

УДК 618.3-06:616.832-004.2

# Медико-соціальний портрет жінок репродуктивного віку, хворих на розсіяний склероз

В.І. Пирогова, О.І. Негрич

ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Поширеність серед осіб активного репродуктивного та працездатного віку, тяжкі медико-соціальні наслідки зумовлюють значущість проблеми розсіяного склерозу у жінок.

**Мета дослідження:** оцінювання медико-соціальних характеристик пацієнток репродуктивного віку з встановленим діагнозом розсіяного склерозу для виявлення факторів ризику порушень репродуктивного здоров'я і розроблення подальших алгоритмів їхньої діагностики і корекції.

**Матеріали та методи.** Дослідження включало 116 жінок репродуктивного віку з діагнозом розсіяного склерозу та 40 здорових жінок. Було проаналізовано стан репродуктивного здоров'я пацієнток, включаючи особливості менструальної функції, вагітності і пологів, гінекологічних захворювань у жінок з розсіяним склерозом та порівняно з контрольною групою.

**Результати.** Аналіз репродуктивного статусу засвідчив, що у пацієнток з розсіяним склерозом достовірно частіше діагностують ендометріоз, гіперплазію ендометрія, аномальні маткові кровотечі та безплідність. Серед акушерських ускладнень домінують передчасні пологи, зокрема у молодшій віковій групі, та підвищена частота розродження шляхом кесарева розтину.

**Заключення.** Жінки з розсіяним склерозом входять до групи підвищеного ризику розвитку порушень репродуктивного здоров'я. Тому удосконалення системи надання допомоги таким пацієнтам обов'язково повинно включати заходи для збереження та відновлення репродуктивної функції.

**Ключові слова:** розсіяний склероз, репродуктивна функція.

## Medical and social portrait of reproductive age women with multiple sclerosis

V.I. Pyrohova, O.I. Nehrych

Prevalence among people of active reproductive and working age, severe medical and social consequences make the problem of multiple sclerosis in women significant.

**The objective:** is to evaluate the medical and social characteristics of reproductive age women with established diagnosis of multiple sclerosis to identify risk factors for reproductive health disorders and to develop further algorithms for their diagnosis and correction.

**Materials and methods.** The study included 116 women of reproductive age with multiple sclerosis and 40 healthy women.

**Results.** Reproductive status analysis showed that patients with multiple sclerosis were significantly more likely to have endometriosis, endometrial hyperplasia, abnormal uterine bleeding, and infertility. The most prevalent obstetric complications were premature births, particularly in the younger age group, and an increased incidence of births by caesarean section.

**Conclusions.** Women with multiple sclerosis are at increased risk of developing reproductive health disorders. Therefore, improvements to the care system for such patients should necessarily include measures to preserve and restore reproductive function.

**Key words:** multiple sclerosis, reproductive function.

## Медико-социальный портрет женщин репродуктивного возраста, больных рассеянным склерозом

В.И. Пирогова, О.И. Негрич

Распространенность среди лиц активного репродуктивного и трудоспособного возраста, тяжелые медико-социальные последствия обуславливают значимость проблемы рассеянного склероза у женщин.

**Цель исследования:** оценка медико-социальных характеристик пациенток репродуктивного возраста с установленным диагнозом рассеянного склероза для выявления факторов риска нарушений репродуктивного здоровья и разработки дальнейших алгоритмов их диагностики и коррекции.

**Материалы и методы.** Исследование включало 116 женщин репродуктивного возраста с диагнозом рассеянного склероза и 40 здоровых женщин. Было проанализировано состояние репродуктивного здоровья пациенток, включая особенности менструальной функции, беременности и родов, гинекологических заболеваний у женщин с рассеянным склерозом и по сравнению с контрольной группой.

**Результаты.** Анализ репродуктивного статуса показал, что у пациенток с рассеянным склерозом достоверно чаще диагностируют эндометриоз, гиперплазию эндометрия, аномальные маточные кровотечения и бесплодие. Среди акушерских осложнений доминируют преждевременные роды, в частности в младшей возрастной группе, и повышенная частота родоразрешения путем кесарева сечения.

**Заключение.** Женщины с рассеянным склерозом входят в группу повышенного риска развития нарушений репродуктивного здоровья. Поэтому совершенствование системы оказания помощи таким пациентам обязательно должно включать меры по сохранению и восстановлению репродуктивной функции.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, репродуктивная функция.

