

13. *Shimatsu A.* Macroprolactinemia: Diagnostic, Clinical, and Pathogenic Significance [Електронний ресурс] / A. Shimatsu, N. Hattori // Clin Dev Immunol. – 2012. – Режим доступу до журн.: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/167132>. Заголовок з екрану.
14. *Гилязутдинов И.А.* Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве: руководство для врачей [Текст] / Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 415 с.
15. *Татарчук Т.Ф.* Гиперпролактинемия в практике врача-гинеколога [Електронний ресурс] / Т.Ф. Татарчук, И.Б. Венцковская, О.А. Ефименко // Международный эндокринологический журнал. – 2010. – № 6(30). – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/1944>. Заголовок з екрану.
16. *Литвак Е.О.* Особенности клинических проявлений синдрома гиперпролактинемии и пути коррекции [Текст] / Е.О. Литвак // Международный эндокринологический журнал: специализированный научно-практический журнал. – 2010. – № 6. – С. 81-89.
17. *Серов В.Н.* Гинекологическая эндокринология: монография [Текст] / Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 520 с.

Поступила 8.07.16

УДК 618.177-07/618.14-007.61

ГАРБУЗЕНКО Н.Д., СТАМОВА Н.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

ОСОБЛИВОСТІ МАТКОВОЇ ПЕРИСТАЛЬТИКИ У БЕЗПЛІДНИХ ЖІНОК З АДЕНОМІОЗОМ, МІОМОЮ МАТКИ ТА ЇХ ПОЄДНАННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РОЗМІРІВ ДОМІНАНТНОГО ФОЛІКУЛА

У статті представлено вивчення особливостей маткової перистальтики в залежності від розмірів домінантного фолікула у жінок з гіперпроліферативними процесами матки, за допомогою методів гістосальпінгосцинтиграфії (ГССГ), ультрасонографії за методикою E.Luons.

Матеріал та методи дослідження. Проведено дослідження маткової перистальтики в залежності від розмірів домінантного фолікула у 218 пацієнток віком від 20 до 42 років з вторинним безпліддям на фоні аденоміозу, міоми матки та їх поєднанні методами ГССГ та ультрасонографії.

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлено вірогідне збільшення ($p < 0,01$) числа випадків з іпсилатеральним внутрішньоматковим транспортом при розмірах домінантного фолікула більше 16 мм, з подальшим підвищенням його частоти при розмірах фолікула більше 18 мм. Білатеральний транспорт має місце у групі жінок з розмірами фолікула від 13 до 16 мм. При нормальних розмірах домінантного фолікула (більше 18 мм) має місце вірогідне ($p < 0,05$) зниження частоти білатерального транспорту.

РЕЗЮМЕ

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ У ЖЕНЩИН – ВСЕГДА ЛИ НЕОБХОДИМО ЛЕЧЕНИЕ?

ВОДОДИУК О.В., ВОДОДИУК В.Ю.

В статье представлен современный взгляд на обследование и лечение пациенток с гиперпролактинемией в зависимости от этиологического фактора. Выделен контингент женщин с гиперпролактинемией, которые должны подлежать только наблюдению. Даны рекомендации по дифференцированному подходу к лечению пациенток с гиперпролактинемией в зависимости от ее причины, репродуктивных намерений, возраста пациентки и клинических проявлений.

Ключевые слова: пролактин, макропролактин, гиперпролактинемия, макропролактинемия, аменорея.

SUMMARY

HYPERPROLACTINEMIA IN WOMEN – IS THE TREATMENT ALWAYS NECESSARY?

VODODIUK O.V., VODODIUK V.Y.

The article presents the current view of the examination and treatment of patients with hyperprolactinemia depending on the etiological factor. Highlight contingent of women with hyperprolactinemia that should be subject to observation only. Recommendations on differential approach to treating patients with hyperprolactinemia depending on its cause, reproductive intentions, patient age and clinical manifestations.

Keywords: prolactin, macroprolactin, hyperprolactinemia, macroprolactinemia, amenorrhea.

Висновки. Виявлена залежність маткової перистальтики у безплідних жінок з гіперпластичними процесами матки в залежності від розмірів доміантного фолікула. Зменшення частоти патологічного білатерального транспорту спермій визначено при діаметрі доміантного фолікула понад 18 мм. Виявлені особливості внутрішньоматкової перистальтики у безплідних жінок з аденоміозом, міомою матки та їх поєднанням, можуть бути використані для покращення результатів лікування безпліддя у цієї категорії пацієнток.

