

Оптимізація лікування безплідності у жінок з доброякісною патологією грудних залоз

Р.Є. Кубрак

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування безплідності у жінок з патологією грудних залоз (ГЗ) на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних і гемодинамічних особливостей та удосконалення алгоритму допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). **Матеріали та методи.** У дослідження включено 90 жінок, що знаходилися на лікуванні безплідності за різними методиками, у тому числі і ДРТ. Основними методами дослідження були клінічні, ендокринологічні, ехографічні та імунологічні. **Результати.** Клінічна ефективність лікування безплідності у жінок з патологією ГЗ при використанні короткого протоколу становить 33,3%, а довгого – 50,0%. Основними ускладненнями вагітності є мимовільне переривання у I триместрі – 20,0% та 6,7%, а також передчасні пологи – 20,0% та 6,7% відповідно. **Заключення.** Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування безплідності, а також забезпечити низький рівень перинатальної патології. Практичне впровадження отриманих результатів дозволить покращити лікування безплідності без погіршення патології грудних залоз.

Ключові слова: патологія грудних залоз, безплідність, лікування, допоміжні репродуктивні технології.

Частота доброякісної патології грудних залоз (ГЗ) постійно зростає у жінок репродуктивного віку, в тому числі і при наявності у них безплідності [1, 3]. Поєднання даної патології з порушеннями репродуктивної функції ускладнює своєчасну діагностику та ефективне проведення лікувально-профілактичних заходів [2, 4].

Останніми роками допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) все частіше використовують у пацієнток з різними варіантами гінекологічної і соматичної захворюваності, причому ефективність їх постійно підвищується [1, 4]. У структурі різної гінекологічної і соматичної патології, що може призвести до необхідності використання ДРТ, зростає роль різних доброякісних захворювань ГЗ (ДЗГЗ) [5, 6]. При цьому тактика ведення цих пацієнток остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності ДРТ і подальшої високої частоти прогресування ДЗГЗ.

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій з проблеми лікування безплідності, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо щодо тактики проведення ДРТ у пацієнток з ДЗГЗ.

Усе викладене вище було підставою до проведення наукового дослідження, яке дозволить вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування безплідності у жінок з патологією ГЗ на підставі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних і гемодинамічних особливостей та удосконалення алгоритму ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 90 жінок від 26 до 40 років, що перебували на лікуванні безплідності за різними методиками, у тому числі і ДРТ: 30 – без патології ГЗ та 60 – з дифузною формою мастопатії (лікована раніше та вперше діагностована). Усім

пацієнткам проведено повне клінічне обстеження згідно зі стандартами ВООЗ з обстеження жінок з діагнозом «безплідність», а також згідно з Наказом МОЗ України № 771 від 23.12.2008 р. «Про затвердження інструкції по порядку вживання ДРТ».

Дослідження мало поетапний характер.

На першому етапі виділено дві досліджувані групи: контрольна і основна. До контрольної групи увійшли жінки, в яких не було виявлено патології ГЗ (n=30). Основна група представлена жінками (n=60) з виявленою патологією ГЗ: дифузна форма мастопатії.

На другому етапі виконано аналіз чинників ризику виникнення патології ГЗ у жінок основної і контрольної груп.

На третьому етапі вивчені особливості гомеостазу у жінок основної і контрольної груп.

На четвертому етапі основну групу розподілено на 1-у і 2-у групи для оцінювання впливу способів стимуляції супероуляції на стан ГЗ. У 1-у групу (n=30) включені жінки з уперше діагностованою дифузною мастопатією, у 2-у (n=30) – пацієнтки з дифузною формою мастопатії, вже лікованою.

На п'ятому етапі проведено оцінювання впливу різних способів стимуляції супероуляції на тканину ГЗ з використанням ультразвукового дослідження ГЗ та доплерівською флоуметрією у жінок з діагнозом «безплідність».