Розсіяний склероз (РС) – найбільш поширене хронічне демієлінізувальне захворювання нервової системи, яке призводить до стійкої інвалідизації людей переважно молодого віку, втрати працездатності та зниження якості життя [1]. В Україні захворюваність на РС становить 55,3 на 100 тис. на-

селення. Лідерами за поширеністю РС є Волинська (101,0 випадки на 100 тис. населення), Тернопільська (88,5 випадки на 100 тис. населення), Полтавська (76,8 випадки на 100 тис. населення) та Львівська (74,2 випадки на 100 тис. населення) області [2]. Протягом останніх десятиліть поширеність РС

Таблиця 1

Розподіл середньої тривалості менструального циклу за віком жінок порівнюваних груп, M±SD (днів)

| Вікова група, роки | Група РС, n=116 | Група К, n=40 | t    | p    |
|--------------------|-----------------|---------------|------|------|
| 18–28              | 27,19±2,25      | 26,20±2,17    | 0,94 | 0,35 |
| 29–38              | 27,14±1,81      | 26,47±2,37    | 1,06 | 0,29 |
| 39–49              | 26,77±2,49      | 26,44±1,95    | 0,53 | 0,60 |
| Усього             | 27,04±2,14      | 26,43±2,11    | 1,59 | 0,11 |

Таблиця 2

Середня кількість вагітностей на 1 жінку у групах спостереження, M±SD

| Вікова група, роки | Група РС, n=116 | Група К, n=40 | t    | p     |
|--------------------|-----------------|---------------|------|-------|
| 18–28              | 1,42±0,67       | 1,00±0,00     | 3,53 | 0,001 |
| 29–38              | 1,71±1,31       | 1,88±1,09     | 0,52 | 0,60  |
| 39–49              | 2,30±1,06       | 2,83±2,15     | 0,99 | 0,33  |
| Усього             | 1,89±1,17       | 2,31±1,75     | 1,40 | 0,16  |

постійно зростає. Однак якщо захворюваність серед чоловіків залишилась незмінною, серед осіб жіночої статі захворюваність зростає майже вдвічі [3]. На сьогодні співвідношення захворюваності між чоловіками та жінками становить 1:3 [4]. Симптоми РС можуть виникати у будь-якому віці, але найчастіше це період 20–40 років, середній вік хворих – 32 роки.

Зважаючи на роль статевих гормонів у патогенезі РС, молодий вік пацієнтів, актуальним є вивчення репродуктивної функції жінок з РС. Результати більшості світових досліджень пов'язують ранній вік менархе з підвищеним ризиком виникнення РС, а також з молодшим віком розвитку перших симптомів [5, 6]. Вагітність до моменту початку РС корелює зі старшим віком початку РС. У жінок, які не мали вагітностей або мали лише аборти в анамнезі, частіше спостерігається більш ранній вік початку та більш швидке прогресування РС порівняно з жінками з 2 і більше пологами [7, 8]. Існують суперечливі дані щодо впливу гормональної контрацепції, особливо комбінованих оральних контрацептивів, на ризик виникнення та прогресування РС [9]. Наявна інформація про репродуктивну функцію жінок з РС є недостатньою для ефективного оцінювання стану здоров'я таких пацієнок і проведення своєчасної профілактики і корекції репродуктивних розладів.

Поширеність серед осіб активного репродуктивного та працездатного віку, тяжкі медико-соціальні наслідки збіль-

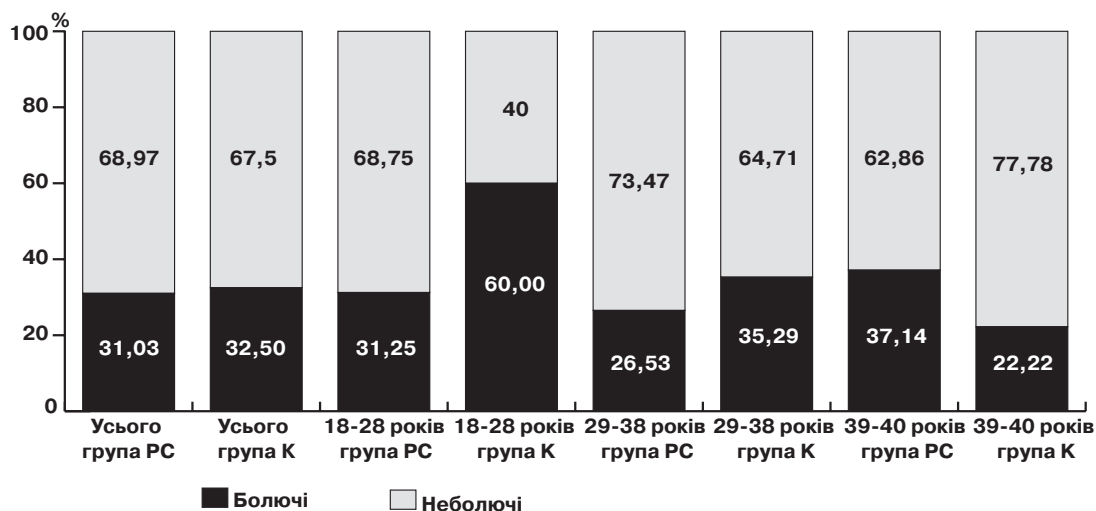
шують значущість проблеми РС у жінок. Наслідки захворювання визначаються не тільки безпосереднім впливом на стан здоров'я, але і значною мірою зумовлені соціальними проблемами, що часто безпосередньо впливають на якість життя та реалізацію репродуктивної функції.

