

Вдовиченко М.М.¹, Вернигородський В.С.², Власенко М.В.²,
Паламарчук А.В.², Прудіус П.Г.¹

¹ КНП «Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр
Вінницької обласної ради», м. Вінниця, Україна

² Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Досвід роботи відділу репродуктивної ендокринології Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру

For citation: *Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal*. 2020;16(1):80-83. doi: 10.22141/2224-0721.16.1.2020.199133

Протягом кількох останніх десятиліть у всьому світі, зокрема і в Україні, спостерігається неухильне зростання патології генеративної і гормональної функцій репродуктивних органів. Висока частота розладів менструальної функції, що у структурі гінекологічної патології становлять 60–70 %, збільшення кількості гормонозалежних пухлин геніталій і молочних залоз, усе частіше поєднання гінекологічної патології з ендокринними захворюваннями викликають інтерес до проблем ендокринної гінекології як у гінекологів, так і у лікарів інших спеціальностей [1].

Сучасна ендокринна гінекологія стала фундаментальним міждисциплінарним розділом гінекології, який знаходиться на стику відразу декількох медичних дисциплін, зокрема ендокринології, андрології, акушерства-гінекології, дерматології. Тому на сьогодні лікар гінеколог-ендокринолог став затребуваним фахівцем. Його роль як лікаря, що спеціалізується на ендокринній патології жіночої репродуктивної системи, досить велика в лікуванні багатьох гінекологічних захворювань, оскільки подвійна спеціалізація дає нові можливості й інший погляд на гінекологічні проблеми [2, 3].

Стрімке зростання ендокринно-гінекологічної патології стало причиною створення мережі служб репродуктивної та ендокринної гінекології в Україні, зокрема відділення ендокринної гінекології та андрології в м. Вінниця. Наказом по Управлінню охорони здоров'я Вінницької обласної державної адміністрації від 09.11.1994 р. за № 209 було затверджено положення про організацію у складі Вінницького обласного ендокринологічного диспансеру відділення ендокринної гінекології та андрології, а з 09.07.2014 р. — відділу репродуктивної ендокринології.

Головним завданням відділу стало надання кваліфікованої лікувально-діагностичної допомоги хворим із порушеннями гормональної регуляції репродуктивної системи різних вікових груп, хворим з ендокринними порушеннями репродуктивної системи, а також вагітним з різною ендокринною патологією.

За останні 3 роки (2017–2019) лікарями відділу було прийнято 24 363 жінки, з них 12 103 — первинні пацієнтки, серед яких 5643 — сільські жителі, 1392 — діти. Структура прийнятих хворих така: із дисфункцією яєчників — 13,1 %, склерополікістозом яєчників (СПКЯ) — 4,5 %, аменореєю I та II ст. — 2,2 %, безпліддям та невиношуванням ендокринного генезу — 12,5 %, ендометріозом — 5,9 %, дисменореєю I та II ст., передменструальним синдромом — 10,7 %, клімактеричним і посткастраційним синдромами — 16,2 %, синдромом гіперандрогенії — 12,7 %, синдромом гіперпролактинемії — 6,5 %, порушенням статевого розвитку — 0,7 %, синдромом Тернера — 0,7 %, гіпоталамічним синдромом — 5,9 %, вагітністю та цукровим діабетом (ЦД) — 3,2 %, вагітністю та іншою ендокринною патологією (ожирінням, патологією щитоподібної залози, надниркових залоз), що ускладнює її перебіг, — 3,0 %.

Однією з важливих проблем гінекології є безпліддя ендокринного генезу, яке в структурі жіночого безпліддя становить 45–50 % і є найскладнішим щодо діагностики та лікування. Основною його ознакою є хронічна

ановуляція та недостатність лютеїнової фази на фоні тих або інших гормональних відхилень, які можуть бути обумовлені багатьма причинами — як ураженням на різних рівнях репродуктивної системи, так і порушенням функції інших ендокринних залоз.

Завдяки постійному впровадженню у відділі сучасних методик діагностики та лікування кількість вагітних щорічно збільшується. За останній період кількість жінок, які завагітніли на тлі лікування, збільшилась на 14 % (275 жінок у 2017–2019 рр. проти 216 жінок з ендокринним безпліддям за попередній період). Тож ефективність лікування становила 28,5 %, що відповідає республіканським показникам.

Гіперандрогенія — ще одна з найчастіших причин порушень репродуктивної і менструальної функцій (олігоменорея, ановуляція, безпліддя) у жінок репродуктивного віку. Крім порушень менструального циклу, гіперандрогенія призводить до різноманітних косметичних дефектів (акне, гірсутизм, себорея, алопеція, хлоазма).