Ключові слова: маткова перистальтика, доміантний фолікул, гіперпластичні процеси матки, гістеросальпінгосцинтиграфія, ультрасонографія за методикою E. Lyons.

Питання реабілітації репродуктивної функції жінки при гормонозалежних захворюваннях є актуальним і одним з надскладних в сучасній гінекології. До числа найбільш розповсюджених гормонозалежних гіперпроліферативних захворювань матки відносять міому матки та аденоміоз. Частота поєднання цих патологій, за результатами спостережень багатьох авторів, складає біля 85%. Проблема безпліддя у жінок з аденоміозом й досі не має остаточного вирішення, хоча аденоміоз є причиною безпліддя майже у третини жінок з ендометріозом [1, 3]. Частота безпліддя при аденоміозі, за даними різних авторів, варіює від 20 до 50% [6, 7]. Враховуючи зростання числа безплідних шлюбів за останні десятиліття, за даними літератури, з 8-10 % до 13-17 % [2], що відбувається через зростання захворюваності на аденоміоз, тенденцію до ранішої маніфестації хвороби та соціальну тенденцією до зростання віку вагітності, коли жінки вже мають гінекологічні захворювання (запальні, міоми матки), поглиблене вивчення механізмів та особливостей розвитку безпліддя, у тому числі скорочувальної діяльності невагітної матки і факторів, що на неї впливають, у хворих на аденоміоз є однією з актуальних проблем гінекології.

Згідно опублікованих робіт про роль швидкого маткового транспорту спермій у фізіології запліднення, цей процес є пасивним і здійснюється завдяки скороченням міометрію (перистальтичним хвилям) [8, 9, 10].

На теперішній час існує лише 2 методи, які дозволяють оцінити перистальтику і транспортну функцію матки: ультрасонографія та гістеросальпінгосцинтиграфія (ГССГ). Ультрасонографія дозволяє оцінити частоту перистальтичних хвиль та їх спрямованість відносно дна матки. ГССГ дозволяє провести аналіз маткової перистальтики, включаючи швидкість та направленість внутрішньоматкового транспорту. Обидва методи дозволяють виявити порушення, які

в деяких випадках можуть бути єдиною причиною безпліддя.

Таким чином, вивчення тонких механізмів зачаття, таких, як порушення транспортної функції матки, спроможне дати нове розуміння патогенезу безпліддя при аденоміозі, прояснити причини неефективності терапії у цієї категорії пацієнток і вдосконалити подальшу тактику їх ведення. Результатом подібних досліджень буде підвищення ефективності корекції репродуктивної функції у хворих на гіперпластичні процеси матки.

Мета дослідження. Вивчення маткової перистальтики в залежності від розмірів доміантного фолікула у жінок з гіперпластичними процесами матки, за допомогою методів гістеросальпінгосцинтиграфії та ультрасонографії за методикою E. Lyons.

Матеріал та методи дослідження

Дослідження проведено на базі Одеського національного медичного університету (ректор – академік НАМН України В.М. Запорожан). Фрагмент роботи, який стосується гістеросальпінгосцинтиграфії, виконаний у гінекологічному відділенні B rgerhospital, (Франкфурт-на-Майні, Німеччина), керівник – професор R. Baumann.

Під спостереженням знаходились 218 пацієнток, які страждають первинним або вторинним безпліддям віком від 20 до 42 років, у яких з 2005 по 2012 рр. було проведено 273 ендоскопічних втручань і 62 гістеросальпінгосцинтиграфії.

Залежно від нозологічної форми пацієнтки було розділено на групи:

I група – 85 пацієнток, які страждають безпліддям на фоні аденоміозу I-III ступеня;

II група – 67 пацієнток, у яких аденоміоз різного ступеня поєднувався із міомою матки;

III група – 34 пацієнтки, у яких знайдено вузлову форму міоми матки.

Контрольну групу склали 32 пацієнтки без гінекологічної патології із пар з лише чоловічим фактором безпліддя.

Всі пацієнтки були обстежені згідно рекомендованим алгоритмам обстеження безплідних пар, включаючи клінічний, лабораторний, інструментальний, морфологічний методи [1, 2, 5].