Пацієнткам проводили стимуляцію супероуляції за коротким протоколом без десенситизації гіпофіза та за довгим протоколом з попередньою десенситизацією гіпоталамо-гіпофізарної системи агоністами гонадотропін-рилізінг-гормону (а-ГнРГ).

У контрольній групі 15 жінкам (50,0%) проводили стимуляцію супероуляції з використанням короткого протоколу; 15 жінкам (50,0%) проводили стимуляцію супероуляції за довгим протоколом. У 1-й групі за коротким протоколом проводили стимуляцію супероуляції 15 жінкам (50,0%), 15 жінкам (50,0%) проводили стимуляцію супероуляції за довгим протоколом з попередньою десенситизацією гіпофіза а-ГнРГ. У 2-й групі 15 пацієнткам проводили лікування за коротким протоколом і 15 жінкам (50%) – за довгим протоколом.

Під час стимуляції за коротким протоколом на 1–2-й день менструального циклу підшкірно вводили препарат, що містить трипторелін, – синтетичний аналог ГнРГ. З 3-го дня менструального циклу починали внутрішньом'язове введення рекомбінантних і сечових гонадотропінів – в індивідуально підібраній дозі під контролем ультразвукового моніторингу дозрівання фолікулів у яєчниках і росту ендометрія, з необхідною корекцією дози препаратів, що вводили, яка може бути збільшена або зменшена залежно від стану яєчників і ендометрія.

Під час стимуляції супероуляції за довгим протоколом з 21-го дня менструального циклу починали щоденне підшкірне введення препаратів з метою десенситизації гіпофіза. Після досягнення блокади гіпофіза наставала менструальноподібна реакція, на 1–2-й день менструального циклу визначали рівень естрадіолу у сироватці крові. При концентрації естрадіолу менше 50 пг/мл з 3-го дня менструального циклу на тлі підшкірного введення починали щоденне внутрішньом'язове введення рекомбінантних і сечових гонадотропінів в індивідуально підібраній дозі під контролем ультразвукового моніторингу дозрівання фолікулів в

яєчниками і росту ендометрія. Подальшу стимуляцію супер-овуляції проводили аналогічно схемі короткого протоколу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами безплідності у жінок з доброякісною патологією ГЗ є поєднання трубного та ендокринного чинників (30,0%); ановуляція (28,3%); самостійний трубний фактор (25,0%) та чоловіче безпліддя (16,7%). Вторинну безплідність діагностують набагато частіше (73,3%) у порівнянні з первинною (26,7%).

Основними скаргами у жінок з безплідністю та патологією ГЗ є:

- біль і нагубання ГЗ у другу фазу менструального циклу – 69,4%;
- хворобливі ущільнення без чітких меж у формі тяжів, а також грубі залозисті часточки у формі «бруківки» – 33,3%;
- тривалий біль і нагубання ГЗ – 13,8%;
- локальна хворобливість ГЗ – 8,3%.

У пацієнток з різними причинами безплідності частіше виявляють дифузну форму фіброзно-кістозної мастопатії (трубний або чоловічий чинники – 60,0%; поєднані чинники – 52,0% та ановуляція – 51,4%) у порівнянні з вузловою формою (14,3%; 8,0% та 4,0% відповідно).

Оптимизация лечения бесплодия у женщин с доброкачественной патологией грудных желез Р.Е. Кубрак

Цель исследования: повышение эффективности лечения бесплодия у женщин с патологией грудных желез (ГЖ) на основе изучения клинико-эхографических, эндокринологических и гемодинамических особенностей и усовершенствования алгоритма вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Материалы и методы. В исследование были включены 90 женщин, которые находились на лечении бесплодия по различным методикам, в том числе и ВРТ. Основными методами исследования были клинические, эндокринологические, эхографические и иммунологические.