На жаль, у наш час проблема лікування акне далека від вирішення. При тяжкому перебігу це захворювання може призвести згодом до виражених косметичних дефектів. Але навіть при легкому та середньому ступені тяжкості акне у пацієнтів може спостерігатися психологічний дискомфорт. А оскільки захворювання починається в пубертатному періоді, воно нерідко сприяє розвитку відчуття власної неповноцінності, уразливості з подальшим порушенням міжособистісних відносин, соціально-психологічної дезадаптації. Тому гіперандрогенія становить важливу проблему сучасної ендокринної гінекології та потребує пильної уваги не тільки гінекологів-ендокринологів, але й дерматологів і косметологів. Лікарями відділу проводиться консультативна робота серед цих жінок, призначається індивідуальна системна терапія, зокрема замісна гормональна терапія.

Крім того, у сферу діяльності гінеколога-ендокринолога входять захворювання, пов'язані з молочними залозами, оскільки жіночі статеві органи і молочні залози перебувають в єдиному нейроендокринному зв'язку. Серед патологій молочних залоз мастопатія займає провідну позицію. Доброякісні захворювання виявляють у 25 % жінок віком до 30 років і у 60 % пацієнток старше 40 років. На сучасному етапі слід розглядати мастопатію як фонове захворювання для розвитку раку. Тільки рання діагностика на стадії дифузного гіперпластичного процесу і проведення патогенетичного лікування, а також спостереження за цими пацієнтками реалізують профілактику раку молочної залози. Тому всі захворювання молочних залоз знаходяться не тільки в компетенції лікаря-мамолога, але і гінеколога-ендокринолога. За цей період було виявлено 3025 жінок із різними формами мастопатії, 238 — з фіброаденомами молочних залоз, 6 — з раком молочної залози.

Гормональні зміни в організмі можуть спричинити багато гінекологічних проблем. Дефіцит гормонів робить свій внесок у розвиток абдомінального типу ожиріння і метаболічного синдрому, порушень з боку сер-

цево-судинної системи, справляє негативний вплив на уродинаміку, синтез колагену та ін.

Понад 70 % стаціонарних хворих — це жінки в пре- та постменопаузальному віці, серед яких 80 % — хворі на ЦД зі скаргами на порушення з боку уrogenітального тракту: сухість, свербіж і печіння у піхві, нетримання сечі, що обумовлено зниженням рівня естрогенів після настання менопаузи, яке призводить до прогресуючих атрофічних процесів слизової уретри, піхви, сечового міхура.

Не підлягає сумніву той факт, що ЦД негативно впливає на розвиток і становлення репродуктивної системи, є першопричиною порушень дітородної функції та безпліддя, тяжких запальних процесів статевих органів, ускладнень вагітності й пологів. Так, у дівчаток-підлітків, хворих на ЦД, у 2–3 рази частіше спостерігаються певні відхилення у перебігу пубертату, що проявляються затримкою статевого розвитку, розладом менструального циклу, а надалі — збільшенням кількості гінекологічної й акушерської патології.

Особливо несприятливий вплив має ЦД на вагітність. Незапланована, а тим більше небажана, вона призводить до збільшення кількості абортів, уроджених вад розвитку (6–10 %), неонатальної захворюваності, високої перинатальної (10–30 %) та материнської (0,2–0,7 %) смертності. Тому у серпні 2000 р., згідно з розпорядженням Вінницької обласної державної адміністрації № 390 від 05.10.1999 р. «Про обласні заходи щодо практичного виконання Комплексної Програми, спрямовані на забезпечення Комплексної програми «Цукровий діабет», був створений кабінет планування вагітності у хворих на ЦД 1-го типу. Кабінет є відділом обласного (регіонального) діабетологічного центру у складі консультативно-поліклінічного відділення Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру.

Робота кабінету організовується відповідно до «Положення про кабінет планування вагітності у хворих на ЦД 1-го типу» та наказу № 8 «Про зміни щодо керівного складу диспансеру та затвердження керівного складу обласного (регіонального) діабетологічного центру» від 22.12.2000 р. Головним завданням кабінету стало створення та ведення реєстру підлітків, жінок фертильного віку та вагітних, хворих на ЦД 1-го типу, з метою визначення груп ризику патології вагітності (пізній гестоз, загроза переривання вагітності, діабетична фетопатія, багатоводдя, плацентарна недостатність та ін.), проведення профілактично-лікувальної (зокрема, підбір індивідуальної та безпечної контрацепції) санітарно-освітньої роботи серед таких хворих.

Станом на 2019 р. у реєстрі знаходиться 724 жінки фертильного віку з ЦД 1-го типу. Із цієї категорією жінок постійно працюють лікарі відділу. Проводяться превентивні заходи щодо профілактики та раннього лікування гінекологічної патології, індивідуальні бесіди з питань контрацепції та планування вагітності, читається цикл лекцій у школі хворих на цукровий діабет (12 лекцій на рік кожним лікарем, згідно з графіком).

