

cross-section samples 4 mkm in width were produced using a rotatory microtome (Leica RM 2125 RT, Germany). The samples were placed on slides and colored using hematoxylin and eosinum (Merck, Germany) and on the SuperFrost Plus adhesive slides for further immunohistological research. Immunohistochemical (IHC) studies were performed by using primary monoclonal antibodies of mouse to Ki-67 (proliferation index), CD3, CD4, CD8, CD20, CD45, CD45RO and CD68 (DAKO, Denmark) and EnVision + System-HRP imaging systems (DAB). The data obtained in the experiment was statistically processed using "Minitab 16" statistical software.

Results and their discussion. The results of the study established that, in acute phlegmonous appendicitis, unlike COPD, a local immune response is realized by infiltration of the lamina propria with macrophages, Ki-67+ cells, B-lymphocytes and memory T-cells. The similarity of inflammation in COPD and phlegmonous appendicitis is characterized by increased migration of T-lymphocytes (CD3+), T-helpers (CD4+) and cytotoxic T-lymphocytes (CD8+) into the lamina propria, although with greater intensity for COPD.

Significance of the research. The importance of the application of this data based both on quantitative and qualitative characteristics of the local response of CD4+ and CD8+ T-lymphocyte subpopulations is undeniable. On the one hand, these subpopulations determine the course that the disease will take in COPD patients and aid in developing the most efficient and specific immune therapy. On the other hand, acute local inflammation of the lamina propria in the appendix is associated with increased infiltration of the mucous membrane by B-lymphocytes, macrophages, and memory T-cells, as well as active proliferation of mononuclear cells. The author is convinced that individual approach to treatment of COPD patients and patients with peritonitis is vital. These findings serve as helpful diagnostic criteria for COPD and acute phlegmonous appendicitis accordingly.

Key words: COPD, cellular infiltration of bronchioles, immunohistochemistry, local immunity.

*Рецензент – проф. Скрипник І. М.
Стаття надійшла 13.05.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-2-144-180-184

УДК 618.146-001.5; 611.664-018.7-076

Магеррамов Н. С.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИИ И МИКРОБИОЦЕНОЗА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ ГЕСТАЦИИ ВО II ТРИМЕСТРЕ

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей

им. А. Алиева (г. Баку, Азербайджан)

nauchnayastatya@yandex.ru

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Клинико-лабораторные особенности потери беременности во второй половине».

Вступление. Проблема репродуктивных потерь в целом, и прерывания беременности во II триместре, в частности, остается одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. Частота потери плода, по различным данным, составляет 10-25%, и этот показатель довольно стабилен, несмотря на использование разнообразных комплексных методов диагностики и лечения [1,2].

Нарушения физиологических механизмов гестации, возникающие в I триместре беременности, являются предпосылкой развития акушерских осложнений и в последующие сроки, повышают риск осложненного течения родов и послеродового периода [3]. К развитию этих нарушений имеет отношение комплекс факторов, среди которых наиболее значимыми являются медико-биологические, особенно хронические экстрагенитальные заболевания, тактика ведения и фармакотерапия беременных.

Среди многочисленных причин репродуктивных потерь значимая роль принадлежит воспалительным заболеваниям половых органов, большинство из которых имеет инфекционную природу [4,5,6]. В современных исследованиях не оспаривается значение инфекционной патологии как угрозы потери плода и преждевременных родов. Одной из основных причин спонтанных выкидышей II триместра,

преждевременных родов и тяжелых последствий для здоровья женщины и новорожденного является антенатальное инфицирование [7,8]. Среди инфекционных агентов отмечается разнообразный спектр возбудителей: наряду с патогенной, в настоящее время доказана значимая роль условно-патогенной микрофлоры [2,9,10].

Целью исследования явилось изучение течения гестации у женщин с угрозой прерывания беременности и микробиоценоза цервикального канала у беременных с угрозой прерывания гестации во II триместре.

