

Вагітність і пологи у жінок з ендометріозом в анамнезі

М.І. Яремко

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

Результати проведених досліджень свідчать, що функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з ендометріозом в анамнезі, яким проводили загальноприйнятті лікувально-профілактичні заходи, характеризується високим рівнем порушень з боку функціонального стану плода, плаценти й об'єму навколоплідних вод на фоні виражених гемодинамічних і ендокринологічних порушень в основному субкомпенсованого характеру, але в деяких випадках і декомпенсованими змінами, що призводить до високої частоти оперативного розродження у цій групі. Використання запропонованої методики дозволяє чітко проводити корекцію плацентарної дисфункції, що розвивається, і запобігати розвитку серйозних акушерських та перинатальних ускладнень.

Ключові слова: вагітність, пологи, ендометріоз.

В умовах сьогодення генітальний ендометріоз є однією з основних причин порушень репродуктивної функції жінок [1–8]. Частота ендометріїдного ушкодження органів репродуктивної системи коливається від 20,0% до 41,3% [1, 2], а в структурі причин жіночого безпліддя дана патологія досягає 60,0% [3, 4].

Широке використання сучасних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з різною генітальною патологією дозволяє відновлювати порушення репродуктивної функції [6, 7]. Крім того, використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) сприяє настанню вагітності у жінок з важкими варіантами гінекологічної захворюваності, до якої, безумовно, відноситься і генітальний ендометріоз, особливо з ушкодженням яєчників [5, 8].

Не дивлячись на значну кількість наукових повідомлень з проблеми вагітності і пологів у жінок з обтяженим репродуктивним анамнезом цілу низку наукових завдань далеко від вирішення. На нашу думку, одним з таких завдань є зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з ендометріозом в анамнезі. Публікації в даному напрямку є поодинокими, несистематизованими і носять фрагментарний характер, що не дозволяє досить ефективно вирішувати дану наукову проблему. Все це в сукупності свідчить про актуальність вибраної тематики для проведення наукових досліджень, на зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок групи високого ризику.

Метою роботи було зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з ендометріозом в анамнезі на основі вивчення в них клініко-функціональних й ендокринологічних особливостей, а також розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети і завдань на 1-му етапі нами було обстежено 90 пацієнок, яких було розподілено на три групи:

Контрольна група – 30 гінекологічно і соматично здорових жінок репродуктивного віку;

1-ша група – 30 пацієнок після лапароскопічного лікування ендометріом, яким проводили загальноприйнятті реабілітаційні заходи;

2-га група – 30 пацієнок після лапароскопічного лікування ендометріом, яким проводили реабілітацію з використанням запропонованої нами методики.

Реабілітаційні заходи проводили відповідно до загальноприйнятих рекомендацій [1–8] і включали використання гестагенів (оргаметрил у післяопераційний період протягом 6 міс); у разі тяжких форм ендометріїдного ураження додаткове використання антигонадотропних препаратів (данол, даназол, диферелін і ін.).

Основними моментами запропонованих нами реабілітаційних заходів було використання антигомотоксичної терапії з урахуванням наявності основної генітальної та супутньої екстрагенітальної патології і ін.

На 2-му етапі нами було вивчено особливості перебігу вагітності та пологів у 11 пацієнок з 1-ї групи (загальноприйнята методика), які склали підгрупу 1.1 і у 19 – з 2-ї групи (запропонована нами методика), які склали підгрупу 2.1. Контрольну групу склали 30 першородящих без вираженої акушерської та екстрагенітальної патології.

Ведення вагітності в підгрупі 1.1 проводили за загальноприйнятими протоколами МОЗ України, а в підгрупі 2.1 з додатковим використанням антигомотоксичної терапії (коензим композитум, плацента композитум і ін.).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітність і пологи у жінок з ендометріозом в анамнезі характеризуються в першій половині вагітності високою частотою загрози переривання вагітності (54,5%); загостренням урогенітальної інфекції (45,5%); порушеннями мікробіоценозу статевих шляхів (27,3%) і мимовільним перериванням вагітності (9,1%). У другій половині вагітності основними ускладненнями є плацентарна недостатність (60,0%); гестаційна анемія (50,0%); преєклампсія (30,0%) і загострення урогенітальної інфекції (20,0%).

Розродження жінок з ендометріозом в анамнезі супроводжується значним рівнем передчасного розриву плодових оболонок (30,0%); передчасних пологів (20,0%); аномалій пологової діяльності (20,0%) і дистресу плода (20,0%), що призводить до високої частоти абдомінального розродження (40,0%).

Перинатальні результати розродження жінок з ендометріозом в анамнезі характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку (30,0%); асфіксією середньоважкої форми (20,0%) і інтраамніальним інфікуванням (20,0%).

У 18–20 тиж вагітності у жінок з ендометріозом в анамнезі з'являються перші ехографічні ознаки плацентарної дисфункції і достовірне зниження вмісту естріолу і прогестерону. У 28–30 тиж у 20,0% випадків зустрічається затримка розвитку плода, з'являються порушення дихальної і рухової активності, відбувається передчасне дозрівання плаценти, достовірно знижується вміст хоріонічного гонадотропіну і плацентарного лактогену, в також з'являються гемодинамічні порушення у фетоплацентарному комплексі (ФПК). Напередодні розродження всі ці зміни прогресивно зростають.