У результаті обстеження для кожної з пацієнток визначали фактори, які стали підґрунтям порушення фертильності. Пацієнткам, у яких не було знайдено наявних факторів порушення фертильності, було проведено гістеросальпінгосцинтиграфію.

Маткову перистальтику вивчали в залежності від розмірів доміантного фолікула.

Трансвагінальна ультрасонографія проводилася на апараті Sonoline SI-45; Siemens, піхвовим датчиком з частотою 7,5 МГц, в сагітальній проекції цілої матки, з зафіксованим протягом 5 хвилин положенням, відеозаписом всього сканування. При цьому проводилося диференціювання спрямованості перистальтичних хвиль (цервікофундальна або фундоцервікальна). Перистальтичні хвилі міометрію реєструвалися п'ятиразово на 2-й, 7-й, 12-й, 16-й та 22-й дні циклу. Час овуляції визначали також за допомогою ультрасонографії на апараті Sonoline SI-45, Siemens.

Гістеросальпінгосцинтиграфія проводилася за методикою, яка була описана Becker et Steck у 1988 р. [8] та модифікована S. Kissler et J. Kohl у 2002 р. [9], з інформованої згоди всіх пацієнток. Дослідження проводили на гамакамері "General Electric" DST XLJ протягом 30 хвилин після введення через катетер в ділянку внутрішнього вічка зависі альбумінових мікрокульок розміром від 5 до 40 мкм, що відповідає розмірам сперміїв, (препарати Pulmocis, Німеччина та SolcoMAA, Швейцарія). Перед проведенням дослідження мікрокульки мітили в радіонуклідній камері ізотопом ^{99m}Tc (10-35) МБк. Оцінювання результатів проводилося на комп'ютері за допомогою програми SPSS Windows 2000 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Було виділено наступні критерії оцінки транспортної функції матки:

I. Нормальний транспорт:

а) іпсилатеральний транспорт – розподіл радіопрепарату у напрямку доміантного фолікула;

б) білатеральний транспорт – розподіл радіопрепарату у напрямку обох маткових труб у випадку білатерального розташування фолікулів;

II. Порушений транспорт:

а) контралатеральний транспорт – розподіл радіопрепарату у протилежний від доміантного фолікула бік;

б) білатеральний транспорт – розподіл радіопрепарату у напрямку обох маткових труб у випадку однобічного розташування фолікула;

III. Відсутність транспорту – радіопрепарат локалізується у зоні аплікації.

Під позитивним результатом ГССГ розуміється наявність нормального або порушеного транспорту, під негативним – відсутність транспорту.

Для введення у ділянку внутрішнього вічка альбумінових мікрокульок застосовувалися внутрішньоматкові катетери Ultracat-M-01, які використовуються при контрастній ультрасонографії. В асептичних умовах шийка матки оголювалася у розтульниках і обертальними рухами, без фіксації шийки матки пульовими щипцями, катетер встановлювався в ділянці внутрішнього вічка. Фіксацію катетера виконували шляхом роздування інтрацервікального балону, який також виконував роль обтуратору після введення завису альбумінових мікрокульок. Для чіткої візуалізації проводилося маркування радіоактивним пластиром правого боку тіла.

ГССГ всім пацієнткам проводилася в пізню фолікулінову фазу, після ультразвукової ідентифікації доміантного фолікула. Сонографічними критеріями доміантного фолікула вважали його діаметр від 18 до 25 мм та обсяг - від 3,1 до 8,2 мл [4]. Але, беручи до уваги факт, що при ендометріозі часто спостерігаються вади фолікулогенезу (перш за все пригнічення), в якості доміантних розглядалися фолікули найбільшого діаметра.

На рис. 1 зображена серія гістеросальпінгосцинтиграм, отримана від здорової 30-річної пацієнтки, у якої доміантний фолікул, розміром 18 мм, перед дослідженням був знайдений ультрасонографічно в лівому яєчнику.