Объект и методы исследования. Обследована 101 беременная женщина с угрозой прерывания беременности во II триместре. Возраст женщин колебался от 22 до 35 лет, средний возраст – 28,7±4,06 лет. Контрольную группу составили 25 женщин с неосложненным течением беременности в возрасте от 21 до 35 лет, средний возраст – 27,8±2,11 лет. По социальному составу обследованные женщины в основной и контрольной группах распределились следующим образом: служащие – 55 (54,4%) и 13 (52,0%); домохозяйки – 40 (39,6%) и 10 (40,0%), студентки – 6 (5,9%) и 2 (8,0%) соответственно. Распределение обследованных женщин по паритету выглядело так: первобеременных в основной группе было 37 (36,6%), в контрольной группе – 9 (36,0%), повторнобеременных соответственно – 64 (63,4%) и 16 (64,0%); первородящих – 63 (62,4%) и 14 (56,0%), повторнородящих – 38 (37,6%) и 11 (44,0%) соответственно.

У всех беременных проводили сбор анамнестических данных, изучены экстрагенитальные заболевания. Всем пациенткам проведено общеклиническое обследование, ультразвуковое сканирование. УЗИ проводилось на аппарате «Flex Focus 1202» (фирма «B-K Medical ApS», Дания).

Проводилась микроскопия мазка, окрашенного по Граму с оценкой количества лейкоцитов и эпителиоцитов, определением морфотипов некоторых микроорганизмов. Проводилось культуральное исследование отделяемого цервикального канала, мочи с использованием стандартных сред для грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, диагностика инфекции, передающейся половым путем (ИППП) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммуноферментного анализа (ИФА).

Для математической обработки полученных данных использовали статистическую программу «Statistica for Windows» v. 6.1, StatSoft Inc. (США). Сравнительный анализ данных основной и контрольной групп проводили с помощью критерия Манна–Уитни–Вилкоксона и t-критерия Стьюдента.

Результаты исследований и их обсуждение. Данные анамнеза показали, что возраст наступления менархе у женщин основной и контрольной группы в среднем составил $12,6 \pm 0,33$ и $12,4 \pm 0,2$ лет соответственно, т.е. практически различий между группами не отмечалось. В то же время в основной группе в 13,9% случаев менструальный цикл был нерегулярным.

Среди соматических заболеваний следует отметить частоту встречаемости хронического гастрита – у 20 (19,8%, контроль – 4,0%), нейроциркуляторной дистонии – у 32 (31,7%), хронического тонзиллита – у 33 (32,7%, контроль – 4,0%). Среди гинекологических заболеваний часто встречались хронические воспалительные заболевания гениталий, хронический аднексит, эрозия шейки матки, по поводу которых женщины лечились (рис.).

Как видно, хронический аднексит, хронические воспалительные заболевания гениталий, миома матки и киста яичников в контрольной группе не встречались. В то же время у женщин основной группы эрозия шейки матки и рубец на матке встречались соответственно в 4,2 раза ($p < 0,01$) и в 1,3 раза чаще. Частота медицинских аборт также была выше в основной группе – 66,3% случаев ($p < 0,01$) против 24,0% в контрольной группе.

Самопроизвольные выкидыши отметили 21 (20,8%, $p < 0,01$) женщина основной группы, в то

время как в контрольной группе самопроизвольные выкидыши были у 2 (8,0%) женщин, которые в этот период перенесли стресс. У 22 (21,8%) из 64 повторнородивших женщин в анамнезе указаны преждевременные роды.

В процессе обследования беременные основной группы предъявляли различные жалобы. На боли внизу живота и в пояснице жаловались соответственно 48 (47,5%) и 33 (32,7%) пациентки в основной группе и 1 (4,0%) и 2 (8,0%) женщины – в контрольной группе. Кровянистые выделения, озноб, отдышку, повышение тонуса матки отмечали лишь женщины с угрозой потери беременности соответственно в 20,8, 7,9, 7,9 и 9,9% случаев.

