

УДК:618.2-06:618.39]-071.1:616.13/14-018.74-008
DOI: 10.24061/2413-4260.VIII.4.30.2018.11

Л.В. Дубик, О.М. Юзько, Л.В. Никифор

АНАЛІЗ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО
АНАМНЕЗУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗЛИВИМ
АБОРТОМ НА ФОНІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ
ДИСФУНКЦІЇВищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
(м. Чернівці, Україна)

Резюме: Ендотеліальна дисфункція (ЕД) є відображенням генералізованого порушення всіх функцій ендотелію. ЕД супроводжується порушенням регуляції судинного тону, проникності, збільшенням прокоагулянтної, проагрегантної, антифібринолітичної та протизапальної активності ендотелію судин на фоні дисбалансу вазодилататорів і вазоконстрикторів. В останні роки при обговоренні генезу більшості акушерських ускладнень особливу увагу приділяють пошкодженню периферичної судинної системи. Визначення маркерів ендотеліальної дисфункції на ранніх термінах вагітності дозволить виділити групу пацієнток з високим ризиком розвитку загрозливого викидня і провести профілактичну терапію.

Мета дослідження. Проаналізувати акушерсько-гінекологічний анамнез у жінок із загрозою вагітності на фоні ендотеліальної дисфункції.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано акушерсько-гінекологічний анамнез 60 вагітних із загрозовим абортom у першому триместрі вагітності на фоні ендотеліальної дисфункції, які перебували на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні КМУ «МКПБ №1».

Результати дослідження та їх обговорення. Більшість обстежених перебували в активному репродуктивному віці (середній вік – $(26,8 \pm 2,7\%)$ року). Вагітних віком до 20 років і старше 35 було порівну – по 4 ($6,7 \pm 3,2\%$). Приблизно однакова кількість жінок була у вікових групах 21-25 та 31-35 років – 13 ($21,7 \pm 5,3\%$) і 14 ($23,3 \pm 5,5\%$) відповідно. Найбільшу групу склали жінки віком 26-30 років – 25 ($41,7 \pm 6,4\%$). Серед пацієнток із загрозою аборту таку шкідливу звичку, як куріння, мали тільки 4 ($6,7 \pm 3,2\%$) особи. Вік настання менархе, в середньому коливався від 12 до 14 років. У найбільшій кількості пацієнток даної групи – 28 ($46,7 \pm 6,4\%$) менархе почалося у 12-13 років, у 18 ($30,0 \pm 5,9\%$) обстежених – у 14-15 років, у 10 ($16,7 \pm 4,8\%$) – до 11 років. Тільки у 4 ($6,7 \pm 3,2\%$) обстежених жінок менархе почалося після 16 років. Притаманно, що регулярний менструальний цикл встановився відразу у більшості обстежених пацієнток. Проте, у 4 жінок ($6,7 \pm 3,2\%$) із загрозою аборту регулярний менструальний цикл встановився тільки через 1 рік. Також ми оцінювали тривалість менструацій і отримали такі показники: у 21 ($35,0 \pm 6,2\%$) жінки – 3-4 дні, у 35 ($58,3 \pm 6,4\%$) – 5-7 днів і у 4 ($6,7 \pm 3,2\%$) відмічалися поліменореї, тривалістю більше 8-10 днів. За об'ємом менструальних виділень група обстежених розподілилася таким чином: у 9 ($15,0 \pm 4,6\%$) випадках були мізерні менструації, у 41 ($68,3 \pm 6,0\%$) – помірні та у 10 ($16,7 \pm 4,8\%$) – обильні. Третина пацієнток відмічала особливо болючі менструації.

