

Актуальні питання прекоцепційної підготовки жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі

М.В. Лянна

ДВНЗ «Ужгородський Національний Університет»
Ужгородський Міський Перинатальний Центр

У статті проаналізовані наслідки розродження вагітних з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі, яким призначено розроблений комплекс прекоцепційної підготовки після консервативної міомектомії: перші 3 міс – комбінований оральний контрацептив, що містить 2 мг діеногесту та 0,03 мг етинілестрадіолу, наступні 3 міс – препарат, що містить індол-3-карбінолу та епігаллокатехін-3-галлату.

Установлено достовірне покращення результатів розродження у цій групі пацієнток.

Ключові слова: лейоміома, патологія шийки матки, прекоцепційна підготовка, вагітність, пологи, післяпологовий період.

Лейоміома матки на сьогодні залишається однією із найактуальніших проблем сучасної гінекології та акушерства. Згідно з літературними даними, лейоміома разом із запальними процесами, в тому числі і шийки матки, є основною причиною невиношування та недоношування вагітності і перинатальної патології [1].

У сучасному українському суспільстві в умовах стабільно від'ємного співвідношення рівня народжуваності відносно показників загальної смертності, актуальність збереження кожної вагітності, забезпечення її сприятливих результатів для матері, народження в неї здорової дитини з високим потенціалом життєздатності, задекларовано на державному рівні [2]. Визначним положенням сьогодні є те, що зусилля медицини мають бути спрямовані на прегравідарний період, застосування реабілітаційних та лікувально-оздоровчих заходів [3].

Мета дослідження: визначити ефективність розробленої методики прекоцепційної підготовки у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Першу (I) основну групу склали 38 вагітних, яким у якості лікування лейоміоми матки в анамнезі застосовували консервативну міомектомію лапаротомним шляхом, а в терапії патології шийки матки (доброякісні процеси, дисплазія I і II ступеня) поетапно використовували протизапальне, гормональне та деструктивне (кріо- та радіохвильове) лікування. В якості прекоцепційної підготовки дана група жінок отримувала протягом 3 міс препарат, що містить 0,03 мг етинілестрадіолу та 2 мг діеногесту у режимі 21+7, а наступні 3 міс – препарат індол-3-карбінолу та епігаллокатехін-3-галлату по 2 таблетки двічі на день перорально у безперервному режимі. Теоретичним обґрунтуванням використання препарату, що містить етинілестрадіол та діеногест, є той факт, що дану патологію пов'язують з гормонзалежним характером росту. Зокрема, важлива роль у патогенезі лейоміоми матки належить порушенням гіпоталамо-

гіпофізарної системи, функції яєчників, надниркових залоз та щитоподібної залози. На підставі цих даних сформульовано теорію, що естрогени стимулюють локальну продукцію факторів росту, через які посилюється проліферація лейоміоми [4].

Обґрунтуванням використання препарату індол-3-карбінолу та епігаллокатехін-3-галлату є те, що ці речовини блокують патологічну проліферацію та пухлинний неогенез, активують апоптоз пухлинних клітин, а також справляють антибактеріальну та протизапальну дію. Основний механізм дії препарату полягає в його вираженій антиестрогенній дії. Препарат є протипухлинним та протівірусним засобом, що особливо важливо за наявності в анамнезі поєднання патології – лейоміоми та захворювань шийки матки.

Другу (II) основну групу склали 20 вагітних з консервативною міомектомією в анамнезі та терапією патології шийки матки, яким не проводили прекоцепційну підготовку у зв'язку з категоричною відмовою пацієнток або протипоказаннями до зазначених вище препаратів. Контрольна група – 10 здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Ведення вагітних проводили згідно з наказом МОЗ України № 417. Для досягнення поставленої мети використовували такі методи дослідження: загальне та спеціальне акушерське обстеження, ультразвукове оцінювання стану фетоплацентарного комплексу (фотометрія, доплерографія, плацентографія), оцінювання кардіограм та визначення рецидивування лейоміоми та темпів її росту шляхом ультразвукового дослідження (УЗ-апарат ALOKA SSb 3500 SX) в 10–12, 20–22 та 30–32-му тижнях гестації.