Результаты. Клиническая эффективность лечения бесплодия у женщин с патологией ГЖ при использовании короткого протокола составляет 33,3%, а длинного – 50,0%. Основными осложнениями беременности является ее самопроизвольное прерывание в I триместре – 20,0% и 6,7%, а также преждевременные роды – 20,0% и 6,7% соответственно.

Заключение. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет повысить эффективность лечения бесплодия, а также обеспечить низкий уровень перинатальной патологии. Практическое внедрение полученных результатов позволяет улучшить лечение бесплодия без ухудшения патологии грудных желез.

Ключевые слова: патология грудных желез, бесплодие, лечение, вспомогательные репродуктивные технологии.

Під час використання короткого протоколу стимуляції супреовуляції у жінок з вузловою формою мастопатії у 26,6% з'являються нові вузли або збільшення розмірів тих, що раніше існували, а у 12,5% – з'являється вузлувата форма. Під час застосування довгого протоколу це відбувається набагато рідше – 5,5%.

Клінічна ефективність лікування безплідності у жінок з патологією ГЗ за використання короткого протоколу становить 33,3%, а довгого – 50,0%. Основними ускладненнями вагітності є мимовільне переривання у I триместрі – 20,0% та 6,7%, а також передчасні пологи – 20,0% та 6,7% відповідно.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що наукове завдання щодо використання допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією грудних залоз (ГЗ) є достатньо актуальним і своєчасним. Використання удосконаленого нами алгоритму дозволяє підвищити ефективність лікування безплідності, а також забезпечити низький рівень перинатальної патології. Практичне впровадження отриманих результатів дозволить покращити лікування безплідності без погіршення патології ГЗ.

Optimization of treatment of sterility at women with benign pathology of mammary glands R.E. Kubrak

The objective: rising of efficiency of treatment of sterility at women with pathology of mammary glands on the basis of studying the clinical-ehografical, endocrinologic and hemodynamic features and improvement of algorithm of auxiliary genesial technologies.

Patients and methods. Were included in research of 90 women who were on sterility treatment by various techniques including auxiliary genesial technologies. The main methods of research were clinical, endocrinologic, ehografical and immunologic.

Results. Clinical efficiency of treatment of sterility at women with pathology of mammary glands when using the short protocol makes 33,3%, and long – 50,0%. The main complications of pregnancy is its spontaneous discontinuing in 1 trimester – 20,0% and 6,7%, and also premature births – 20,0% and 6,7% respectively.

Conclusion. Use of the algorithm improved by us allows to increase efficiency of treatment of sterility, and takeж to provide low level of perinatal pathology. Practical introduction of the received results allows to improve sterility treatment without deterioration of pathology of mammary glands.

Key words: pathology of mammary glands, sterility, treatment, auxiliary genesial technologies.

Сведения об авторе

Кубрак Руслан Евгеньевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Юзько О.М. Клінічно-статистичний аналіз використання в Україні допоміжних репродуктивних технологій для лікування безпліддя / О.М. Юзько, Т.А. Юзько, Н.Г. Руденко // Здоровье женщины. – 2013. – № 8. – С. 26–30.
2. Юзько О.М. Стан та перспективи використання допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя в Україні / О.М. Юзько, Т.А. Юзько, Н.Г. Руденко // Здоровье женщины. – 2013. – № 8. – С. 26–30.
3. Артифесов С.Б. Андрологические аспекты бесплодного брака / С.Б. Артифесов // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 2. – С. 46–47.
4. Камінський В.В. Медико-соціальні та законодавчі аспекти медикаментозного абортів в Україні / В.В. Камінський, Н.Г. Прядко // Репродуктивна ендокринологія. – 2014. – № 3. – С. 30–35.
5. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization / J.M. Smeenk, C.M. Verhaak, A. Eugster [et al.] // Hum Reprod. – 2016. – № 16 (7). – P. 1420–1423.
6. Boivin J. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies / J. Boivin, E. Griffiths, C.A. Nenetis // BMJ. – 2016. – № 342. – P. 223.

Статья поступила в редакцию 13.03.17