Захворювання молочної залози, а саме дифузна форма фіброзно-кістозної мастопатії діагностовано у 7 пацієнток ($11,7\%$). Генеративна функція обстежених жінок характеризується тим, що середня кількість вагітностей становила $2,3 \pm 0,3$. Для 29 ($48,3 \pm 6,5\%$) пацієнток дана вагітність була першою, для 17 ($28,3 \pm 5,8\%$) – другою. Лише 9 ($15,0 \pm 4,6\%$) досліджуваних жінок завагітніли втретє і 5 ($8,3 \pm 3,6\%$) мали більше 3 вагітностей. Проте кількість пологів менша у зв'язку з самовільними та ратифікаційними викиднями в анамнезі. Операцію штучного аборту перенесли раніше усі жінки даної групи: 3 – по одному, 1 – два, 1 – три і ще 1 – більше трьох абортів. Один самовільний викидень був в анамнезі у 3 пацієнток, 2 жінки мали по 2 самовільних викидня і 1 перенесла 3 викидня. Важливо, що усі самовільні викидні траплялися тільки у першому триместрі, пізніх викиднів не було у жодної пацієнтки. Проаналізувавши застосування контрацептивних засобів обстеженими жінками, ми дізналися, що найчастіше вони застосовували внутрішньоматкову контрацепцію (кожна третя-четверта пацієнтка). Майже такою ж популярністю серед жінок даної групи користувалися бар'єрні методи контрацепції, їх використовували 14 ($23,3 \pm 5,5\%$) обстежених. Заслуговує на увагу той факт, що кожна третя жінка раніше не використовувала жодних методів контрацепції. Більше третини жінок даної групи перенесли запальні захворювання матки і придатків. На безпліддя страждали тільки 2 ($3,3 \pm 2,3\%$) жінки з ускладненням вагітності. Міому матки діагностовано лише у 2 ($3,3 \pm 2,3\%$) випадках.

Висновки.

1. Жінки із загрозою переривання вагітності на фоні ендотеліальної дисфункції мали обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез.

2. Вагітні із обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом мають бути обстежені на наявність порушень гемостазу, які можуть призвести до повторного невиношування вагітності.

3. Отримані результати необхідно враховувати при розробці комплексу індивідуальних профілактичних заходів, направлених на збереження вагітності.

Ключові слова: ендотеліальна дисфункція; невиношування вагітності; акушерсько-гінекологічний анамнез.

Вступ

Ендотеліальна дисфункція (ЕД) є відображенням генералізованого порушення всіх функцій ендотелію. ЕД супроводжується порушенням

регуляції судинного тону, проникності, збільшенням прокоагулянтної, проагрегантної, антифібринолітичної та протизапальної активності ендотелію судин на фоні дисбалансу вазодила-

таторів і вазоконстрикторів. Складний процес взаємодії ендотелію із клітинами та активними речовинами крові сприяє процесу імплантації, інвазії трофобласта і подальшому успішному функціонуванню плаценти [1]. В останні роки при обговоренні генезу більшості акушерських ускладнень особливу увагу упроділяють пошкодження периферичної судинної системи. Гіперперфузія тканин, що виникає внаслідок вазоконстрикції, гіповолемії, порушень реологічних властивостей крові та гіперкоагуляції з розвитком ДВЗ-синдрому неминує призводить до ішемічних ушкоджень у тканинах різних органів з формуванням поліорганної недостатності [2]. Також неминує виникають порушення у матково-плацентарній системі кровообігу. Вони мають низку своїх особливостей. Це послідовні етапи сповільнення локального стазу, тромбозу та внутрішньосудинної агрегації. Зміни мікрокровоток усупроводжуються змінами реактивності судин, підвищенням їх проникливості, розривом артеріол, капілярів, формуванням мікрогематомі злиттям їх з утворенням ретроплацентарної гематоми та розвитком клінічної симптоматики [3]. Визначення маркерів ендотеліальної дисфункції на ранніх термінах вагітності дозволить виділити групу пацієнток з високим ризиком розвитку загрозливого викидня і провести профілактичну терапію.

Мета дослідження

Проаналізувати акушерсько-гінекологічний анамнез у жінок із загрозою вагітності на фоні ендотеліальної дисфункції.

Матеріали і методи

Нами проаналізовано акушерсько-гінекологічний анамнез 60 вагітних із загрозовим абортотом у першому триместрі вагітності на фоні ендотеліальної дисфункції, які перебували на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні КМУ «МКПБ№1».

Дослідження проведено із дотриманням основних положень Good Clinical Practice (1996 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2008 рр.), Наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України № 690 від 23.09.2009 р. (зі змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України № 523 від 12.07.2012 р.), за наявності інформаційної згоди пацієнтів. Схвалено Комісією з питань біомедичної етики Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет».