По данным УЗИ длина шейки матки (ДШМ) у беременных основной группы в сравнении с контрольной была меньше. В среднем у пациенток с угрозой потери беременности в сроки 15-19 недель ДШМ составила $37,6 \pm 3,8$ мм, колеблясь в диапазоне 32,4-38,8 мм. В группе контроля в этот период данный показатель в среднем составил $39,2 \pm 4,4$ мм (34,0-44,2 мм). Следовательно, ДШМ в отличие от контрольной группы у беременных основной группы была короче в среднем на 17,4%. В дальнейшем отмечалась еще большая разница между группами. В сроки беременности 20-21 недель ДШМ у пациенток основной группы в среднем составила $28,4 \pm 2,6$ мм (диапазон варьирования 26,2-31,0 мм), тогда как в контрольной группе средняя величина ДШМ составила $38,8 \pm 4,0$ мм (34,7-39,8 мм). Как видно, у женщин с угрозой потери беременности ДШМ в 20-21 недель гестации уменьшилась в среднем на 26,8% ($p < 0,05$). В сроки беременности 22-28 недель средний показатель ДШМ в основной группе составил $23,3 \pm 3,8$ мм (21,7-27,1 мм), в контрольной – $38,3 \pm 4,8$ мм (32,4-39,6 мм). Следовательно, ДШМ в основной группе в этот период гестации уменьшилась на 35,8% ($p < 0,01$). Как видим, с 20 до 28 недель гестации у женщин контрольной группы ДШМ практически не изменялась, а у пациенток основной группы в этот период происходило укорочение ДШМ на 18,0% ($p < 0,05$).

Наиболее неблагоприятным в отношении потери беременности во II триместре считается расширение цервикального канала до 20 и более мм. По данным трансвагинального УЗИ ширина цервикального канала у обследованных основной группы в среднем составила $11,6 \pm 0,5$ мм, что на 41,5% ($p < 0,01$) было больше контрольной величины (контроль – $8,2 \pm 0,4$ мм).

В общем анализе крови женщин основной группы определялось выраженное уменьшение количества эритроцитов, которое в среднем составило

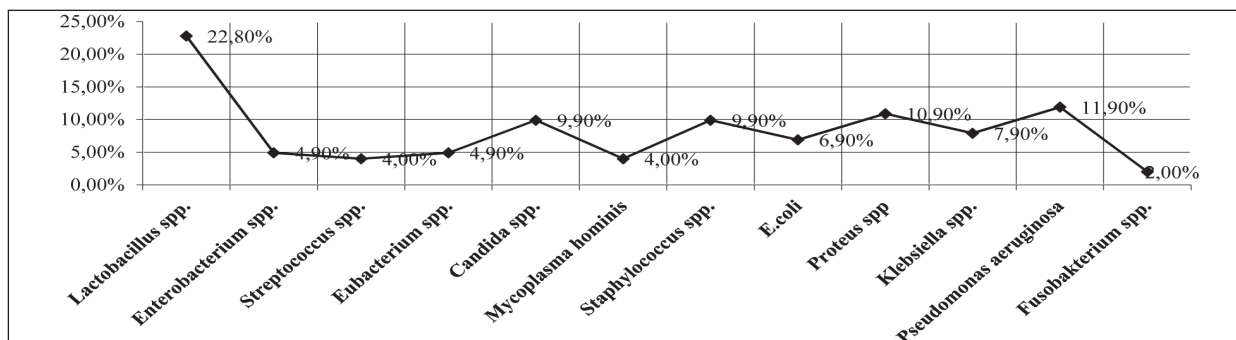


Рис. Частота встречаемости микроорганизмов у беременных с угрозой потери беременности во II триместре.

3,15±0,08x10¹²/л (p<0,05, относительно контрольной группы), и сниженный уровень гемоглобина 111,6±1,18 г/л (p<0,05, относительно контрольной группы), что указывало на анемию, которая, как известно способствует выкидышу и преждевременным родам.