**Мета дослідження:** оцінювання медико-соціальних характеристик пацієнок репродуктивного віку з встановленим діагнозом розсіяного склерозу для виявлення факторів ризику порушень репродуктивного здоров'я і розроблення подальших алгоритмів їхньої діагностики і корекції.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження включало 116 жінок репродуктивного віку з діагнозом розсіяного склерозу, встановленим лікарем-неврологом за критеріями МакДональда (2010) [10]. До контрольної групи увійшли 40 здорових жінок, які звернулися з метою щорічного профілактичного огляду. Усі учасники дослідження підписали добровільну інформовану згоду. Проведення дослідження було затверджено комісією з біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Для реалізації мети дослідження проводили детальне опитування і клініко-анамнестичне обстеження пацієнтів. На другому етапі дослідження було проаналізовано стан репро-



Мал. 1. Структура розподілення пацієнок різного віку порівнюваних груп за наявністю болючих менструацій, %

Таблиця 3

Частка жінок досліджуваних груп, які мали в анамнезі вагітність, %

| Вікова група, роки | Група РС, n=116 |       |             | Група К, n=40 |        |              | $\chi^2$ | p     |
|--------------------|-----------------|-------|-------------|---------------|--------|--------------|----------|-------|
|                    | n               | P, %  | 95% ДІ      | n             | P, %   | 95% ДІ       |          |       |
| 18–28              | 12              | 37,50 | 21,80-54,68 | 2             | 40,00  | 5,95-81,25   | 0,01     | 0,91  |
| 29–38              | 34              | 69,39 | 55,90-81,37 | 16            | 94,12  | 78,46-99,99  | 4,20     | 0,04  |
| 39–49              | 30              | 85,71 | 72,39-95,15 | 18            | 100,00 | 94,76-100,00 | 2,84     | 0,09  |
| Усього             | 76              | 65,52 | 56,66-73,86 | 36            | 90,00  | 78,95-97,24  | 8,80     | 0,003 |

Таблиця 4

Частота випадків загрози переривання вагітності у вагітних різного віку груп дослідження, %

| Вікова група, роки | Група РС, n=116 |       |            | Група К, n=40 |       |             | $\chi^2$ | p    |
|--------------------|-----------------|-------|------------|---------------|-------|-------------|----------|------|
|                    | n               | P, %  | 95% ДІ     | n             | P, %  | 95% ДІ      |          |      |
| 18–28              | 2               | 16,67 | 1,88-41,84 | 0             | 0,00  | -           | 0,39     | 0,53 |
| 29–38              | 2               | 5,88  | 0,59-16,11 | 0             | 0,00  | -           | 0,98     | 0,32 |
| 39–49              | 2               | 6,67  | 0,67-18,15 | 6             | 33,33 | 14,07-56,09 | 5,76     | 0,02 |
| Усього             | 6               | 7,89  | 2,94-14,97 | 6             | 16,67 | 6,47-30,39  | 1,96     | 0,16 |

дуктивного здоров'я пацієнток, включаючи особливості менструальної функції, вагітності і пологів, гінекологічних захворювань у жінок з РС та порівняно з контрольною групою.

Статистичне оброблення отриманих результатів було проведено за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6.0 (StatSoft, Inc.).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні брали участь 116 жінок із захворюванням на РС (група РС) та 40 здорових жінок контрольною групи (група К), які були співставні за віком, соціальним статусом, місцем проживання. Обом групам жінок були проведені всі необхідні клініко-діагностичні дослідження.

Оцінювання перебігу менструального циклу (МЦ) у жінок засвідчило відсутність значної різниці тривалості циклу у досліджуваних групах ( $p=0,11$ ). Жінки з РС мали середню тривалість МЦ  $27,04 \pm 2,14$  доби, контрольною групи –  $26,43 \pm 2,11$  доби (табл. 1).

Коливання показника МЦ у вікових групах були несуттєвими і становили у жінок групи РС від  $26,77 \pm 2,49$  доби (39–49 років) до  $27,19 \pm 2,25$  (18–28 років), у жінок групи контролю – від  $26,20 \pm 2,17$  (18–28 років) до  $26,47 \pm 2,37$  доби (29–38 років). Порівняння показника середньої тривалості МЦ у різних вікових групах між групами дослідження також засвідчило відсутність різниці ( $p>0,05$ ). Середня тривалість менструації у пацієнток обох груп була однаковою: 4,75 доби.