Статистична обробка даних проведена з використанням прикладних програм для проведення медико-біологічних досліджень. Процедури, логіка та інтерпретація одержаних результатів базувалися на загальноприйнятих положеннях медичної та біологічної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

Більшість обстежених перебували в активному репродуктивному віці (середній вік – $26,8 \pm 2,7\%$ року). Вагітних віком до 20 років і

старше 35 було порівну – по 4 ($6,7 \pm 3,2\%$). Приблизно однакова кількість жінок була у вікових групах 21-25 та 31-35 років – 13 ($21,7 \pm 5,3\%$) і 14 ($23,3 \pm 5,5\%$) відповідно. Найбільшу групу склали жінки віком 26-30 років – 25 ($41,7 \pm 6,4\%$). Серед пацієнток із загрозою абортоту таку шкідливу звичку, як куріння, мали тільки 4 ($6,7 \pm 3,2\%$) особи.

При детальному вивченні менструальної функції оцінювали наступні показники: вік настання менархе; час, через який встановився регулярний менструальний цикл; тривалість менструації, болючість, об'єм виділень; регулярність і тривалість менструального циклу, особливості наявних порушень. Вік настання менархе в середньому коливався від 12 до 14 років. У найбільшій кількості пацієнток даної групи – 28 ($46,7 \pm 6,4\%$) менархе почалося у 12-13 років, у 18 ($30,0 \pm 5,9\%$) обстежених – у 14-15 років, у 10 ($16,7 \pm 4,8\%$) – до 11 років. Тільки у 4 ($6,7 \pm 3,2\%$) обстежених жінок менархе почалося після 16 років. Притаманно, що регулярний менструальний цикл встановився відразу у більшості обстежених пацієнток. Проте, у 4 жінок ($6,7 \pm 3,2\%$) із загрозою абортоту регулярний менструальний цикл встановився тільки через 1 рік. Також ми оцінювали тривалість менструацій і отримали такі показники: у 21 ($35,0 \pm 6,2\%$) жінки – 3-4 дні, у 35 ($58,3 \pm 6,4\%$) – 5-7 днів і у 4 ($6,7 \pm 3,2\%$) відмічали поліменореї, тривалістю більше 8-10 днів. Заоб'ємом менструальних виділень група обстежених розподілилася таким чином: у 9 ($15,0 \pm 4,6\%$) випадках були мізерні менструації, у 41 ($68,3 \pm 6,0\%$) – помірні та у 10 ($16,7 \pm 4,8\%$) – обильні. Третина пацієнток відмічала особливо болючі менструації.

Захворювання молочної залози, а саме дифузну форму фіброзно-кістозної мастопатії діагностовано у 7 пацієнток ($11,7\%$) із загрозою викидня на фоні ендотеліальної дисфункції. Генеративна функція обстежених жінок характеризується тим, що середня кількість вагітностей становила $2,3 \pm 0,3$. Для 29 ($48,3 \pm 6,5\%$) пацієнток дана вагітність була першою, для 17 ($28,3 \pm 5,8\%$) – другою. Лише 9 ($15,0 \pm 4,6\%$) досліджуваних жінок завагітніли втретє і 5 ($8,3 \pm 3,6\%$) мали більше 3 вагітностей. Проте кількість пологів менша у зв'язку з самовільними та ратифікаційними викиднями в анамнезі. Операцію штучного абортоту перенесли раніше усі жінки даної групи: 3 – по одному, 1 – два, 1 – три і ще 1 – більше трьох абортотів. Один самовільний викидень був в анамнезі у 3 пацієнток, 2 жінки мали по 2 самовільних викидня і 1 перенесла 3 викидня. Важливо, що усі самовільні викидні траплялися тільки у першому триместрі, пізніх викиднів не було у жодної пацієнтки.

У табл. 1 представлені методи контрацепції, які використовувалися раніше обстеженими жінками. Як впливає з наведених даних, найчастіше вони застосовували внутрішньоматкову контрацепцію. Її використовувала практично кожна третя-четверта пацієнтка. Майже такою ж популярністю серед жінок даної групи користувалися бар'єрні методи контрацепції, їх використовували 14 ($23,3 \pm 5,5\%$) обстежених. Заслугує на увагу той факт, що кожна третя жінка раніше не використовувала жодних методів контрацепції.