В процессе исследования выявлено, что у пациенток с угрозой прерывания беременности во II триместре акушерские осложнения наблюдались у большинства – 98 (97,0%) женщин. Наиболее часто встречалась плацентарная недостаточность – у 49 (48,5%), причем у 27 (26,7%) сопровождалась задержкой развития плода, обострение генитальных инфекций – у 40, гестационный пиелонефрит – у 21 пациентки основной группы.

В обеих группах обследования отмечался гестационный пиелонефрит в сроки беременности 22-28 недель. В основной группе в 7,9% случаев (8 женщин) появились температура, озноб и боли в поясничной области. Еще в 7,9% случаев отмечались слабость, головные боли, общее недомогание и в 4,9% случаев (5 пациенток) гестационный пиелонефрит сопровождался гипотонией и учащением сердцебиением. При этом отмечалось болезненное, учащенное мочеиспускание малыми порциями.

У 43 женщин основной группы встречались хронические воспалительные заболевания гениталий.

В большинстве случаев (8,9%) кольпит был неспецифический, и лишь в 5,9% случаев он был специфическим: трихомонадный кольпит – 3,9%, кандидный – 2,0% случаев. Цервициты неинфекционного генеза отмечались в 4,9% случаев, в остальных случаях наблюдался микоплазменный цервицит – в 4,0% и хламидийный цервицит – в 3,0% случаев.

Женщины с хроническими воспалительными заболеваниями предъявляли жалобы в основном на боль (37,2%), выделения (34,9%), жжение (30,2%) (табл. 1).

Таблица 1.

Частота жалоб беременных (n=43) с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий

Жалобы	Характер	абс. число/%
Боль	слабая	10/23,2
	сильная	6/13,9
Выделения	умеренные	12/27,9
	выраженные	3/7,0
Зуд	слабый	6/13,9
	сильный	5/11,6
Жжение	умеренное	8/18,6
	сильное	5/11,6
Диспареуния	слабая	2/4,6

Оценивая объективные признаки жалоб беременных выявлено, что у 38 пациенток с угрозой потери беременности во II триместре отсутствовали признаки воспаления влагалища, но в мазках из влагалища определялись патогенные или условно-патогенные возбудители, причем преобладали анаэробные микроорганизмы.

Как видно, основными возбудителями, которые высевались при бактериологическом исследовании из цервикального канала, были: *Lactobacillus spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp*.

Микроскопия влагалищного мазка свидетель-

Таблица 2.

Микроскопическая картина мазков цервикального канала у женщин обследованных групп

Показатель	Градация	Основная группа (n=101), n/%	Контрольная группа (n=25), n/%
Флора	Палочки	22/21,8	7/28,0
	Кокки	30/29,7*	-
	Смешанная флора	49/48,5*	18/72,0
Специфическая флора	<i>Leptotrichia spp</i>	9/8,9	-
	<i>Candida spp.</i>	13/12,9	-
	Споры		
Эпителий	небольшое кол-во	34/33,7	21/84,0
	большое кол-во	67/66,3*	4/16,0
Лейкоциты	до 15 в п/зр	20/19,8	20/80,0
	15 и более	81/80,2*	5/20,0

Примечание: * – статистическая достоверность различий между группами (p<0,05-0,01).

ствовала о доминировании смешанной флоры, большом количестве эпителия у пациенток основной группы (табл. 2).

У беременных с угрозой потери беременности определялась достоверно чаще большое количество эпителиальных клеток (p<0,05), лейкоциты (p<0,01), и реже смешанная флора (p<0,05). Кокковая флора, *Leptotrichia spp.* и *Candida spp.* встречались лишь у пациенток основной группы.

При определении степени чистоты выявлено, что II степень чистоты встречалась в 19,8% случаев, III степень – 59,4% случаев и IV степень – в 20,8% случаев.

Следовательно, микрофлора цервикального канала женщин с угрозой потери беременности во II триместре отличалась высокой частотой встречаемости палочковой флоры, большим количеством эпителия и лейкоцитов, III степенью чистоты, что указывало на воспаление эндоцервикса. Выраженный воспалительный процесс выявлен у 21 (20,8%) женщин. Следует отметить, что исследование биоценоза цервикального канала позволило выявить 37,6% случаев воспаления эндоцервикса со скрытыми признаками этого процесса.

