

Профілактика та лікування акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з аденоміозом

Н.Я. Скрипченко, О.М. Павлова

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Мета дослідження: зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з аденоміозом в анамнезі на підставі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Проведено клініко-лабораторний і функціональний аналіз спостережень за 60 вагітними пацієнтками з аденоміозом, яких було розподілено на дві групи: групу порівняння – 30 пацієнток, які отримували загальноприйнятну лікувально-профілактичну терапію, і основну групу – 30 жінок, яких проводили за удосконаленням нами алгоритмом прегравідарної підготовки та ведення вагітності (гормональна терапія, контроль і корекція стану біоти піхви, корекція метаболічних процесів та порушень системи згортання крові, дієтотерапія за запропонованою нами методикою, корекція психоемоційних порушень, дозовані фізичні навантаження). Тридцять здорових вагітних увійшли до контрольної групи.

Результати. Використання удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту плацентарної дисфункції, прееклампсії, передчасних пологів, аномалій пологової діяльності, внутрішньоутробного інфікування та дистресу плода, а також нормалізувати психоемоційний стан вагітних, що у сукупності покращує акушерські та перинатальні наслідки розродження.

Заключення. Запропонований алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я у жінок з аденоміозом і може широко застосовуватися у практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: аденоміоз, вагітність, акушерські та перинатальні ускладнення, профілактика, лікування.

Ендометріоз – мультиетіологічне гінекологічне захворювання, яке виявляють у 10–15% жінок репродуктивного віку і яке досить часто проявляється тазовим больовим синдромом та безплідністю [1, 2, 10, 11]. Дане захворювання суттєво знижує якість життя жінки, інколи навіть до інвалідизації та вимушеного видалення матки в особливо тяжких випадках для подолання больового синдрому, впливає на психоемоційний стан, відповідно являючи собою значущу медико-соціальну проблему.

Серед жінок, які страждають на безплідність, за даними різних авторів, приблизно у 60–80% виявляють генітальний ендометріоз [4, 8, 9, 12, 13].

Завдяки широкому спектру сучасних діагностичних та лікувальних методик відновлення репродуктивної функції є можливим, застосування допоміжних репродуктивних технологій сприяє настанню вагітності у випадках тяжких форм генітального ендометріозу [3, 5, 7].

Самостійне настання вагітності є можливим, проте існує однаково високий ризик ускладнень як для природних вагітностей, так і для вагітностей, що настали у результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, у жінок з

генітальним ендометріозом: зростає ризик передчасних пологів, частота прееклампсій, невиношувань, викиднів на пізніх термінах вагітності вища, у них частіше діагностують передлежання та часткове або повне прирощення плаценти.

Існує велика кількість наукових праць, які стосуються аденоміозу та ендометріозу в цілому, проте необхідна чітка систематизація отриманих знань, вироблення алгоритмів спостереження, профілактики та лікування вагітних з аденоміозом для запобігання ускладнень та акушерських чи перинатальних втрат, покращання якості життя жінок.

Усе, викладене вище, є чітким обґрунтуванням актуальності вибраного наукового напрямку.

Мета дослідження: зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з аденоміозом в анамнезі на підставі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети було проведено ретроспективний аналіз перебігу захворювання у 200 жінок з аденоміозом до вагітності, яким було встановлено діагноз гістероскопічно. У подальшому проведено клініко-лабораторний і функціональний аналіз спостережень за 60 пацієнтками з аденоміозом в анамнезі, яких було розподілено на дві групи: групу порівняння – 30 пацієнток, які отримували загальноприйнятну лікувально-профілактичну терапію, і основну групу – 30 жінок, яких проводили за удосконаленням нами алгоритмом прегравідарної підготовки та ведення самої вагітності. Також проведено клініко-лабораторний і функціональний аналіз спостережень за 30 здоровими вагітними, які увійшли до контрольної групи.

Загальноприйнятну лікувально-профілактичну терапію проводили відповідно до існуючих наказів та протоколів МОЗ України [6].