Таблиця 1

	n	Не застерігались		Гормональна				Бар'єрна		Коїтус-інтерруптус	
				ВМК*		КОК*					
		абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%	абс. число	M%±m%
Загроза аборту	60	20	33,3±6,1	14	23,3±5,5	11	18,3±5,0	13	21,7±5,3	2	3,3±2,3

*ВМК – внутрішньоматкові контрацептиви

*КОК – комбіновані оральні контрацептиви

Гінекологічна захворюваність пацієнток представлена в діаграмі 1. З даних, які висвітлені в діаграмі, можемо припустити обтяжливий вплив супутніх гінекологічних хвороб на перебіг вагітності. Більше трети-

ни жінок даної групи перенесли запальні захворювання матки і придатків. На безпліддя страждали тільки 2 (3,3±2,3%) жінки з ускладненням вагітності. Міому матки діагностовано лише у 2 (3,3±2,3%) випадках.

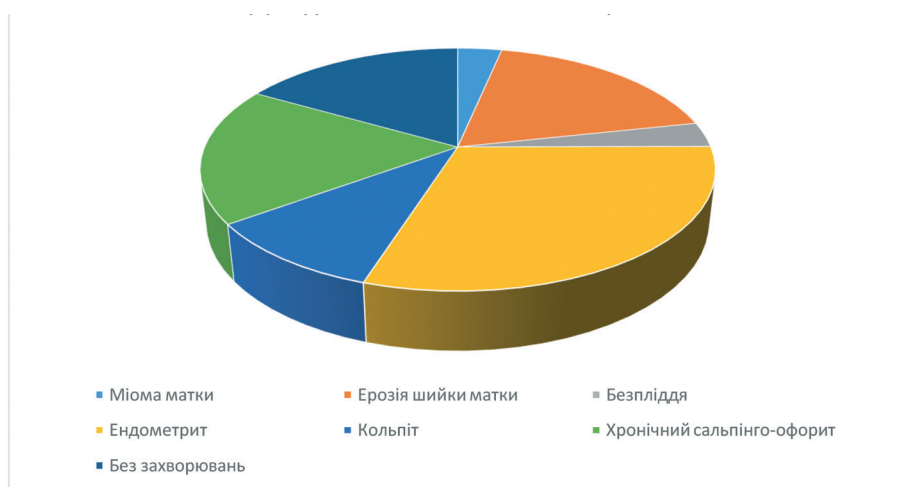


Рис. 1. Структура гінекологічних захворювань (у %)

Клініко-статистичний аналіз акушерсько-гінекологічного анамнезу обстежених жінок виявив такі закономірності:

- Різні порушення менструального циклу і дисменореєю в анамнезі.
- Переривання попередніх вагітностей і розвиток ускладнень вагітностей в анамнезі.
- Використання різних методів контрацепції.
- Наявність гінекологічних захворювань, зокрема ендометриту.

Висновки

1. Жінки із загрозою переривання вагітності на

фоні ендотеліальної дисфункції мали обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез.

2. Вагітні із обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом мають бути обстежені на наявність порушень гемостазу, які можуть призвести до повторного невиношування вагітності.

3. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні комплексу індивідуальних профілактичних заходів, направлених на збереження вагітності.

Конфлікт інтересів: Автори не заявляли будь-якого конфлікту інтересів.

Література

1. Гопчук ОМ. Плацентарна дисфункція у вагітних із супутньою патологією серцево-судинної системи. Здоров'я жінки. 2017;7:88-92. doi: 10.15574/HW.2017.123.88.
2. Кулаков ВИ, Серов ВН, редактор. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Москва: Литтерра; 2005. Т. 9; 1152 с.
3. Джобавая ЭМ, Аминтаева ЛА, Алиева ДН, Артизанова ДП, Болкунова НВ, Доброхотова ЮЭ. Эндотелиальная дисфункция: гомоцистеин и оксид азота у беременных групп высокого риска. Современные подходы к терапии. Роль фолиевой кислоты. Проблемы репродукции. 2010;16(6):98-103.