Близько 2/3 жінок групи РС та жінок групи контролю мали помірні виділення. Найбільш характерним цей тип виділень був у жінок вікової групи 29–38 років. Мізерні менструальні виділення найчастіше спостерігалися у жінок молодшого віку (18–28 років), а ясні виділення найпоширенішими були у старшій віковій групі (39–49 років). Доведеної різниці між показниками досліджуваних груп не встановлено ( $p>0,05$ ).

Часті болючі менструації мали близько третини жінок обох груп спостереження: 31,03 [22,97–39,72]% жінок групи РС та 32,50 [19,05–47,62]% жінок групи К (мал. 1). В основній групі дослідження дані показники коливались від 26,53% (29–38 років) до 37,14% (39–49 років), у контрольній – від 22,22% (39–49 років) до 35,29% (29–38 років).

Кількість вагітностей у жінок групи РС становила від 1 до 6 (у середньому –  $1,89 \pm 1,17$  на 1 жінку), у жінок контроль-

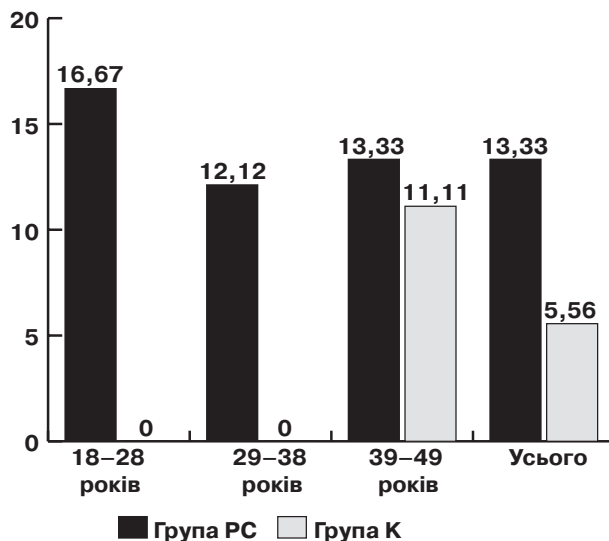
ної групи – від 1 до 10 (у середньому –  $2,31 \pm 1,75$  на 1 жінку) (табл. 2).

Середня кількість вагітностей була вищою у жінок групи РС порівняно з групою контролю лише у молодшій віковій групі (18–28 років):  $1,42 \pm 0,67$  проти  $1,00 \pm 0,00$  вагітності на 1 жінку відповідно ( $p=0,001$ ). У старших вікових групах середня кількість вагітностей була незначно вищою у жінок контрольною групи.

Питома вага жінок, які мали в анамнезі вагітність, була значно вищою у контрольній групі ( $p=0,003$ ): 90,00 [78,95–97,24]% порівняно з жінками основної групи: 65,52 [56,66–73,86]% (табл. 3).

Таке співвідношення спостерігалось у всіх вікових групах зі значною різницею показників у віковій групі 29–38 років: 94,12 [78,46–99,99]% проти 69,39 [55,90–81,37]% відповідно ( $p=0,04$ ).

У цілому середня кількість пологів у досліджуваних групах була однаковою:  $1,44 \pm 0,58$  на 1 жінку ( $p=0,93$ ), проте у



Мал. 2. Частка жінок порівнюваних груп, що народжували шляхом кесарева розтину, %

Таблиця 5

Частота патологій, що виникли під час пологів, у жінок різного віку груп дослідження, %

| Вікова група, роки | Показник          | Група РС, n=75 |       |            | Група К, n=36 |        |              | $\chi^2$ | p     |
|--------------------|-------------------|----------------|-------|------------|---------------|--------|--------------|----------|-------|
|                    |                   | n              | P,%   | 95% ДІ     | n             | P,%    | 95% ДІ       |          |       |
| 18–28              | Розриви піхви, ШМ | 2              | 16,67 | 1,88–41,84 | 2             | 100,00 | 59,19–100,00 | 5,83     | 0,02  |
|                    | Слабкість ПД      | 3              | 25,00 | 5,68–52,11 | 1             | 50,00  | 0,85–99,15   | 0,53     | 0,47  |
|                    | Передчасні пологи | 3              | 25,00 | 5,68–52,11 | 0             | 0,00   |              | 0,64     | 0,43  |
| 29–38              | Розриви піхви, ШМ | 2              | 6,06  | 0,61–16,58 | 6             | 37,50  | 16,19–61,75  | 7,80     | 0,01  |
|                    | Слабкість ПД      | 1              | 3,03  | 0,00–11,47 | 0             | 0,00   |              | 0,49     | 0,48  |
|                    | Передчасні пологи | 2              | 6,06  | 0,61–16,58 | 1             | 6,25   | 0,01–22,79   | 0,001    | 0,98  |
| 39–49              | Розриви піхви, ШМ | 2              | 6,67  | 0,67–18,15 | 9             | 50,00  | 27,71–72,29  | 11,96    | 0,001 |
|                    | Слабкість ПД      | 4              | 13,33 | 3,75–27,56 | 3             | 16,67  | 3,55–36,77   | 0,10     | 0,75  |
|                    | Передчасні пологи | 2              | 6,67  | 0,67–18,15 | 0             | 0,00   |              | 1,25     | 0,26  |
| Усього             | Розриви піхви, ШМ | 6              | 8,00  | 2,98–15,16 | 17            | 47,22  | 31,35–63,39  | 22,78    | 0,00  |
|                    | Слабкість ПД      | 8              | 10,67 | 4,74–18,60 | 4             | 11,11  | 3,08–23,25   | 0,005    | 0,94  |
|                    | Передчасні пологи | 7              | 9,33  | 3,84–16,90 | 1             | 2,78   | 0,00–10,55   | 1,56     | 0,21  |

