0 %).

У женщин|жены| с бесплодием на фоне доброкачественных новообразований яичников дисгормональные| нарушения зависят от фазы менструального цикла и характеризуются в фолликулярную фазу достоверным снижением содержания эстрадиола (р<0,001|) при одновременном повышении уровня пролактина (р<0,01|); в лютеиновую| фазу – достоверным повышением содержания эстрадиола (р<0,01|), прогестерона (р<0,01|), лютеинизирующего гормона (р<0,01|) и фолликулостимулирующего гормона (р<0,001|). Методом выбора оперативного лечения доброкачественных новообразований яичников у женщин|жены| с бесплодием является лапароскопия с определенным объемом оперативного вмешательства: эндокоагуляция| очагов эндометриоза (23,0 %); разъединение спаек (42,0 %); сальпингоовариолизис| (59,0 %); цистентомия| (52,0 %), резекция яичника (48,0 %) и консервативная миомэктомия (14,0 %). При морфологическом исследовании доброкачественных новообразований яичников отмечено преобладание эндометриом| (56,0 %); серозных (22,0 %) и муцинозных| цистоаденом| (20,0 %), а также наличие лейомиоматозных| узлов (14,0 %). Эффективность индивидуально подобранной комплексной терапии, включающей| лапароскопическое лечение с последующим проведением мероприятий, направленных на реабилитацию репродуктивной функции с использованием гормональной и антигомотоксической| терапии, составляет|сдает| 80,0 %, в виде наступившей в течение 2–3 лет беременности. Клиническое течение беременности после комплексного лечения новообразований яичников сопровождается высокой частотой плацентарной недостаточности (45,0 %); гестационной| анемии (42,5 %) и преэклампсии| (15,0 %), что приводит к|до| значительному уровню осложнений|усложнения| при родоразрешении: преждевременному разрыву плодовых оболочек (32,5 %); аномалиям родовой деятельности (25,0 %) и дистрессу| плода| (20,0 %), а также высокой частоте преждевременных родов (7,5 %) и кесаревых сечений (42,5 %). Перинатальные последствия родоразрешения женщин|жены| с доброкачественными новообразованиями яичников в анамнезе характеризуются высокой частотой интранатальной| асфиксии различной|различной| степени тяжести (32,5 %), ЗВУР плода| (32,5 %), реализацией интраамниального| инфицирования (15,0 %) и постгипоксической| энцефалопатии (25,0 %).

**Ключевые слова**: репродуктивная функции, бесплодие, доброкачественные новообразования яичников.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ДНЯ – доброякісні новоутворення яєчників

Е – естрадіол

ЗВУР – затримка внутрішньоутробного розвитку

ЛГ – лютеїнізуючий гормон

ЛФ – лужна фосфатаза

ПГ – прогестерон

Прл – пролактин

Т3 – трийодтиронін

Т4 – тироксин

ФСГ – фолікулостимулюючий гормон

CD3+ – активні Т-лімфоцити

CD4+ – Т-хелпери

CD8+ – Т-супресори

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>