З метою зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень у жінок з аденоміозом в анамнезі було запропоновано наступну тактику:

- гормональна терапія: мікронізований прогестерон по 100 мг двічі на добу до 36 тиж для лікування загрози переривання вагітності або загрози передчасних пологів;
- контроль і корекція стану біоти піхви;
- терапія, спрямована на корекцію метаболічних процесів: L-аргініну гідрохлорид з 28 тиж по 100 мл на добу під контролем біохімічних показників;
- корекція порушень системи згортання крові низькомолекулярними гепаринами у випадку розвитку гіперкоагуляційного синдрому та плацентарної дисфункції;
- дієтотерапія за запропонованою нами методикою: споживання їжі 5 разів на день, часовий проміжок між прийомами їжі не перевищує 4 год, остання страва – не пізніше 19:00, об'єм м'яса (виключивши жирні сорти) – до 200 г на день, збільшити об'єм овочів – дві овочеві страви на день, одна обов'язкова фруктова страва на день, перевагу надавати органічній їжі (для

зменшення шкідливого впливу пестицидів), рослинній олії, максимально зменшити споживання цукру, солодкого, штучних напоїв, виключити алкоголь, каву (з метою зниження рівня власного естрогену, фіто- та ксеноестрогенів);

– корекція психоемоційних порушень (розроблений комплекс включав індивідуальні первинну консультацію і подальші бесіди з психологом інституту у терапевтичних цілях, спрямованих на зниження психоемоційного напруження; призначення натуропатичної седативної терапії (екстракт валеріани лікарської по 1 таблетці 3 рази на день per os, екстракт пасифлори по 1 таблетці 3 рази per os або комплексні седативні натуропатичні препарати в аналогічних дозах);

– дозовані фізичні навантаження (йога для вагітних та прогулянки на свіжому повітрі за відсутності загрози переривання вагітності та загрози передчасних пологів) з метою покращання процесів обміну.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, функціональні, мікробіологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати ретроспективного аналізу свідчать, що порушення репродуктивної функції у жінок з аденоміозом діагностують у віці $32,7 \pm 3,4$ року, у структурі переважає вторинна безплідність (80,0%) порівняно з первинною (20,0%) із середньою тривалістю $5,1 \pm 2,1$ року. Аденоміоз 1-го ступеня становить 82,0% порівняно з 2-м ступенем – 18,0% відповідно. Безплідність у жінок з аденоміозом розвивається на тлі:

– патології ендометрія (гіперплазія – 92,6% та поліпи – 7,4%);

- різних порушень менструальної функції (92,0%);
- дисгормональних захворювань грудних залоз (68,0%);
- хронічних запальних процесів органів малого таза (66,0%).

Частота відновлення репродуктивної функції у жінок з аденоміозом при використанні удосконаленого нами алгоритму становить 36,0% (проти 31,0% – при загальноприйнятій методиці), рівень використання допоміжних репродуктивних технологій дорівнював 58,3% (80,6% – при загальноприйнятій методиці).

Середній вік жінок з аденоміозом коливався у межах 31–32 років (група порівняння – $31,8 \pm 2,2$ року і основна група – $31,2 \pm 2,1$ року), при тому, що у контрольній групі цей показник становив $29,3 \pm 2,1$ року.

Під час вивчення тривалості основного захворювання відзначено, що цей показник був ідентичний в основній групі і групі порівняння і становив $3,5 \pm 0,3$ року.

Серед використовуваних лікувально-профілактичних заходів необхідно зазначити застосування антибактеріальної і протизапальної терапії у всіх випадках, а крім того, високу частоту різноманітних варіантів гормональної корекції (група порівняння – 83,3% і основна група – 86,7%), у контрольній групі гормональної корекції потребувало лише 13,3% вагітних. Отримані результати свідчать про істотні складності під час ведення жінок з аденоміозом, що було зумовлено тривалістю захворювання, вираженою клінічною симптоматикою і використанням цілого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Підтвердженням особливостей клінічного перебігу гестаційного періоду є високий рівень різноманітних ускладнень під час розродження, причому всі ці ускладнення є взаємозалежними:

- передчасний розрив плодових оболонок (контрольна група – 6,7%, група порівняння – 33,3% і основна група – 13,3%);
- передчасні пологи (група порівняння – 20,0% і основна група – 6,7%);
- аномалії пологової діяльності (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 20,0% і основна група – 6,7%);

– дистрес плода (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 20,0% і основна група – 13,3%);

– акушерські кровотечі (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 13,3% і основна група – 6,7%).