Выводы и перспективы дальнейших исследований. Исследование биоценоза цервикального канала способствует выявлению беременных с высоким риском возникновения воспалительных осложнений и, учитывая эти данные при ведении таких беременных, можно достичь снижения частоты осложнений.

Литература

1. Vedishhev SI, Prokopov AJu, Zhabina UV, Osmanov JeM. Sovremennye predstavlenija o prichinah nevnashivaniya beremennosti. Vestnik Tambovskogo universiteta. Serija: Estestvennye i tehniczeskie nauki. 2013;18(4-1):1309-12. [in Russian].
2. Tur-Torres MH, Garrido-Gimenez C, Alijotas-Reig J. Genetics of recurrent miscarriage and fetal loss. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017 Jul;42:11-25.
3. Chi C, Kadir RA. Inherited bleeding disorders in pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2012 Feb;26(1):103-17.
4. Kudrjavceva LV, Gushhin AE. Normocenozy. Bakterial'nyj vaginoz. Kompleksnaja laboratornaja diagnostika bakterial'nogo vaginoza: sovremennoe sostojanie problemy. Laboratornaja sluzhba. 2013;1:3-24. [in Russian].
5. Zaharova TV, Volkov VG. Korrekcija narushenij vaginal'noj mikroflory pri bakterial'nyh vaginozah i nespecificheskix vaginitah. Akusherstvo i ginekologija. 2010;5:102-6. [in Russian].
6. Muslimova SZ. Sovremennye predstavlenija o bakterial'nom vaginoze. Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. 2008;8(1):13-7. [in Russian].
7. Hamoshina MB, Radzinskij VE, Rubcova AJu. Narushenija mikrobiocenoza urogenital'nogo trakta: grani problemy, perspektivy korrekcii i profilaktiki. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2009;5:69-74. [in Russian].
8. Lamont RF. Advances in the Prevention of Infection-Related Preterm Birth. Front Immunol. 2015;6(16):566.
9. Volkov VG, Badaeva AA. Vospalitel'nye izmenenija v posledah u beremennyh s bakterial'nym vaginozom. Vestnik Rossijskogo universiteta družby narodov. Serija: Medicina. 2012;5:113. [in Russian].
10. Zaharova TV, Volkov VG. Opyt lechenija bakterial'nogo vaginoza, associrovannogo s kandidoznym vul'vovaginitom. Akusherstvo i ginekologija. 2016;11:73-8. [in Russian].

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЇ І МІКРОБІОЦЕНОЗУ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ГЕСТАЦІЇ У ІІ ТРИМЕСТРІ

Магеррамов Н. С.

Резюме. Була обстежена 101 вагітна жінка із загрозою переривання вагітності у ІІ триместрі. Вік жінок коливався від 22 до 35 років, середній вік – $28,7 \pm 4,06$ років. Контрольну групу склали 25 жінок з неускладненим перебігом вагітності у віці від 21 до 35 років, середній вік – $27,8 \pm 2,11$ років. За отриманими даними було виявлено, що мікрофлора цервікального каналу жінок із загрозою втрати вагітності у ІІ триместрі відрізнялася високою частотою зустрічальності паличкової флори, великою кількістю епітелію і лейкоцитів, ІІІ ступенем чистоти, що вказувало на запалення ендодерміса. Виражений запальний процес виявлений у 21 (20,8%) жінок. Слід зазначити, що дослідження біоценозу цервікального каналу дозволило виявити 37,6% випадків запалення ендодерміса з прихованими ознаками цього процесу.

Ключові слова: викидні, мікробіоценоз, цервікальний канал, мікроскопія, запальні хвороби.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕННЯ ГЕСТАЦІЇ І МІКРОБІОЦЕНОЗА ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ У БЕРЕМЕННИХ С УГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ГЕСТАЦІЇ ВО ІІ ТРИМЕСТРІ

Магеррамов Н. С.

