

Профілактика невиношування вагітності та перинатальної патології у жінок з лейоміомою матки

О.В. Горбунова, Н.В. Рукомедя

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з міомою матки складають групу високого ризику щодо розвитку невиношування вагітності і подальшої перинатальної патології. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє знизити частоту невиношування і перинатальної патології, що дає нам підставу рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я. **Ключові слова:** невиношування, перинатальна патологія, лейоміома матки.

Невиношування вагітності є однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я в усьому світі. При цьому частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25% [1, 2]. Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених профілактиці і лікуванню невиношування, частота передчасних пологів складає 5–10% [3–5].

Невиношування вагітності – це універсальна, інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виражене неблагополуччя в стані здоров'я вагітної, внутрішньоутробного плода, довкілля і багатьох інших чинників. В умовах адаптації до вагітності найяскравіше виявляється єдність нервової і гуморальної регуляції, контрольована симпатoadrenalовою системою, яка забезпечує організм жінки створенням достатніх енергетичних ресурсів в умовах внутрішнього і зовнішнього середовища, що змінилося [6–7].

Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають початкові фонові гінекологічні захворювання, особливо ендокринного генезу. Успіхи сучасної ендокринної гінекології до теперішнього часу створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи і забезпечили можливість глибокого розуміння механізмів невиношування вагітності і перинатальної патології на тлі різних варіантів лейоміоми матки [8–9].

Останніми роками в структурі генітальної патології особливо місце посідає лейоміома матки, при цьому пацієнтки значно помолодшали, а клінічна картина носить моносимптомний характер з вираженими порушеннями менструальної функції [1, 3]. У той самий час, вагітні з лейоміомою матки мають підвищений ризик розвитку різних акушерських і перинатальних ускладнень, особливо невиношування вагітності, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

У той самий час, патогенез невиношування на тлі лейоміоми матки вивчений недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану плода і новонародженого залежно від початкових особливостей дисгормональних порушень. Крім того, відсутні дані про диференційований підхід до профілактики невиношування вагітності з урахуванням основних клінічних варіантів і локалізації лейоміоми матки.

Мета дослідження: зниження частоти невиношування та перинатальної патології у жінок з лейоміомою матки на підставі вивчення особливостей функціонального стану фетоплацентарного комплексу, системного імунітету та гомео-

стазу, а також удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

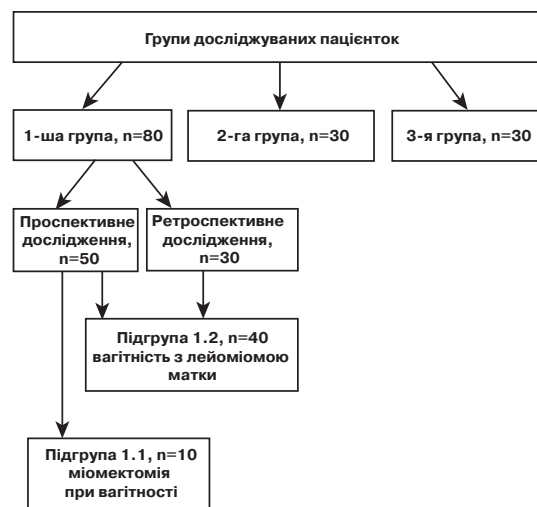
Відповідно до мети і завдань дослідження в роботу були включені 140 вагітних, які склали 3 групи спостережень (малюнок).

Першу (1-шу) групу склали 80 вагітних з лейоміомою матки, включаючи 30 пацієнток, перебіг вагітності і пологів яких було відстежено ретроспективно. У 1-й групі виділена підгрупа 1.1 з 10 пацієнток тих, які перенесли консервативну міомектомію при вагітності, і підгрупа 1.2 – 40 жінок, що продовжили виношування вагітності з лейоміомою матки, а також ретроспективну підгрупу з 30 пацієнток. Другу (2-гу) групу склали 30 вагітних, що перенесли міомектомію до настання цієї вагітності. Третю (3-ю) групу склали 30 вагітних, що не мають лейоміоми матки, з неускладненим перебігом вагітності.

Середній вік пацієнток в досліджуваних групах представлений в таблиці.