Серед різноманітних видів допомоги і оперативних втручань у контрольній групі було чотири (13,3%) випадки пологодимпульсації, один (3,3%) випадок програмованих пологів і два (6,7%) випадки операції кесарева розтину. Порівняно з цим у жінок групи порівняння на тлі високого ступеня перинатального ризику та більшого відсотку ускладнень під час вагітності та пологів відзначений високий рівень кесаревих розтинів (80,0%). У структурі показань до кесарева розтину також були наявні певні розбіжності між контрольною групою і групою жінок з аденоміозом в анамнезі. Так, якщо у контрольній групі по одному випадку було зафіксовано дистрес плода і аномалії пологової діяльності відповідно, то у вагітних групи порівняння були наступні показання – серед 24 (80,0%) випадків абдомінального розродження було 10 (41,7%) випадків поєднання тривалої безплідності (більше 3 років) та плацентарної дисфункції; 6 (25,0%) випадків аномалій пологової діяльності; 6 (25,0%) випадків дистресу плода та 2 (8,3%) випадки наявності рубця на матці після попередніх оперативних втручань.

Згідно з отриманими даними, випадків перинатальних втрат у групі контролю, групі порівняння та основній групі зафіксовано не було. Практично всі новонароджені групи контролю (93,3%) народились у задовільному стані з показником за шкалою Апгар 8–10 балів. Порівняно з цим у групах жінок з аденоміозом цей показник був дещо нижче – 7–9 балів (група порівняння – 80,0% і основна – 86,7%). У жінок з аденоміозом була дещо вищою частота інтраамніонального інфікування (контрольна група – 0%, група порівняння – 20,0% і основна група – 3,3%) і затримки внутрішньоутробного розвитку плода (контрольна група – 6,7%, група порівняння – 33,3% і основна група – 13,3%).

Серед усіх методів дослідження найбільш інформативним на ранніх термінах вагітності є ультразвукова діагностика. Дослідження щодо вивчення сонографічних особливостей фетоплацентарного комплексу у жінок із аденоміозом в анамнезі проводили у II–III триместрах вагітності.

Під час оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу під час вагітності були вивчені основні клініко-лабораторні і функціональні показники у терміни 18–20, 28–30 і 38–40 тиж у зв'язку з особливостями даного стану, що виявляють у жінок з аденоміозом в анамнезі.

Згідно з отриманими даними, у жінок з аденоміозом вже у 18–20 тиж вагітності у групі порівняння діагностовано асиметричну форму затримки розвитку плода (13,3%), бради- (13,3%) і тахікардію (13,3%). Під час вивчення основних показників плацентографії і кількості навколоплідних вод у цей гестаційний термін відзначено у 13,3% спостережень випередження дозрівання плаценти на 1 позицію терміна гестації у пацієнток групи порівняння. Крім того, зафіксовано по чотири (13,3%) випадки багато- і маловоддя у цій групі. Зазначених вище порушень у контрольній та основній групах не виявлено.

Відомо, що вже у передімплантаційний період на стадії бластоцисти клітини зародка секретують прогестерон, естрадіол та хоріонічний гонадотропін, що має велике значення для нідації. У процесі органогенезу гормональна активність плаценти зростає. Згідно із сучасним уявленням, фізіологічний перебіг періоду гестації і нормальний розвиток плода забезпечується комплексом гормональних змін, які розвиваються у системі мати–плацента–плід, що формується під час прогресуючої вагітності.

Кількісне визначення гормонів цієї системи та провідних інтерлейкінів є основою для виявлення порушення функцій фетоплацентарного комплексу і стану плода. У зв'язку із за-

значеним викликають інтерес дані про гормональні зміни та зміни рівня інтерлейкінів у вагітних з аденоміозом в анамнезі.