Резюме. Было обследовано 101 беременная женщина с угрозой прерывания беременности во ІІ триместре. Возраст женщин колебался от 22 до 35 лет, средний возраст – $28,7 \pm 4,06$ лет. Контрольную группу составили 25 женщин с неосложненным течением беременности в возрасте от 21 до 35 лет, средний возраст – $27,8 \pm 2,11$ лет. По полученным данным было выявлено, что микрофлора цервикального канала женщин с угрозой потери беременности во ІІ триместре отличалась высокой частотой встречаемости палочковой флоры, большим количеством эпителия и лейкоцитов, ІІІ степенью чистоты, что указывало на воспаление эндодермиса. Выраженный воспалительный процесс выявлен у 21 (20,8%) женщин. Следует отметить, что исследование биоценоза цервикального канала позволило выявить 37,6% случаев воспаления эндодермиса со скрытыми признаками этого процесса.

Ключевые слова: выкидыши, микробиоценоз, цервикальный канал, микроскопия, воспалительные болезни.

CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF GESTATION AND MICROBIOCENOSIS OF THE CERVICAL CANAL IN PREGNANT WOMEN WITH THREAT OF INTERRUPTION OF GESTATION IN II TRIMESTER

Magerramov N. S.

Abstract. The aim was to study the course of gestation in women with the threat of termination of pregnancy and microbiocenosis of the cervical canal in pregnant women with the threat of termination of gestation in the II trimester.

Methods. 101 pregnant women with the threat of termination of pregnancy in the II trimester were examined. The age of women ranged from 22 to 35 years, the average age – 28.7 ± 4.06 years. The control group consisted of 25 women with uncomplicated pregnancy at the age of 21 to 35 years, the average age – 27.8 ± 2.11 years. According to the social composition of the surveyed women in the main and control groups were as follows: employees – 55 (54.4%) and 13 (52.0%); Housewives – 40 (39.6%) and 10 (40.0%), students – 6 (5.9%) and 2 (8.0%), respectively. The distribution of the women surveyed by parity was as follows: the first – born in the main group were 37 (36.6%), in the control group – 9 (36.0%), re – pregnant, respectively – 64 (63.4%) and 16 (64.0%); first-born-63 (62.4%) and 14 (56.0%), re-producing-38 (37.6%) and 11 (44.0%), respectively. In all pregnant women, anamnestic data were collected, extragenital diseases were studied. All patients underwent General clinical examination, ultrasound scanning. Ultrasound was performed on the device "Flex Focus 1202" (firm "B-K Medical ApS", Denmark).

Results. The history data showed that the age of menarche onset in women of the main and control groups averaged 12.6 ± 0.33 and 12.4 ± 0.2 years, respectively, i.e. there were no practically differences between the groups. At the same time, in the main group, the menstrual cycle was irregular in 13.9% of cases. Among somatic diseases, the frequency of occurrence of chronic gastritis should be noted – in 20 (19.8%, control – 4.0%), neurocirculatory

dystonia – in 32 (31.7%), chronic tonsillitis – in 33 (32.7%, control – 4.0%). Among gynecological diseases, chronic inflammatory diseases of the genitals, chronic adnexitis, erosion of the cervix, for which women were treated, were often encountered. The frequency of medical abortions was also higher in the main group – 66.3% of cases ($p < 0.01$) versus 24.0% in the control group. Spontaneous miscarriages were observed in 21 (20.8%, $p < 0.01$) women of the main group, while in the control group spontaneous miscarriages were observed in 2 (8.0%) women who suffered stress during this period. In 22 (21.8 percent) of the 64 re-pregnant women in history indicated preterm birth. The study revealed that the majority of patients with threatened abortion in the II trimester had obstetric complications-98 (97.0%) women. Placental insufficiency was the most frequent in 49 (48.5%), 27 (26.7%) of which were accompanied by fetal development delay, exacerbation of genital infections – in 40, gestational pyelonephritis – in 21 patients of the main group.