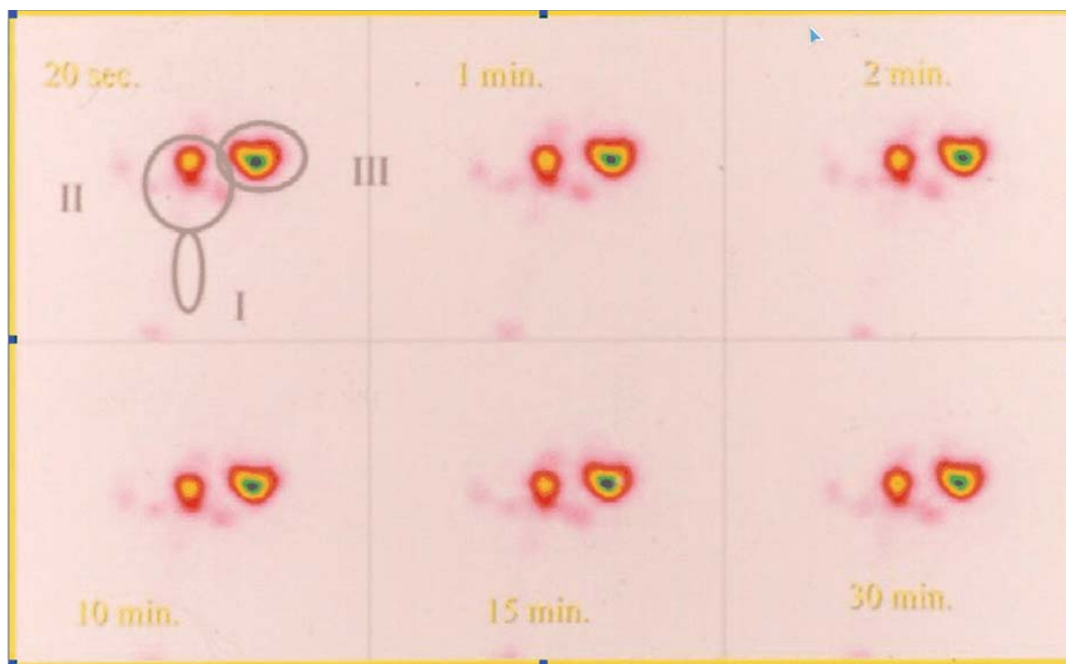


Рис.1 Гістеросальпінгосцинтиграми (зображення руху альбумінових мікрокульок в напрямку до домінантного фолікула).

Домінантний фолікул з'являється на 8-10-й день циклу. У спонтанних циклах середній максимальний діаметр передовуляторного фолікула досягає 20-24 мм, а вагітність можлива при його розмірі не менше за 17 мм. Функціонально повноцінними вважаються фолікули, які досягають розмірів від 18 до 25 мм, що є основними діагностичними ознаками домінантного фолікула [4]. Протягом останніх 5 днів фолікулінової фази фолікул росте зі швидкістю 2-3 мм на день. Випорожнення фолікула стається протягом 1-45 хвил., і в наступні 4-5 днів фолікул або не візуалізується, або визначається як кістозне утворення, що зменшилося в розмірах. Під час другої фази овуляторного циклу при проведенні УЗД візуалізується жовте тіло.

Статистична обробка даних проводилась методами дисперсійного та кореспондентного аналізів за допомогою програмного забезпечення Statistica 7.0 (StatSoft Inc., США).

Результати дослідження та їх обговорення

Всі обстежувані пацієнтки були репродуктивного віку. Середній вік склав 33,1 ± 3,2 роки.

В результаті проведених досліджень знайдено залежність перистальтики матки від розмірів домінантного фолікула. Так,

мало місце підвищення числа хвиль скорочень міометрія та позитивних результатів ГССГ при збільшенні розмірів домінантного фолікула. Виявлено вірогідне збільшення ($p < 0,01$) числа випадків з іпсилатеральним внутрішньоматковим транспортом при розмірах домінантного фолікула більше за 16 мм, з подальшим підвищенням його частоти при розмірах фолікула більше за 18 мм.

Мало місце вірогідне підвищення ($p_{1-3} < 0,05$ та $p_{1-5} < 0,01$) частоти контралатерального транспорту зі зростанням розмірів домінантного фолікула. Цікаво, що максимальна кількість випадків білатерального транспорту була у групі жінок з розмірами фолікула від 13 до 16 мм, що збігається з наявністю у цієї групи жінок максимальних дисперистальтичних порушень, що знайдені при УЗД. При нормальних розмірах домінантного фолікула (більше за 18 мм) має місце вірогідне ($p < 0,05$) зниження частоти білатерального транспорту.

Нами також виявлено, що середній розмір передовуляторного фолікула у групі жінок з негативним результатом ГССГ ($15,21 \pm 1,94$ см) був вірогідно менший ($p < 0,05$) за такий в групі контролю ($17,37 \pm 1,76$ см), а середній розмір домінантного фолікула у жінок з позитивними результатами ГССГ значно не відрізнявся від цього показника в контрольній групі.