**АНАЛИЗ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО
АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ
АБОРТМ НА ФОНЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ
ДИСФУНКЦИИ**

Л.В. Дубик, А.М. Юзько, Л.В. Никифор

**Высшее государственное
учебное заведение Украины
«Буковинский государственный
медицинский университет»
(Украина, г. Черновцы)**

Резюме. Эндотелиальная дисфункция (ЭД) является отражением генерализованного нарушения всех функций эндотелия. ЭД сопровождается нарушением регуляции сосудистого тонуса, проницаемости, увеличением прокоагулянтной, проагрегантной, антифибринолитической и противовоспалительной активности эндотелия сосудов на фоне дисбаланса вазодилататоров и вазоконстрикторов.

В последние годы при обсуждении генеза большинстве акушерских осложнений особое внимание уделяется повреждению периферической сосудистой системы. Определение маркеров эндотелиальной дисфункции на ранних сроках беременности позволит выделить группу пациенток с высоким риском развития угрожающего выкидыша и провести профилактическую терапию.

Цель исследования. Проанализировать акушерско-гинекологический анамнез у женщин с угрозой беременности на фоне эндотелиальной дисфункции.

Материалы и методы. Нами проанализированы акушерско-гинекологический анамнез 60 беременных с угрожающим абортom в первом триместре беременности на фоне эндотелиальной дисфункции, которые находились на стационарном лечении в гинекологическом отделении КМУ «ГКРД №1».

Результаты исследования и их обсуждение. Большинство обследованных находились в активном репродуктивном возрасте (средний возраст – $26,8 \pm 2,7\%$ года). Беременных в возрасте до 20 лет и старше 35 было поровну – по 4 ($6,7 \pm 3,2\%$). Примерно одинаковое количество женщин была в возрастных группах 21-25 и 31-35 лет – 13 ($21,7 \pm 5,3\%$) и 14 ($23,3 \pm 5,5\%$) соответственно. Наибольшую группу составили женщины в возрасте 26-30 лет – 25 ($41,7 \pm 6,4\%$). Среди пациенток с угрозой аборта такую вредную привычку, как курение, имели только 4 ($6,7 \pm 3,2\%$) человека.

Возраст наступления менархе, в среднем колебался от 12 до 14 лет. Унаибольшего количества пациенток данной группы – 28 ($46,7 \pm 6,4\%$) менархе началось в 12-13 лет, у 18 ($30,0 \pm 5,9\%$) обследованных – в 14-15 лет, у 10 ($16,7 \pm 4,8\%$) – до 11 лет. Только у 4 ($6,7 \pm 3,2\%$) обследованных женщин менархе началось после 16 лет. Характерно, что регулярный менструальный цикл установился сразу у большинства обследованных пациенток. Однако, у 4 женщин ($6,7 \pm 3,2\%$) с угрозой аборта регулярный менструальный цикл устано-

**ANALYSIS OF THE OBSTETRIC AND
GYNECOLOGICAL ANAMNESIS IN WOMEN
WITH A THREATENED ABORTION AFFECTED
BY THE ENDOTHELIAL DYSFUNCTION**

L.V. Dubyk, O. M. Yuzko, L.V. Nykyfor

**Higher State Educational
Establishment of Ukraine
"Bukovinian State
Medical University"
(Chernivtsi, Ukraine)**

Summary. Endothelial dysfunction (ED) is a reflection of the generalized violation of all functions of the endothelium. ED is accompanied by a violation of the regulation of the vascular tone, permeability, an increase in the procoagulant, proaggregant, antifibrinolytic and anti-inflammatory activity of endothelium of vessels affected by the imbalance between vasodilators and vasoconstrictors.

Recently a special attention has been paid to the damage to the peripheral vascular system while discussing the genesis of most obstetric complications. The determination of endothelial dysfunction markers in the early stages of pregnancy will allow us to select a group of patients with a high risk of a threatened abortion and conduct a preventive therapy.

The aim of the research is to analyze the obstetric and gynecological history in women with the threatened miscarriage affected by the endothelial dysfunction.