Результати досліджень оброблені методом варіаційної статистики з визначенням середніх величин і середньої помилки, різницю величин вважали достовірною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених в обох групах склав $30,4 \pm 2,1$ року. Обтяжений акушерський анамнез мав місце у переважної більшості пацієнток основних груп. Зокрема, мала місце висока частота самовільних абортів – 76,3% в I основній та 90% в II основній групах, передчасних пологів – 21% у I та 30% – у II, непліддя – 23,6% у I та 35% – у II, мертвородження в анамнезі – 10,5% у I та 10% – у II групі. В обидвох основних групах вагітні мали в анамнезі запальні процеси статевих органів – 63,2% в I та 55% – в II групі, кісти яєчників – 21% у I та 45% – у II групі, патологію щитоподібної залози діагностовано у 36,8% вагітних I та у 35% II групи, хронічна екстрагенітальна інфекційна патологія мала місце у 31,5% пацієнток I групи та у 45% II групи. Проведений аналіз репродуктивного та соматичного анамнезу свідчить про те, що вагітні з лейоміомою матки та патологією шийки матки

складають групу високого ризику щодо несприятливого перебігу вагітності та пологів.

У пацієнток I основної групи, щодо яких була застосована розроблена нами схема прекоцепційної підготовки, рецидиви росту лейоміоми матки мали місце у 10,5% випадків, при цьому розмір єдиного вузла у цих жінок не перевищував $1,5 \pm 0,2$ см. Вузол розміщувався інтерстиціально, без деформації порожнини матки. У жінок II основної групи до настання вагітності рецидив росту лейоміоми зафіксовано у 12 випадках спостереження (60%). При цьому, розмір вузла (єдиного чи домінантного) становив $2,9 \pm 0,4$ см. Вузли розміщувались інтерстиціально, а у 15% жінок виявили тенденцію до субмукозного їхнього росту. Установлені ознаки є свідченням того, що консервативна міомектомія не виліковує хворобу, а лише усуває її наслідки. При цьому, за відсутності впливу на головні патогенетичні механізми розвитку лейоміоми не можна сподіватися на добрі віддалені результати операції.

Про ефективність запропонованої нами прекоцепційної підготовки свідчать результати в I та II основних групах. При аналізі перебігу першої половини вагітності привертає увагу той факт, що частота загрози ранніх та пізніх самовільних абортів в I основній групі – 6 випадків (15,7%) достовірно не відрізнялись від контрольної – 2 випадки (10%), $p > 0,05$, але достовірно була меншою, ніж в II основній групі – 13 випадків (65%), $p < 0,05$. Вагітність завершилась у двох пацієнток II основної групи ранніми викиднями на 6–7-му та 11–12-у тижнях. У другій половині вагітності також відзначені ускладнення перебігу у значної кількості пацієнток II основної групи у порівнянні з I основною та контрольною групами. Так, частота пізніх гестозів достовірно частіше мала місце у вагітних II основної групи – 22,2%, ніж I основної групи – 7,8% та контрольної – 10% ($p < 0,05$).

Частота загрози переривання пологів у II основній групі також достовірно відрізнялася ($p < 0,05$) від такої в I основній та контрольній групах відповідно: 11 жінок (55%), 4 жінки (10,5%) та 1 (10%). Частота плацентарної дисфункції з розвитком затримки внутрішньоутробного росту плода (ЗВУР) мала місце у 2 (5,2%) вагітних I основної групи, що було достовірно менше, аніж в II основній групі, – 4 випадки (20%), $p < 0,05$.