Таблиця 6

Частота патологій органів малого таза у жінок різного віку груп дослідження, %

| Вікова група, роки | Показник    | Група РС, n=116 |       |             | Група К, n=40 |       |             | $\chi^2$ | p    |
|--------------------|-------------|-----------------|-------|-------------|---------------|-------|-------------|----------|------|
|                    |             | n               | P,%   | 95% ДІ      | n             | P,%   | 95% ДІ      |          |      |
| 18–28              | Ерозія      | 1               | 3,13  | 0,00–11,82  | 2             | 40,00 | 5,95–81,25  | 7,89     | 0,00 |
|                    | Ендометріоз | 1               | 3,13  | 0,00–11,82  | 0             | 0,00  | -           | 0,16     | 0,69 |
|                    | ГЕ          | 1               | 3,13  | 0,00–11,82  | 0             | 0,00  | -           | 0,16     | 0,69 |
|                    | Кіста       | 0               | 0,00  | -           | 0             | 0,00  | -           |          |      |
|                    | Міома       | 0               | 0,00  | -           | 0             | 0,00  | -           |          |      |
| 29–38              | Ерозія      | 14              | 28,57 | 16,92–41,89 | 8             | 47,06 | 24,54–70,23 | 1,94     | 0,16 |
|                    | Ендометріоз | 0               | 0,00  | -           | 0             | 0,00  | -           |          |      |
|                    | ГЕ          | 2               | 4,08  | 0,40–11,34  | 1             | 5,88  | 0,01–21,54  | 0,09     | 0,76 |
|                    | Кіста       | 1               | 2,04  | 0,00–7,82   | 1             | 5,88  | 0,01–21,54  | 0,63     | 0,43 |
|                    | Міома       | 2               | 4,08  | 0,40–11,34  | 0             | 0,00  | -           | 0,72     | 0,40 |
| 39–49              | Ерозія      | 7               | 20,00 | 8,62–34,64  | 7             | 38,89 | 18,32–61,78 | 2,18     | 0,14 |
|                    | Ендометріоз | 4               | 11,43 | 3,18–23,87  | 1             | 5,56  | 0,00–20,42  | 0,48     | 0,49 |
|                    | ГЕ          | 1               | 2,86  | 0,00–10,84  | 0             | 0,00  | -           | 0,52     | 0,47 |
|                    | Кіста       | 3               | 8,57  | 1,72–19,93  | 2             | 11,11 | 1,18–29,20  | 0,09     | 0,76 |
|                    | Міома       | 3               | 8,57  | 1,72–19,93  | 3             | 16,67 | 3,55–36,77  | 0,78     | 0,38 |
| Усього             | Ерозія      | 22              | 18,97 | 12,38–26,57 | 17            | 42,50 | 27,78–57,93 | 8,79     | 0,00 |
|                    | Ендометріоз | 5               | 4,31  | 1,39–8,74   | 1             | 2,50  | 0,00–9,52   | 0,26     | 0,61 |
|                    | ГЕ          | 4               | 3,45  | 0,91–7,52   | 1             | 2,50  | 0,00–9,52   | 0,09     | 0,77 |
|                    | Кіста       | 4               | 3,45  | 0,91–7,52   | 3             | 7,50  | 1,49–17,56  | 1,14     | 0,29 |
|                    | Міома       | 5               | 4,31  | 1,39–8,74   | 3             | 7,50  | 1,49–17,56  | 0,62     | 0,43 |

вікових групах 18–28 років та 39–49 років середня частота пологів була незначно ( $p>0,05$ ) вищою у жінок групи РС, а у віковій групі 29–38 років навпаки – у жінок групи контролю.