Завдяки профілактично-лікувальній роботі за останні 3 роки помітно зменшилась кількість жінок: із запальними процесами (сальпінгіт та оофорит — з 2,4 % у 2017-му до 1,8 % у 2019 р., вагініт та вульвіт — з 4,8 % у 2017-му до 3,5 % у 2019 р., кандидоз вульви та вагіни — з 4,6 % у 2017-му до 3,6 % у 2019 р.), ерозією й ектропіоном шийки матки — з 2,5 % у 2017-му до 1,7 % у 2019 р., міомою — з 3,2 % у 2017-му до 2,4 % у 2019 р. Деяко збільшилась кількість пацієнтів із дисфункцією яєчників (в основному за рахунок жінок із дитячим та юнацьким ЦД 1-го типу) — з 4,6 % у 2017-му до 5,1 % у 2019 р., ендометріозом — з 0,6 % у 2017-му до 1,2 % у 2019 р. На тому самому рівні залишається кількість хворих з іншою патологією (дисменорея, СПКЯ).

Лікарями відділу приділяється велика увага вибору індивідуальних методів та засобів контрацепції залежно від тяжкості перебігу ЦД та наявності судинних ускладнень. Гормональна контрацепція призначається переважно жінкам із ЦД 1-го типу у стані компенсації і без тяжких судинних ускладнень. На сьогодні це 10,9 % жінок, і щороку кількість продовжує збільшуватися (з 7,5 % — у 2017 р. до 10,9 % — у 2019 р.). Жінки з ЦД 1-го типу у стані суб- та декомпенсації і судинними ускладненнями користуються бар'єрними методами (8,1 %), хімічними засобами (пасти, свічки) — 7,2 % та внутрішньоматковими системами (зокрема, системою «Мірена») — 5,4 %. Збільшилась кількість жінок із хірургічною стерилізацією під час операції кесаревого розтину — з 1,6 % у 2017 р. до 2,1 % — у 2019 р. Майже 21,1 % жінок не користуються жодним методом контрацепції. В основному це жінки з тяжкою супутньою патологією, такі, які не живуть або рідко живуть статевим життям або мають інші особисті та релігійні переконання.

З періоду існування кабінету, а особливо останніми роками, лікарями приділяється велика увага прегравідарній підготовці, що дозволяє уникнути тяжких наслідків для здоров'я матері та немовляти, знижує як материнську, так і перинатальну захворюваність і смертність. У відділі розроблено алгоритм дій, згідно з яким проводиться прегравідарна підготовка:

1. Стіяка компенсація ЦД — не менш як за 3–4 місяці до зачаття (глюкоза плазми натще до 6,1 ммоль/л, через 2 години після їжі — до 7,8 ммоль/л), глікований гемоглобін < 6,5 %).

2. Навчання у школі хворих на ЦД (вміння розраховувати хлібні одиниці, проводити самоконтроль глікемії).

3. Використання тільки людських і аналогів людських інсулінів ультракороткої, короткої і тривалої дії, а якщо є можливість — інсулінової помпи.

4. Контроль артеріального тиску, а при артеріальній гіпертензії — гіпотензивна терапія (відміна інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту та призначення допегіту).

5. Обстеження очного дна з розширенням зіниць, за необхідності проведення лазерної коагуляції сітківки.

6. Обстеження функції нирок (креатинін крові, ШКФ, мікроальбумінурія, добова протеїнурія).

7. Виявлення та лікування вогнищ хронічної інфекції, зокрема інфекцій, які передаються статевим шляхом.

8. Визначення рівня тиреотропного гормону та вільного тироксину з метою виявлення субклінічного гіпотиреозу.

9. Відмова від шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю та ін.), складання індивідуального плану харчування, фізичних навантажень та режиму інсулінотерапії.

10. При тривалості ЦД понад 10 років — консультація кардіолога.

11. Прийом фолієвої кислоти 500 мкг/добу, йодиду калію 150 мкг/добу (за відсутності протипоказань).