Використання пропонованого алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє попередити мимовільне переривання в першій половині вагітності; знизити частоту плацентарної дисфункції в 1,9 разу; прееклампсії – в 1,9 разу; передчасних пологів – в 3,8 разу; аномалій пологової діяльності – в 1,9 разу; затримки розвитку плода – в 2,9 разу і внутрішньоутробного інфікування – в 3,8 разу.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати такі моменти:

- з метою зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з ендометріозом в анамнезі необхідно додатково використання індивідуалізованої антигомотоксичної терапії з урахуванням особливостей анамнезу;

- для контролю за клінічним перебігом вагітності у жінок з ендометріозом в анамнезі слід проводити динамічну оцінку клінічних, ендокринологічних, ехографічних і доплерометричних показників в наступні терміни вагітності: 18–20 тиж; 28–30 тиж і напередодні розродження.

ВИСНОВКИ

Таким чином, функціональний стан ФПК у жінок з ендометріозом в анамнезі, яким проводили загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи, характеризується високим рівнем порушень з боку функціонального стану плода, плаценти й об'єму навколоплідних вод на фоні виражених гемодинамічних і ендокринологічних порушень в основному субкомпенсованого характеру, але в деяких випадках і декомпенсованими змінами, що призводить до високої частоти оперативного розродження у цій групі. Використання пропонованої методики дозволяє чітко проводити корекцію плацентарної дисфункції, що розвивається, і запобігати розвитку серйозних акушерських та перинатальних ускладнень.

Беременность и роды у женщин с эндометриозом в анамнезе М.И. Яремко

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что функциональное состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с эндометриозом в анамнезе характеризуется высоким уровнем нарушений со стороны функционального состояния плода, плаценты и объема околоплодных вод на фоне выраженных гемодинамических и эндокринологических нарушений в основном

субкомпенсированного характера, но в ряде случаев и декомпенсированными изменениями, что приводит к высокой частоте оперативного родоразрешения в этой группе. Использование предлагаемой методики позволяет четко проводить коррекцию плацентарной дисфункции и предупреждать развитие серьезных акушерских и перинатальных осложнений.

Ключевые слова: беременность, роды, эндометриоз.

Pregnancy and childbirth at women with an endometriosis in the anamnesis M.I. Jaremko

Results of the spent researches testify, that the functional condition fetoplacental complex at women with an endometriosis in the anamnesis is characterised by high level of infringements from a functional condition of a born, a placenta and volume amniotical waters against expressed haemodynamic and endocrinological infringements, in the core, the subcompensated character, but in some cases and decompensated changes that leads to high frequency operative delivery in this group. Use of an offered technique allows to spend essentially correction of placental dysfunction and to warn development serious obstetrical and perinatal complications.

Key words: pregnancy, childbirth, an endometriosis.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамьян Л.В. Генитальный эндометриоз: клиника, диагностика, лечение: Метод. рекомендации / Л.В. Адамьян, Е.Н. Андреева // Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – М., 2007. – 30 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз: новые подходы к терапии: Руководство для врачей. / Э.К. Айламазян, С.А. Сельков, М.И. Яромилинская. – СПб., 2007. – 25 с.
3. Актуальные вопросы гинекологии / Под. ред. Е.В. Коханевич. – К.: ООО «Книга-плюс», 2008. – 161 с.
4. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь. / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – Санкт-Петербург: ООО «Издательство Н-Л», 2008. – 452 с.
5. Біль І.А. Клініко-морфологічні та імуногістохімічні особливості експресії рецепторів естрогенів і прогестерону при лейоміомі, ендометріозі матки та їх поєднанні / І.А. Біль // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – № 1. – 2003. – С. 106–108.
6. Вдовиченко Ю.П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, А.Н. Панасенко // Репродуктивное здоровье женщины, № 3 (23). – 2005. – С. 72–76.
7. Венцьківська І.Б. Вибір тактики лікування при генітальному ендометріозі / І.Б. Венцьківська // Лікар. справа. – № 1. – 2000. – С. 85–86.
8. Вихляева Е.М. Эндометриоз: Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева, Б.И. Железнов. – М.: МИА, 2002; 487–570.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ВОСЬМИЛЕТНИЙ МАЛЬЧИК ПРИНЯЛ РОДЫ У МАМЫ

Героями не рождаются – ими становятся в ситуациях, требующих хладнокровия, выдержки и мужества. Все эти слова применимы не только к солдатам на войне, но и к обычным людям, часто сталкивающимися с экстраординарными ситуациями в нашу бурную эпоху.

Восьмилетний школьник из американского штата Оклахома с нетерпением ждал появления на свет маленького брата, но их первая встреча и знакомство произошли при необыкновенных обстоятельствах – Демарри Теннисон помог своему младшему братишке появиться на свет, когда у матери начались преждевременные и скоротечные роды.

Восьмилетний мальчуган с честью выдержал нелегкое испытание.

Демарри Теннисон (Demarry Tennyson), наверное, на всю жизнь запомнит ту ночь, когда ближе к утру он был разбужен мучительными стонами и вскриками своей матери Кимберли (Kimberly Tennyson). Женщина была беременна, но согласно всем подсчетам до родов было еще около месяца.

Когда у нее внезапно начались схватки, то Кимберли от шока позволила не в «скорую помощь», а почему-то своей бабушке Надин Роджерс (Nadine Rogers), которая тоже живет в городе Оклахома-Сити, там же где и Демарри и Кимберли Тенни-

соны. Старушка не растерялась, поскольку в свое время родила нескольких детей, и стала руководить процессом по телефону.

Отдав необходимые указания, бабушка стремглав бросилась к автомобилю, чтобы мчаться на помощь любимой внучке. Но когда она приехала в дом к Теннисонам, ее уже ждал сюрприз: новорожденный мальчик был вымыт, завернут в чистые полотенца, а пуповина была перерезана по всем правилам.

Всю работу акушера выполнил восьмилетний Демарри, который теперь с удовольствием нянчит братика.

<http://www.health-ua.org>