Materials and methods. We have analyzed the obstetric and gynecological history of 60 pregnant women with threatened abortion in the first trimester of a pregnancy affected by the endothelial dysfunction, who were in inpatient treatment at the gynecological department of the MHCF [municipal health care facility] "CCMH №1" [City Clinical Maternity Hospital №1].

Research findings and their discussion. Most of the examined patients were reproductively active (mean age – $26.8 \pm 2.7\%$ years). Pregnant women under the age of 20 and over 35 were equal - 4 ($6.7 \pm 3.2\%$). Approximately the same number of women was in the age groups of 21-25 and 31-35 years old - 13 ($21.7 \pm 5.3\%$) and 14 ($23.3 \pm 5.5\%$) respectively. The largest group was women aged 26-30 years - 25 ($41.7 \pm 6.4\%$). Among the patients with the threatened abortion, there were only 4 ($6.7 \pm 3.2\%$) patients who smoked. The age of the onset of menarche ranged from 12 to 14 years on average. Menarche began in 12-13 years in the largest number of patients - 28 ($46.7 \pm 6.4\%$), in 14-15 years in 18 ($30.0 \pm 5.9\%$) of the examined patients, and in up to 11 years in 10 patients ($16.7 \pm 4.8\%$). And only in 4 ($6.7 \pm 3.2\%$) women, it began after 16 years. It is noteworthy that a regular menstrual cycle was established immediately in most of the examined patients. However, a regular menstrual cycle was established only after 1 year in 4 women ($6.7 \pm 3.2\%$) with the threatened abortion. We

вился только через 1 год.

Также мы оценивали продолжительность менструаций и получили такие показатели: у 21 ($35,0 \pm 6,2\%$) женщины – 3-4 дня, у 35 ($58,3 \pm 6,4\%$) – 5-7 дней и в 4 ($6,7 \pm 3,2\%$) отмечались полименореи, продолжительностью более 8-10 дней. По объему менструальных выделений группа обследованных распределилась следующим образом: у 9 ($15,0 \pm 4,6\%$) случаях были скудные менструации, у 41 ($68,3 \pm 6,0\%$) – умеренные и у 10 ($16,7 \pm 4,8\%$) – обильные. Треть пациенток отмечала особенно болезненные менструации. Заболевания молочной железы, а именно диффузная форма фиброно-кистозной мастопатии диагностирована у 7 пациенток (11,7%). Генеративная функция обследованных женщин характеризуется тем, что среднее количество беременностей составила $2,3 \pm 0,3$. Для 29 ($48,3 \pm 6,5\%$) пациенток данная беременность была первой, для 17 ($28,3 \pm 5,8\%$) – второй. Лишь 9 ($15,0 \pm 4,6\%$) исследуемых женщин забеременели в третий раз и 5 ($8,3 \pm 3,6\%$) имели более 3 беременностей. Однако количество родов меньше в связи с самовольными и ратификационными выкидышами в анамнезе. Операцию искусственного аборта перенесли ранее все женщины данной группы: 3 – по одному, 1 – два, 1 – три и еще 1 – более трех аборт. Один самопроизвольный выкидыш был в анамнезе у 3 пациенток, 2 женщины имели по 2 самопроизвольных выкидыша и 1 перенесла 3 выкидыша. Важно, что все самопроизвольные выкидыши случались только в первом триместре, поздних выкидышей не было ни у одной пациентки. Проанализировав применения контрацептивных средств обследованными женщинами, мы узнали, что чаще всего они применяли внутрь маточные контрацепцию (каждая третья-четвертая пациентка). Почти такой же популярностью среди женщин данной группы пользовались барьерные методы контрацепции, их использовали 14 ($23,3 \pm 5,5\%$) % обследованных. Заслуживает внимания тот факт, что каждая третья женщина раньше не использовала никаких методов контрацепции. Более трети женщин данной группы перенесли воспалительные заболевания матки и придатков. Бесплодием страдали только 2 ($3,3 \pm 2,3\%$) женщины с осложнением беременности. Миома матки диагностирована лишь у 2 ($3,3 \pm 2,3\%$) случаях.

Выводы.

1. Женщины с угрозой прерывания беременности на фоне эндотелиальной дисфункции имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
2. Беременные с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом должны быть обследованы на наличие нарушений гемостаза, которые могут привести к повторному невынашиванию беременности.
3. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке комплекса индивидуальных профилактических мероприятий, направленных на сохранение беременности.