Цікавим є також аналіз темпів росту лейоміоми у вагітних I та II основних груп, що мало вплив на перебіг гестаційного процесу. У 4 пацієнток I основної групи середній розмір єдиного вузла збільшився до $2,1 \pm 0,1$ см за весь період гестації. У той самий час у 10 жінок II основної групи до 38–39-го тижня вагітності середній розмір домінантного вузла склав $6,8 \pm 0,3$ см, що несприятливо впливало на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

У жінок I основної групи операція кесарева розтину ускладнилась гіпотонічною кровотечею у 3 випадках (7,8%), що, ймовірно, було пов'язано з народженням дітей, середня маса

тіла яких склала $4,150 \pm 0,138$ г. Інфекційно-запальні процеси в післяопераційний період діагностовано у 2 породілей (5,2%). Щодо пацієнток II основної групи, то кесареві розтин у 5 (25%) випадках ускладнився гіпотонічною кровотечею, та у 4 (20%) випадках – інфекційно-запальними процесами в післяопераційний період. Одній породіллі виконано екстирпацію матки без придатків у зв'язку з рецидивом кровотечі.

Таким чином, як свідчать результати наших досліджень, використання запропонованої методики прекоцепційної підготовки жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі дозволяє запобігти рецидивуванню пухлини в значної кількості пацієнток, зменшення темпів її росту під час вагітності, що в кінцевому рахунку, знижує частоту ускладнень вагітності (невиношування, недоношування, плацентарна дисфункція), пологів (інтраопераційні кровотечі) та післяпологового періоду (післяпологові кровотечі, інфекційно-запальні захворювання статевих органів).

ВИСНОВКИ

У жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки на етапі прекоцепційної підготовки доцільним є призначення препаратів, що запобігають рецидивуванню та росту пухлини при вагітності, тим самим покращуючи акушерські наслідки розродження.

Актуальные вопросы прекоцепционной подготовки женщин с лейомиомой и патологией шейки матки в анамнезе М.В. Лянна

В статье проведен анализ последствий родоразрешения беременных с лейомиомой и патологией шейки матки в анамнезе, для которых был разработан комплекс прекоцепционной подготовки после консервативной миомэктомии: первые 3 мес – комбинированный оральный контрацептив, который содержит 2 мг диеногеста и 0,03 мг этинилэстрадиола, последующие 3 мес – препарат, который содержит индол-3-карбинол и эпигаллокатехин-3-галлат.

Установлено достоверное улучшение результатов у этой группы пациенток.

Ключевые слова: лейомиома, патология шейки матки, прекоцепционная подготовка, беременность, роды, послеродовой период.

Actual Aspects Preconception Preparation in Women with Leyomyoma and Cervical Pathology in Anamnesis M.V. Lyanna

In Article the labour outcomes in pregnant with leyomyoma and cervical pathology in anamnesis whose preconception preparation included 2 mg dinogest with 0,03 mg ethynilestradiol daily for 3 months and 4 tablets of Myomin daily for next 3 ones are analysed. In this group of patients the results of labour are usually better than in other.

Key words: leyomyoma, cervical pathology, preconception preparation, pregnancy, labour, puerperal period.

Сведения об авторе

Лянна Марьяна Васильевна – Ужгородский перинатальный центр, Закарпатская обл., 88000, г. Ужгород, ул. Генерала Свободы, 7/51; тел.: (099) 257-78-80. E-mail: mary_anna777@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамьян Л.В. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки / Л.В. Адамьян, Э.Р. Ткаченко, С.И. Киселев, А.Х. Гайдарова //Практичес-

кая гинекология/ Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилипской. – М.: Мед-пресинформ. – 2001. – С. 89–115.
2. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки /Е.М. Вихляева. – М.: Мед-

пресинформ. – 2004. – С. 755.

3. Гладчук І.З. Репродуктивні наслідки у жінок, які перенесли консервативну міомектомію /І.З. Гладчук, О.Я. Назаренко //Репродуктивне здоров'я жінки. – 2005. –

Т. 3 (23). – С. 104–106.

4. Назаренко Л.Г. Актуальні уявлення щодо проблеми невиношування вагітності /Л.Г. Назаренко //Жіночий лікар. – 2013. – № 1 (45). – С. 36–42.

Статья поступила в редакцию 28.05.2013