До настання цієї вагітності лейоміома матки діагностована в 51 (63,8%), під час вагітності у 29 (36,3%) жінок. Субсерозна локалізація вузлів мала місце в 26 (32,5%), інтерстиціальна – у 54 (67,5%) пацієнток. Множинні вузли (більше трьох) діагностовані у 43 (53,8%) жінок. У 2 (2,5%) пацієнток вузол деформував порожнину матки. У 37 (46,3%) жінок вузли розташовувалися по передній стінці, в 29 (36,2%) – по задній, в 12 (15,0%) – вузли розташовувалися в області дна матки. Атипове розташування вузлів (в області перешийка матки) відзначене в 10 (12,5%) випадках. Діаметр міоматозних вузлів до 50 мм виявлений у 18 (22,5%), від 50 до 100 мм – у 41 (51,3%), більше 100 мм – у 21 (26,2%) пацієнтки.

З метою зниження частоти невиношування і перинатальної патології у жінок з лейоміомою матки ми вдоскона-



Структура досліджуваних груп вагітних жінок

Середній вік досліджуваних пацієнок (M±m)

Показник	1-ша група, n=80	2-га група, n=30	3-тя група, n=30
Вік	33,28±0,75	33,16±0,83	32,6±0,86

лили алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів:

– у I триместрі при первинному зверненні у пацієнтки обов'язково визначали динаміку зростання пухлини за період спостереження до і при даній вагітності; проводили ультразвукове дослідження – УЗД (уточнення локалізації, розмірів, стану міоматозних вузлів); ендокринологічне обстеження (вміст естріолу та прогестерону) і профілактичне використання гестагенів;

– у II триместрі обов'язкове проведення УЗД: у терміні 14–15 тиж для уточнення динаміки міоматозних вузлів і рішення питання про можливе оперативне лікування; у 22 тиж: оцінювання внутрішньоутробного стану плода, матково-плацентарного комплексу, виявлення ознак розвитку плацентарної дисфункції. При множинній лейоміомі матки, поєднанні локалізації плаценти і лейоміоми матки по одній стінці, ознак плацентарної дисфункції необхідна госпіталізація для проведення курсу терапії, спрямованої на її корекцію і профілактику переривання вагітності: використання гексопреналіну сульфатану, препаратів магнію сульфату, антиагрегантів та спазмолітиків;

– у III триместрі необхідно УЗД в терміні 28–29 тиж; курс корекції плацентарної дисфункції (28–30 тиж) в умовах стаціонару і допологова госпіталізація в терміні 36 тиж для підготовки до пологів і визначення способу розродження;

– при вирішенні питання про спосіб розродження у пацієнок з міомою матки слід враховувати вік жінки, акушерський анамнез, характер і розташування вузла міоми, а також перебіг даної вагітності і стан плода.

Оцінювання ефективності вдосконаленого нами алгоритму проведено на прикладі проспективного дослідження перебігу вагітності 50 вагітних з лейоміомою матки, включаючи підгрупу 1.1 – 10 жінок, які перенесли міомектомію при вагітності, 1.2 – 40 жінок з міомою матки і без оперативного лікування (проспективна група), при веденні яких застосовували тактику викладену вище, і 30 вагітних з лейоміомою матки, перебіг вагітності яких відстежений ретроспективно (2-га група).

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, ендокринологічні, імунологічні, біохімічні та статистичні методи дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТАЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними анатома-функціональними особливостями міоматозних вузлів у вагітних є:

Профилактика невынашивания беременности и перинатальной патологии у женщин с лейомиомой матки

О.В. Горбунова, Н.В. Рукомед

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки с лейомиомой матки составляют группу высокого риска по развитию невынашивания беременности и перинатальной патологии. Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет снизить частоту невынашивания и перинатальной патологии, что дает нам основание рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: невынашивание, перинатальная патология, лейомиома матки.

– переважання інтерстиціальних вузлів (67,5%) в порівнянні з субсерозними (32,5%);

– у кожному другому випадку (53,8%) мають місце множинні (більше 3) міоматозні вузли;

– найчастіше міоматозні вузли розташовуються в області передньої (46,3%) і задньої стінок (36,2%) в порівнянні з розташуванням в області дна (15,0%) і перешийка матки (12,5%);

– діаметр міоматозних вузлів до 50 мм зустрічається в 22,5%; від 50 до 100 мм – в 51,3% і більше 100 мм – в 26,2% спостережень.

Клінічний перебіг вагітності у жінок з лейоміомою матки характеризується високою частотою (92,5%) загрози переривання вагітності в I триместрі, що призводить до мимовільного її переривання в 7,5% випадків. У II триместрі частота загрози переривання і передчасних пологів складає 36,5%, а в III триместрі – основним ускладненням є плацентарна дисфункція (39,2%) і затримка розвитку плода (23,6%).