Вік, у якому жінки групи РС мали перші пологи, коливався у межах від 15 до 38 років (у середньому –  $23,64 \pm 4,26$

року), у жінок групи контролю – від 18 до 30 років (у середньому –  $22,44 \pm 2,69$  року) ( $p=0,04$ ). У всіх вікових групах середній вік перших пологів був вищий у жінок групи РС, ніж у жінок групи контролю, причому найбільша різниця між цими показниками була у віковій групі 29–38 років. Це під-

Показники відношення вагітності до початку РС у різних вікових групах (Me [Q1; Q3], років)

| Вікова група, роки | Кількість | Me [Q1; Q3]          |
|--------------------|-----------|----------------------|
| 18–28              | 13        | 1,00 [-3,50; 3,00]   |
| 29–38              | 33        | -2,00 [-5,00; 2,00]  |
| 39–49              | 30        | -9,50 [-14,00; 0,75] |
| Усього             | 76        | -2,25 [-10,23; 2,25] |

тверджує дані літератури щодо захисного ефекту вагітності та пологів у розвитку РС.

Аборти в анамнезі у цілому мали чверть вагітних групи РС (25,00%) та більше третини вагітних контрольної групи (37,35%). У молодшій віковій групі (18–28 років) аборти мали лише жінки основної групи (23,53% вагітних), тоді як у всіх жінок контрольної групи вагітність завершилась пологами. У жінок основної групи найбільшу середню кількість абортів фіксували у віці 29–38 років – 1,78±1,20 на 1 жінку, тоді як у контрольній групі цей показник абортів був найвищим у віковій групі 39–49 років – 2,75±2,19 на 1 жінку (p=0,04).

Результати оцінювання загрози переривання вагітності продемонстрували більшу кількість пацієнок з даною проблемою у контрольній групі, ніж в основній: 16,67 [6,47–30,39]% жінок проти 7,89 [2,94–14,97]% жінок відповідно (p=0,16) (табл. 4).

В основній групі найбільша кількість жінок із загрозою переривання вагітності була у віковій групі 18–28 років – 16,67 [1,88–41,84]% вагітних (p=0,53), тоді як у контрольній групі всі шість випадків даної патології фіксували у старшій віковій групі (39–49 років) – у 33,33 [14,07–56,09]% вагітних (p=0,02).

Серед патологій, які виникли під час пологів у жінок досліджуваних груп, найбільш поширеною була слабкість пологової діяльності (ПД) у жінок групи РС – 10,67 [4,74–18,60]% випадків (p=0,94) та розриви піхви, шийки матки (ШМ) у жінок групи К – 47,22 [31,35–63,39]% випадків (p=0,001) (табл. 5).

Слабкість ПД найбільш часто спостерігалася у жінок віком 18–28 років обох груп. Розриви піхви та ШМ також найчастіше реєстрували у жінок цього віку. Передчасні пологи у жінок основної групи найпоширенішими були у віці 18–28 років – у кожній четвертої (25,0%) породіллі групи РС, тоді як у жінок групи контролю дану патологію фіксували лише у віковій групі 29–38 років – 6,25 [0,01–22,79]% породілей.

Поодинокими були випадки інших патологій, що виникли під час пологів. Так, кровотечу під час пологів мали лише дві жін-

ки: одна – у групі РС віком 39 років та одна – у групі контролю віком 38 років. Затримку виходу посліду спостерігали у двох жінок основної групи – 35 років та 47 років. Септичні ускладнення пологів були у двох жінок основної групи: у цієї самої жінки 35 років, яка мала затримку виходу посліду, та у жінки 37 років.

Шляхом кесарева розтину (КР) народжували 10 жінок основної групи (13,33 [6,64–21,90]% породілей) та 2 жінки контрольної групи (5,56 [0,56–15,26]% породілей) (мал. 2).

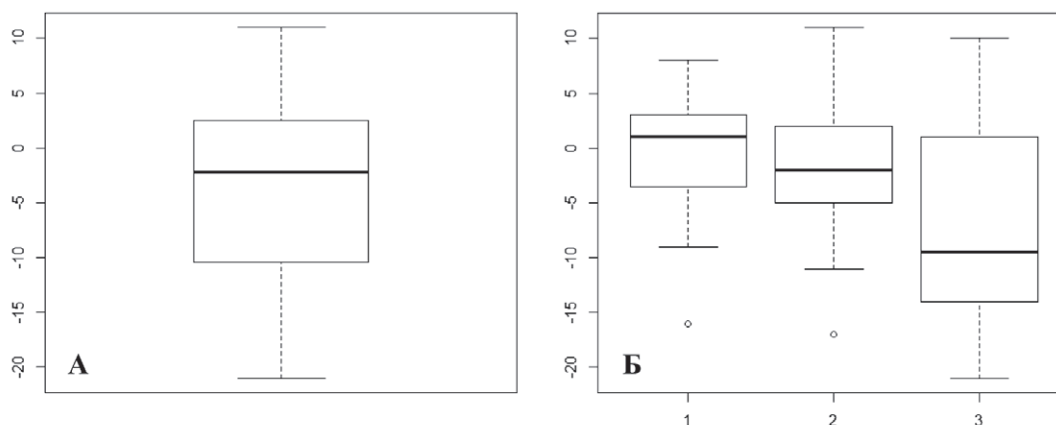
Серед жінок групи РС найбільша кількість породілей, що народжували шляхом КР, була віком 18–28 років – 16,67 [1,9–41,8]%, у віці 29–38 років таких жінок було 12,12 [3,4–25,2]%, у віці 39–49 років – 13,33 [3,7–27,6]% жінок. Дві жінки контрольної групи, які народжували шляхом КР, належали до старшої вікової групи (39–49 років):