Ключевые слова: эндотелиальная дисфункция; невынашивание беременности; акушерско-гинекологический анамнез.

have also evaluated the duration of menstruation and obtained the following indices: in 21 ($35.0 \pm 6.2\%$) women - 3-4 days, in 35 ($58.3 \pm 6.4\%$) – 5-7 days and polymenorrhea have been observed in 4 ($6.7 \pm 3.2\%$), which lasted more than 8-10 days. According to the volume of vaginal discharge, the group of examined patients has been distributed as follows: in 9 ($15.0 \pm 4.6\%$) cases there was mild menstruation, in 41 ($68.3 \pm 6.0\%$) – moderate and in 10 ($16.7 \pm 4.8\%$) – heavy. One-third of the patients noted particularly painful menstruation.

The disease of the mammary gland, namely the diffuse form of fibrous-cystic mastopathy, has been diagnosed in 7 patients (11.7%). The generative function of the examined women is characterized by the fact that the average number of pregnancies has been 2.3 ± 0.3 . For 29 ($48.3 \pm 6.5\%$) patients, this pregnancy was the first, for 17 ($28.3 \pm 5.8\%$) it was the second. Only 9 ($15.0 \pm 4.6\%$) of the examined women became pregnant for the third time and 5 ($8.3 \pm 3.6\%$) have had more than 3 pregnancies. However, the number of births is lower due to spontaneous and ratification abortions in medical history. All women of the group have undergone the operation of an artificial abortion before: 3 – one, 1 – two, 1 – three and 1 – more than three abortions. One spontaneous miscarriage was in the medical history of 3 patients, 2 women had 2 spontaneous miscarriages and 1 patient underwent 3 miscarriages. It is important that all spontaneous miscarriages occurred only in the first trimester, there were no cases of late miscarriage in any patient. Having analyzed the use of contraceptives by the examined women, we found that they had mostly used intrauterine contraception (every third-fourth person). Barrier contraceptives had been used by 14 ($23.3 \pm 5.5\%$)% of the examined women. It is noteworthy that the fact that one in three women had never used any contraceptive method before. More than a third of women in this group suffered from inflammatory diseases of the uterus and appendages. Only 2 ($3.3 \pm 2.3\%$) women suffered from infertility with complications of pregnancy. Myoma of the uterus has been diagnosed only in 2 ($3.3 \pm 2.3\%$) cases.

Conclusions.

1. Women with the threatened termination of a pregnancy affected by the endothelial dysfunction had an aggravated obstetric and gynecological anamnesis.
2. Pregnant women with an aggravated obstetric and gynecological anamnesis should be diagnosed with haemostasis disorders that may lead to a repeated miscarriage.
3. The results should be taken into account while developing a set of individual preventive measures aimed at preserving pregnancy.

Key words: Endothelial Dysfunction; Miscarriage; Obstetric and Gynecological History.

Контактна інформація:

Юзько Олександр Михайлович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, Україна).

e-mail: uarm.kiev@gmail.com

Контактна адреса: площа Театральна, 2, м. Чернівці, 58002, Україна.

Контактний телефон: +38 (050) 6752334.

Контактная информация:

Юзько Александр Михайлович – д.м.н., профессор, зав. кафедры акушерства и гинекологии Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г. Черновцы, Украина).

e-mail: uarm.kiev@gmail.com

Контактный адрес: площадь Театральная, 2, г. Черновцы, 58000, Украина.

Контактный телефон: +38 (050) 6752334.

Contact Information:

Olexander Yuzko – DM, Professor, Head Department of Obstetrics and Gynecology of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University» Chernivtsi, Ukraine).

e-mail: uarm.kiev@gmail.com

Contact Address: Teatralna Square, 2, Chernivtsi, 58000, Ukraine.

Contact Phone: +38 (050) 6752334.

© Л.В. Дубик, О.М. Юзько, Л.В. Никифор, 2018

© L.V. Dubyk, O. M. Yuzko, L.V. Nykyfor, 2018

Надійшло до редакції 14.09.2018

Підписано до друку 16.11.2018