Таким чином, порушення внутрішньоматкового транспорту при аденоміозі можливо розглядати як завершальну ланку каскаду патологічних порушень, яка є безпосередньою причиною розвитку гіпофертильності та безпліддя у пацієнок з цією патологією.

Отримані дані відповідають результатам, які були опубліковані G.Kunz, A. Zeitvogel, S. Kissler et R. Baumann [9, 10, 11], про кореляцію між розміром домінантного фолікула та ступенем порушення внутрішньоматкового транспорту у хворих з безпліддям неясного генезу та підтверджують припущення, що внутрішньоматковий транспорт сперміїв знаходиться під контролем домінантного фолікула.

Висновки

1. Виявлена залежність маткової перистальтики у безплідних жінок з гіперпластичними процесами матки в залежності від розмірів домінантного фолікула.
2. Зменшення частоти патологічного білатерального транспорту сперміїв визначено при діаметрі домінантного фолікула понад 18 мм.
3. Виявлені особливості внутрішньоматкової перистальтики у безплідних жінок з аденоміозом, міомою матки та їх поєднанням, можуть бути використані для покращення результатів лікування безпліддя у цієї категорії пацієнок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бесплодие в супружестве : монография / Под ред. И.Ф. Юнды. - К.: «Здоров'я», 1990. - 463с.
2. Грищенко В.И. Женское бесплодие: состояние проблемы / В.И. В.И. Грищенко, Н.А. Щербина // Международный медицинский журнал. - 1999. - № 1. - С.89-92.
3. Запорожан В.М. Акушерство та гінекологія / Запорожан В.М., Цегельський М.Р., Н.М. Рожковська. - Одеса: Одеський медичний університет, 2005. - 423 с.
4. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Гінекологічна патологія: атлас: навч. посібник / Запорожан В.М., Цегельський М.Р. - Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2002. - 308 с.
5. Подзолкова Н.М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.- 448 с.

6. Peritoneal Pockets and Fertility in Women with endometriosis / Batt R.E., Christman J.J., Buck G.M., Smith R.A. // J. Am. Ass. Gynecol. Laparoscop.- 1997. - Vol. 4, № 4. - P. 14.
7. Battista G. Mild endometriosis and infertility: A clinical review of epidemiologic data, diagnostic pitfalls, and classification limits / G. Battista // Obstet. Gynecol. Surv. - 1991. - Vol. 46. - P. 374-379.
8. Hysterosalpingoscintigraphy: a simple and accurate method of evaluating Fallopian tube patency / Becker W., Steck T., Albert P. [et al.] // Nuclearmedizin. - 1988. - Vol. 27. N 6. - P. 252-257.
9. Gestörte Transportfunktion in der Hysterosalpingoszintigraphie (HSSG) als prädiktiver Funktionstest für die Durchführung einer IVF-Therapie / Kissler S., Wildt L., Kohl J. [et al.] // Zentralbl. Gynakol. - 2002. - Vol. 124. - P. 418-422.
10. The dynamics of rapid sperm transport through the female genital tract: evidence from vaginal sonography of uterine peristalsis and hysterosalpingoscintigraphy / Kunz G., Beil D., Deininger H. [et al.] // Human Reproduction. - 1996. - Vol.11, N 3. - P. 627-632.
11. Can we define pathological parameters for endometriosis? / Zeitvogel A., Schreiner A., Baumann R. [et al.] // Cell and Molecular Biology of Endometrium in Health and Disease. Proceedings of the International Symposium on Cell and Molecular Biology of Endometrium. - Kobe, Japan, 2000. - P.26-36.

Поступила 1.07.2016

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ МАТОЧНОЙ ПЕРИСТАЛЬТИКИ У БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН С АДЕНОМИОЗОМ, МИОМОЙ МАТКИ И ИХ СОЧЕТАНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРОВ ДОМИНАНТНОГО ФОЛИКУЛА

Н. Д. ГАРБУЗЕНКО, Н. А. СТАМОВА

В статье представлены результаты изучения особенностей маточной перистальтики в зависимости от размеров доминантного фолликула у женщин с гиперпластическими процессами матки с помощью методов гистеросальпингосцинтиграфии (ГССГ), ультрасонографии по методике Е. Lyons.