Частота передчасних пологів у жінок з лейоміомою складає 6,8%, а основними причинами даного ускладнення є передчасний розрив плодових оболонок на тлі загрози переривання вагітності і плацентарної дисфункції.

Жінок з лейоміомою матки розроджують абдомінальним шляхом в 23,7% випадків, а основними свідченнями є дистрес плода на тлі плацентарної дисфункції і затримки розвитку, а також передчасний розрив плодових оболонок при неготових шляхах.

Перинатальні результати розродження жінок з лейоміомою матки характеризуються високою частотою респіраторного дистрес-синдрому (6,8%), асфіксії новонароджених середнього і важкого ступеня (10,2%) і постгіпоксичної енцефалопатії (15,8%).

Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє попередити мимовільне переривання вагітності в I триместрі, знизити частоту плацентарної дисфункції в 2,0 разу, передчасних пологів – в 1,9 разу і перинатальної патології – в 2,8 разу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки з лейоміомою матки складають групу високого ризику щодо розвитку невиношування вагітності і подальшої перинатальної патології. Використання вдосконаленого нами алгоритму дозволяє знизити частоту невиношування і перинатальної патології, що дає нам підставу рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Preventive maintenance incompetence pregnancy perinatal pathologies at women with leiomyoma of uterus

O. V. Gorbunova, N. V. Rukomeda

Results of the spent researches testify that patients with leiomyoma of uterus make group of high risk on development incompetence pregnancy and perinatal pathologies. Use of the algorithm improved by us allows to lower frequency incompetence and perinatal pathologies that gives to our the grounds recommend it for wide use in practical public health services.

Key words: incompetence, perinatal pathology, leiomyoma of uterus.

Сведения об авторах

Горбунова Ольга Владимировна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 352-93-98. E-mail: olga.g@ukr.net

Рукомед Наталия Владимировна – Медицинская клиника «Надия», 03037, г. Киев, ул. Максима Кривоноса, 19-а; тел.: (050) 699-20-19. E-mail: Rukomeda.nat@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кирющенко А.П. Миома матки / А.П. Кирющенко // Врач. – 2012. – С. 2–5.
2. Брехман Г.И. Миома матки: психосоматические аспекты, консервативное лечение и профилактика / Г.И. Брехман, Б.Ф. Мазорчук. – М., 2009. – 220 с.
3. Parcker W. Patient selection for laparoscopic myomectomy / W. Parcker I. Rodi // J. Ass Gynecol. Laparosc. – 2010. – Vol. 2. – P. 23.
4. Морфологические критерии быстрого роста лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста / Н.И. Кондриков, Л.С. Ежова, Л.А. Беляева [и др.] // Акуш. и гинеколог. – 2012. – № 2. – С. 51–54.
5. Cobellis L. Comparison of intramural myomectomy scar after laparotomy or laparoscopy / Cobellis L., Pecori E., Cobellis G. // Int J Gynaecol Obstet. – 2014. – Vol. 84 (1). – P. 87–93
6. Ligon A H. Genetics of uterine leiomyomata. Genes Chromosomes / A.H. Ligon, C.C. Morton // Genetics of uterine leiomyomata. Genes Chromosomes Cancer. – 2014. – Vol. 28. – P. 235–245.
7. Miller C.E. Myomectomy. Comparison of open and laparoscopic techniques / C.E. Miller // Obstet Gynecol Clin North Am. – 2010. – Vol. 27 (2). – P. 407–420.
8. Кулова Ф.Т. Проллиферативная активность интерфазных ядер слизистой матки у больных с железистой гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки и аденомиозом: сб. науч. трудов к 60 летию ГКБ № 13 «Актуальные вопросы практической медицины» / Ф.Т. Кулова, А.М. Торчинов, М.М. Умаханова. – М.: РГМУ, 2010. – С. 294–304.
9. Samsioe G. Medical and surgical strategies for treating urogynecological disorders / G. Samsioe // Int. J. Fertil. – 2013. – Vol. 41. – P. 135–141.

Статья поступила в редакцию 08.12.2014

СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»
ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА
DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI)
СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF

CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

Адрес для переписки: ООО «Эксперт ЛТД», а/я 32, г. Киев 210, 04210, Украина;
контактный телефон редакции +38 044 2302719; +38 044 4637019
сайт www.medexpert.com.ua
email: pediatr@medexpert.com.ua
контактное лицо: Шейко Ирина Александровна