- вік однієї з них становив 42 роки (в анамнезі мала 8 абортів та двоє пологів, одні з яких шляхом КР);
- вік другої – 43 роки (під час пологів спостерігалася слабкість пологової діяльності).

Також чим пізніше від початку захворювання жінка народжувала, тим тяжчим був перебіг хвороби. Так, легкий перебіг РС діагностували у 29 жінок, які народили через 1 рік від початку захворювання (1,00 [1,00; 2,00] років), середньої тяжкості – у 15 жінок із середнім значенням цього показника також 1 рік (1,00 [1,00; 2,50] років) та тяжкий перебіг – у двох жінок, які народили через три роки від початку захворювання (3,00 [2,00; 4,00] років; p=0,62).

Частота запальних захворювань та патологій МЦ була вищою у жінок основної групи, які хворіли на РС. Так, запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) виявили в анамнезі у восьми жінок основної групи (6,90 [3,02–12,19]%, з них у 4 жінок 29–38 років й у 4 – 39–49 років) та у трьох жінок контрольної групи віком 39–49 років (7,50 [1,49–17,56]%) (табл. 6).

Серед змін у МЦ жінок з РС важливим було проаналізувати частоту аномальних маткових кровотеч (АМК) та порушення оваріально-менструального циклу (ПОМЦ). Оби-



Мал. 3. Дані відношення вагітності до початку РС у загальній групі (А) та різних вікових групах (Б: 1 – 18–28 років, 2 – 29–38 років, 3 – 39–49 років). (Рівень «0» – момент початку РС)

дві патології було діагностовано в однакової кількості жінок кожної групи: у дев'яти жінок групи РС (7,76 [3,61–13,30]%) та у двох жінок групи К (5,0 [0,50–13,79]%).

У жінок контрольної групи ці дві патології МЦ спостерігалися у віці 45 років (жінка одночасно мала АМТ та ПОМЦ), у віці 35 років (лише АМК) та у віці 27 років (лише ПОМЦ).

Безплідність також фіксували частіше у жінок основної групи з РС, ніж у жінок контрольної групи: у 4 жінок віком 28, 31, 34 та 42 роки (3,45%) проти 1 жінки 27 років (2,50%) відповідно. У двох жінок основної групи безплідність тривала 5–10 років, в 1 жінки – до 5 років та в 1 жінки – понад 10 років.

Серед гінекологічної патології у жінок основної групи більш поширеними, ніж у жінок контрольної групи, були ендометріоз (4,31% проти 2,50%;  $p=0,61$ ) та гіперплазія ендометрія (3,45% проти 2,50%;  $p=0,77$ ), тоді як серед жінок контрольної групи порівняно з основною частіше діагностували ерозію шитки матки (42,50% проти 18,97%;  $p=0,001$ ), кісти яєчників (7,50% проти 3,45%;  $p=0,29$ ) та міому матки (7,50% проти 4,31%;  $p=0,43$ ) відповідно (див. табл.6).

Ерозію шийки матки у жінок із РС найчастіше виявляли в анамнезі пацієнток середнього та старшого віку: у 29–38 років – 28,57 [16,92–41,89] та у 39–49 років – 20,00 [8,62–34,64] випадків. Переважно перебіг захворювання був легкий (у 50,0% випадків) або середньої тяжкості (у 36,36% випадків), з тривалістю більше 10 років (40,91%) або від 1 року до 5 років (31,82%). В осіб групи контролю ерозію ШМ найбільш часто діагностували у віковій групі 29–39 років – 47,06 [24,54–70,23] випадків.

У ході дослідження проводили порівняння акушерсько-гінекологічного анамнезу та клінічних особливостей РС у жінок основної групи. Установлено, що у групі жінок, хворих на РС, перша вагітність наставала у середньому через 2 роки після початку хвороби: середнє значення (медіана – Me) -2,25 років з інтерквартильним розмахом (25-й (Q1) та 75-й (Q3) квартилі) [-10,23; 2,25] років (табл. 7; мал. 3).

Тільки у молодшій віковій групі (18–28 років) обстежених жінок першу вагітність діагностували за рік до початку РС (1,00 [-3,50; 3,00] років), тоді як в інших вікових групах – після початку. Так, у віці 29–38 років середнє значення першої вагітності було через два роки після початку хвороби

(-2,00 [-5,00; 2,00] років), а у віці 39–49 років ще пізніше – через 9,5 року (-9,50 [-14,00; 0,75] років).