Материал и методы исследования. Выполнены исследования перистальтики матки в зависимости от размеров доминантного фолликула у 218 пациенток в возрасте от 20 до 42 лет с вторичным бесплодием на фоне аденомиоза, миомы матки и их сочетания, методами ГССГ и ультрасонографии.

Результаты исследования та їх обговорення. Определено вероятное увеличение ($p < 0,01$)

числа випадків з іпсилатеральним внутриматочним транспортом при розмірах домінуючого фолликула більше 16 мм, з подальшим підвищенням його частоти при розмірах фолликула більше 18 мм. Білатеральний транспорт спостерігається в групі жінок з розмірами фолликула від 13 до 16 мм. При нормальних розмірах домінуючого фолликула (більше 18 мм) відзначається ймовірне ($p < 0,05$) зниження частоти білатерального транспорту.

Висновки. Встановлено залежність маточної перистальтики у безплідних жінок з гіперпластичними процесами матки в залежності від розмірів домінуючого фолликула. Зареєстровано зменшення частоти патологічного білатерального транспорту сперматозоїдів при діаметрі домінуючого фолликула більше 18 мм. Виявлені особливості внутриматочної перистальтики у безплідних жінок з аденоміозом, міомою матки і їх поєднанням можуть бути використані для покращення результатів лікування безпліддя в цій категорії пацієнток.

Ключові слова: перистальтика матки, домінуючий фолликул, гіперпластичні процеси матки, гістеросальпінгосцинтиграфія, ультрасонографія за методикою E.Lyons.

SUMMARY

SPECIFICS OF UTERINE PERISTALTICS IN INFERTILE PATIENTS WITH ADENOMYOSIS, UTERINE MYOMA AND THEIR COMBINATION DEPENDING ON THE SIZE OF THE DOMINANT FOLLICLE

GARBUZENKO N.D., STAMOVA N.O.

This article presents research on specifics of uterine peristaltics depending on the size of the

dominant follicle in women with hyperplastic processes of uterus by hysterosalpingoscintigraphy (HSSG), E. Lyons ultrasonography.

Material and methods. We studied uterine peristaltics depending on the size of the dominant follicle in 218 patients aged 20-42 with secondary infertility combined with adenomyosis, uterine myoma and their combination using HSSG and ultrasonography methods.

We found statistically significant ($p < 0.01$) increase in the number of cases with ipsilateral intrauterine transport in cases the size of the dominant follicle of 16 mm and over with further increase of its frequency in cases the size of the dominant follicle was over 18 mm. Bilateral transport took place in the group of patients with the follicle size of 13-16 mm. In cases of normal size of the dominant follicle (over 18 mm) statistically significant ($p < 0.05$) decrease of frequency of bilateral transport was found.

Results. It was found dependence of uterine peristaltics in infertile patients with hyperplastic processes of uterus upon the size of the dominant follicle. Decrease in frequency of pathological bilateral transport of sperms was found in cases of the dominant follicle size over 18 mm. Discovered specifics of intrauterine peristaltics in infertile women with adenomyosis, uterine myoma and their combination can be used for the results improvement of infertility treatment in this category of patients.

Key words: uterine peristaltics, dominant follicle, hyperplastic processes of uterus, hysterosalpingoscintigraphy, E.Lyons ultrasonography.

УДК 618.14-006.36-089

ГЛАДЧУК І.З., РОЖКОВСЬКА Н.М., КОСЕЙ Т.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ МІОМИ МАТКИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ І ВЛАСНІ ДАНІ)

Незважаючи на значну кількість робіт, присвячених патогенезу, діагностиці та лікуванню міоми матки, багато питань залишаються неуроченими, трактування отриманих результатів є неоднозначним і навіть суперечливим. Наразі найбільш ефективними технологіями в лікуванні міоми матки залишаються хірургічні, але вони потребують систематизації і диференційованих підходів до застосування.

Матеріал та методи дослідження. Проведений аналіз баз даних PubMed Medline, Cochraine Library, UpToDate, а також ретроспективний аналіз випадків хірургічного лікування 1005 хворих з симптомною міомою матки на базі відділення інвазивних методів діагностики та лікування КУ "Університетська клініка № 1 Одеського національного медичного університету (м. Одеса) протягом 2013-2015 рр. Статистичну обробку проводили за допомогою програмного забезпечення Statistica 13.0 (Dell StatSoft Inc., США).