За ініціативи головного спеціаліста — акушера-гінеколога та ендокринолога Департаменту охорони здоров'я у 2015 році був розроблений та впроваджений маршрут вагітної з ЦД. Згідно з цим маршрутом, під час вагітності у хворій на ЦД у відділеннях Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру проводиться 3 планових госпіталізації — у строк до 12 тижнів, 22–24 тижні та 30–32 тижні. Рішення щодо ступеня ризику та можливості виношування вагітності приймається консилиумом у складі завідуючого відділенням, лікуючого лікаря-ендокринолога, гінеколога, співробітника кафедри та інших спеціалістів (за потреби) у термін до 12 тижнів. За наявності протипоказань і високого ступеня ризику вагітна з відповідним висновком консилиуму направляється у Центр планування сім'ї (ЦПС) Вінницької обласної клінічної лікарні (ВОКЛ) ім. М.І. Пирогова для вирішення питання про подальшу тактику ведення вагітності. За відсутності протипоказань вагітність пролонгується згідно з протоколом «Ведення вагітності у хворих на передгестаційний цукровий діабет» (наказ МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р.). Диспансерний нагляд здійснюється акушером-гінекологом та ендокринологом за місцем проживання згідно з наказом МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. Позапланові госпіталізації у Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр проводяться тільки при декомпенсації ЦД (кетоз, кетоацидоз) у реанімаційне відділення у строк до 32-го тижня, лише після консультації спеціалістами ЦПС ВОКЛ ім. М.І. Пирогова з результатами УЗД та КТГ плода; з 34-го тижня — госпіталізація тільки у відділення патології вагітності ВОКЛ ім. М.І. Пирогова. Щорічно кількість хворих на ЦД у світі зростає і, відповідно, збільшується кількість вагітних із ЦД 1-го типу. Упродовж цього періоду під наглядом лікарів відділу та ендокринологів центру спостерігалось 145 вагітних, хворих на ЦД (з них 16 вагітних із ЦД 2-го типу).

Вагітність планувалась та проводилась прегравідарна підготовка згідно з алгоритмом у 62 (42,0 %) жінок, завагітніли випадково — 83 (58,0 %). Вчасно стали на облік (до 12 тижнів) та були госпіталізовані у відділення — 78 жінок (53,8 %), 37 (25,6 %) — у строк 20–24 тижні, 30 (20,6 %) — у термін після 24 тижнів. Рівень HbA1c до 7,5 % був у 65 (44,8 %) вагітних, від

8 до 10 % — у 50 (34,5 %) та > 10 % — у 30 (20,6 %) вагітних. У 15 % (n = 12) пацієнток перебіг вагітності був ускладнений загрозою переривання, у 22 % (n = 17) — загрозою передчасних (34–35 тижнів) пологів. Багатоводдя спостерігалось у 32,4 % (n = 25) випадків, маловоддя — у 4 % (n = 3). Хронічна плацентарна недостатність виявилась в 30 % (n = 23) випадків, великий плід (> 4000 г) — в 17 % (n = 13). У 6,8% (n = 5) спостерігалась прееклампсія легкого та середньої ступеня тяжкості після 32–34 тижнів.

Вагітність закінчилась у 8,3 % (n = 12) випадків самовільним викиднем і медичним абортom у строк до 12-го тижня, в 18,7 % (n = 27) — кесаревим розтином. Передчасні пологи були у 18 % (n = 26) жінок. Народили самостійно (36–39 тижнів) — 45,1 % (n = 65) жінок. Рівень ускладнень вагітностей і пологів у жінок, які проходили прегравідарну підготовку, був на порядок нижчим — на 32,2 %, ніж у жінок, які завагітніли випадково. Отже, прегравідарна підготовка має суттєвий вплив на кінцевий результат і повинна поширюватись на всіх жінок, хворих на ЦД 1-го типу, які планують вагітність.

У своїй роботі гінекологи-ендокринологи використовують найсучасніші методи діагностики жіночих хвороб: ультразвукове обстеження, КТ і МРТ, кількісне та якісне визначення гормонів у крові, сечі та слині, біохімічних показників, цитологічні, генетичні дослідження, кольпоскопію та ін. Лікування гінекологічних захворювань проводиться тільки після повного комплексного обстеження жінки з урахуванням її індивіду-

альних особливостей на основі розроблених сучасних протоколів і стандартів лікування, зважаючи на досягнення доказової медицини.

Ось чому на сьогодні гостро постала необхідність переглянути роль гінеколога-ендокринолога як жіночого терапевта у збереженні фізичного, психічного та репродуктивного здоров'я жінки та надати офіційний статус цій професії.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

References

1. Barnhart KT, DeCherney AH. Are reproductive endocrinologists still gynecologists?. *Fertil Steril.* 2015;104(1):24–25. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.04.034.
2. Cedars MI, Rosenwaks Z. Who are we? A perspective on the reproductive endocrinologist and infertility specialist in the 21st century. *Fertil Steril.* 2015;104(1):26–27. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.05.034.
3. Omurtag K, Lebovic DI. Reproductive endocrinology and infertility fellowships: is the 'reproductive endocrinology' portion obsolete?. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015;27(4):271–275. doi:10.1097/GCO.000000000000190.

Отримано/Received 25.11.2019

Рецензовано/Revised 20.12.2019

Прийнято до друку/Accepted 14.01.2020 ■