Conclusion. The study of the cervical canal biocenosis helps to identify pregnant women with a high risk of inflammatory complications and, taking these data into account in the management of such pregnant women, it is possible to reduce the incidence of complications.

Key words: miscarriages, microbiocenosis, cervical canal, microscopy, inflammatory diseases.

*Рецензент – проф. Ліхачов В. К.
Стаття надійшла 07.05.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-2-144-184-188

УДК 618.146.446-073.48

Мазур Ю. Ю.

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК З РЕЦИДИВОМ ЕКТОПІЇ ШИЙКИ МАТКИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

julia.mazur@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота є фрагментом НДДКР кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Розробка системи індивідуально-групового супроводу жінок з гінекологічною та акушерською патологією і коморбідними станами для реабілітації репродуктивного здоров'я і збереження якості життя у різні вікові періоди», № 0117 У 001075. Термін виконання 2017 – 2019 рр.

Вступ. Наявність циліндричного епітелію на ектоцервіксі (ектопія шийки матки, ЕШМ) є частою знахідкою під час рутинного гінекологічного огляду, діагностованою переважно у молодих жінок, що не народжували, віком до 25 років (у 52,2-90% випадків) [1]. Фізіологічна ЕШМ не потребує лікування та підлягає динамічному спостереженню, натомість ускладнена (патологічна) ЕШМ, зокрема в умовах порушення мікробіоти піхви, на фоні кольпіту і/або вагініту та інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ), потребує втручання, особливо зважаючи на значиму частоту рецидивів, що не має тенденції до зниження і сягає 40% [2].

Наші попередні дослідження встановили наявність обтяженого гінекологічного анамнезу у майже 40% пацієток з рецидивуючою ускладненою ЕШМ і лише у третини з них ЕШМ не поєднувалась з іншою гінекологічною патологією. Таким чином, наявність ускладненої рецидивуючої ЕШМ може служити ймовірним індикатором порушення репродуктивного здоров'я жінки, що потребує подальшого всебічного вивчення.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого тазу, зокрема з використанням трансвагінального датчика, є доступним, високоінформативним, широко використовуваним методом діагностики у гінекологічній практиці і дозволяє комплексно оцінити стан репродуктивних органів у даного контингенту пацієток.

Мета даного дослідження – вивчити ультразвукографічні особливості репродуктивних органів у жінок з рецидивуючою ускладненою ЕШМ.

Об'єкт і методи дослідження. В обсерваційне крос-секційне ретроспективне дослідження методом суцільної вибірки включено 180 історій хвороб жінок, що перебували на стаціонарному лікуванні у Комунальній міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова у 2006-2017 рр. з приводу гінекологічної патології, яким було виконано трансабдомінальне або трансвагінальне УЗД органів малого тазу. Критерієм включення слугувала наявність вперше діагностованої або рецидиву ускладненої ЕШМ.

Критерії виключення: відсутність кольпоскопового або морфологічного підтвердження наявності ЕШМ, наявність фізіологічної ЕШМ (вік <23 років, вагітність, прийом гормональних оральних контрацептивів за умов цитологічної та кольпоскопової норми).

При УЗД органів малого тазу визначалися та досліджувались: положення, форма, структура, розміри матки, структура міометрію та ендометрію, розміри та структура яйників і шийки матки.

Об'єм яйників вираховували на основі трьох вимірів за формулою:

$$V = 0,5236 \times L \times W \times T,$$

де L – довжина, см, W – ширина, см, T – товщина яйника, см [3].

У подальшому сформовано 3 групи:

- контрольна група (n=95) – здорові жінки, що звернулись на черговий профілактичний огляд, віком від 18 до 46 років (середній вік – 24,70±0,69 років);
- група 1 (n=91) – жінки з вперше діагностованою ЕШМ, віком від 18 до 39 років (середній вік – 25,19±0,61 років);
- група 2 (n=89) – жінки з рецидивом ЕШМ, віком від 25 до 51 року (середній вік – 32,32±1,01 років).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою Statistica 10 (Statsoft, USA)