Оцінюючи частоту настання вагітності після початку захворювання на РС встановлено, що більше половини жінок, які в анамнезі мали вагітність, вперше завагітніли вже після початку РС: 60,53 [49,36–71,16] % випадків. Найбільша кількість таких жінок була у віковій групі 39–49 років: 70,00 [52,68–84,78] % випадків. Навіть серед молоді у віці 18–28 років у половини жінок вагітність наставала вже після початку захворювання на РС (50,00 [23,20–76,80] % випадків).

За результатами дослідження, лише 13 жінок із 46 (28,26%), що народили після встановлення діагнозу РС, здійснювали грудне вигодовування своїх дітей. Середнє значення тривалості грудного вигодовування становило 8 міс [6,00; 12,00]. Найдовше підтримували грудне вигодовування жінки вікової групи 29–38 років: 9,00 [4,50; 16,50] місяців, найменше – 6,00 [6,00; 12,00] місяців.

Регулярно відвідують гінеколога та пам'ятають дату останнього візиту до нього 49 жінок основної групи із РС (42,24%).

## ВИСНОВКИ

Жінки з розсіяним склерозом (РС) входять до групи підвищеного ризику розвитку порушень репродуктивного здоров'я. Зокрема, аналіз репродуктивного статусу продемонстрував, що у пацієнток з РС достовірно частіше діагностують ендометріоз, гіперплазію ендометрія, анормальні маткові кровотечі та безплідність. Серед акушерських ускладнень домінують передчасні пологи, зокрема у молодшій віковій групі, та підвищена частота розродження шляхом КР. Водночас частота регулярних звернень до гінеколога серед групи пацієнток з РС є низькою. Тому удосконалення системи надання допомоги таким пацієнткам обов'язково повинне включати заходи для збереження та відновлення репродуктивної і сексуальної функцій.

Необхідно інформувати пацієнток з РС про важливість надійної контрацепції, регулярного комплексного гінекологічного обстеження та своєчасної корекції виявлених порушень з метою збереження репродуктивної функції та покращання якості життя.

## Сведения об авторах

**Пирогова Вера Ивановна** – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, 79010, г. Львів, ул. Пекарская, 69. E-mail: [pyroh@mail.lviv.ua](mailto:pyroh@mail.lviv.ua)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1205-6366>

**Негрнич Оксана Игоревна** – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, 79010, г. Львів, ул. Пекарская, 69. E-mail: [oksananehrych@gmail.com](mailto:oksananehrych@gmail.com)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0303-9424>

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. D'hooghe M, D'Hooghe T, De Keyser J. Female Gender and Reproductive Factors Affecting Risk, Relapses and Progression in Multiple Sclerosis. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2013;75(2):73-84.
2. Українська база медико-статистичної інформації. – 2016. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html> – Статистичні дані.
3. Bentzen J, Meulengracht Flachs E, Stenager E, Brønnum-Hansen H, Koch-Henriksen N. Prevalence of multiple sclerosis in Denmark 1950–2005. *Multiple Sclerosis Journal*. 2010;16(5):520-525. 10.1177/1352458510364197.
4. Kingwell E, Marriott J, Jetté N, Pringsheim T, Makhani N, Morrow S et al. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. *BMC Neurology*. 2013;13(1). 10.1186/1471-2377-13-128.
5. D'hooghe M, D'Hooghe T, De Keyser J. Female Gender and Reproductive Factors Affecting Risk, Relapses and Progression in Multiple Sclerosis. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2013;75(2):73-84.
6. Ramagopalan S, Valdar W, Criscuolo M, DeLuca G, Dymant D, Orton S et al. Age of puberty and the risk of multiple sclerosis: a population based study. *European Journal of Neurology*. 2009;16(3):342-347.
7. D'hooghe M, Haentjens P, Nagels G, D'Hooghe T, Keyser J. Menarche, oral contraceptives, pregnancy and progression of disability in relapsing onset and progressive onset multiple sclerosis. *Journal of Neurology*. 2011;259(5):855-861.
8. Негрнич Т.І., Оринчак Л.Б. Особливості перебігу розсіяного склерозу в жінок залежно від народження дітей. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2015; 5: 45-52.
9. Holmqvist P, Hammar M, Landtblom A, Brynhildsen J. Age at onset of multiple sclerosis is correlated to use of combined oral contraceptives and childbirth before diagnosis. *Fertility and Sterility*. 2010;94(7):2835-2837.
10. Polman C, Reingold S, Banwell B, Clanet M, Cohen J, Filippi M et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald criteria. *Annals of Neurology*. 2011;69(2):292-302.
11. Kurtzke J. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983;33(11):1444-1444.

Статья поступила в редакцию 13.12.2019