Згідно з отриманими даними, у вагітних із аденоміозом в анамнезі і загальноприйнятими лікувально-профілактичними заходами (група порівняння) починаючи з 18-го тижня відзначали достовірне зниження щодо контрольної групи секреції естріолу (контрольна група – $30,5 \pm 1,2$, група порівняння – $20,4 \pm 2,2$ і основна група – $31,2 \pm 2,2$), прогестерону (контрольна група – $202,7 \pm 5,7$, група порівняння – $162,7 \pm 5,7$ і основна група – $200,3 \pm 8,4$) та інтерлейкіну-6 (контрольна група – $10,9 \pm 1,2$, група порівняння – $7,8 \pm 0,8$ і основна група – $10,2 \pm 1,0$) при одночасному підвищенні також стосовно контрольної групи рівня ФПН- α (контрольна група – $9,8 \pm 1,2$, група порівняння – $13,8 \pm 1,3$ і основна група – $9,9 \pm 1,1$). Клінічно це проявлялось у пацієток групи порівняння наявністю симптомів загрози переривання вагітності. Синхронне зниження рівня цих трьох показників спостерігалось при загрозі переривання вагітності на тлі кров'яних виділень. Використання удосконаленого нами алгоритму в основній групі дозволило попередити порушення ендокринної системи та цитокінового статусу, що підтверджується відсутністю достовірних розбіжностей між основною та контрольною групами за усіма показниками. Це дає підстави захищати вагітних з аденоміозом в анамнезі до групи ризику розвитку плацентарної дисфункції. У зв'язку з цим гормонодіагностика функціонального стану фетоплацентарного комплексу повинна бути рекомендована всім вагітним із аденоміозом в анамнезі.

Аналізуючи отримані дані, треба зазначити, що у 28–30 тиж частота асиметричної форми затримки розвитку плода зростає (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 20,0% і основна група – 3,3%); порушення серцевої діяльності плода у контрольній групі не діагностували, а виявляли у 20,0% спостережень у групі порівняння і у 3,3% – в основній групі. Тільки у групі порівняння фіксували субкомпенсовані форми порушень дихальних рухів плода (13,3%), його рухової активності (13,3%) і тонусу (13,3%). Дуже показовим є те, що у цих жінок відбулися перчасні пологи у 32–33 тиж макроскопічно інфікованим плодом.

Зміни з боку плаценти і навколоплідних вод у вагітних із аденоміозом в анамнезі мали більш виражений характер порівняно з попереднім терміном обстеження: частота передчасного дозрівання плаценти зростає до 20,0% у групі порівняння і до 6,7% – в основній групі. У 13,3% пацієток групи порівняння діагностували поєднане виснаження плаценти і випередження дозрівання. Порушення об'єму навколоплідних вод фіксували тільки у групі порівняння (20,0%).

Гемодинамічні порушення у цей термін гестації характеризувалися (тільки у групі порівняння щодо контрольної групи) посиленням кровотоку в артерії пуповини ($p < 0,05$) і в маткової артерії ($p < 0,05$) на тлі зниження кровотоку у серединномозковій артерії плода ($p < 0,05$). В основній групі достовірні розбіжності щодо контрольної групи були відсутні ($p > 0,05$).

Стосовно ендокринних змін у 28–30 тиж вагітності, треба зазначити, що незалежно від методики лікувально-профілактичних заходів під час вагітності у пацієток основної групи та групи порівняння відзначено достовірне зниження вмісту естріолу (контрольна група – $99,3 \pm 2,8$, група порівняння – $88,3 \pm 4,2$ і основна група – $88,3 \pm 4,2$) і прогестерону (контрольна група – $581,2 \pm 23,5$, група порівняння – $411,8 \pm 21,5$ і основна група – $412,5 \pm 18,4$). Інші показники ендокринного статусу були достовірно змінені лише у групі порівняння і характеризувалися зниженням хоріонічного гонадотропіну (контрольна група – $15,3 \pm 2,7$, група порівняння – $10,9 \pm 1,3$ і основна група – $14,9 \pm 0,9$) і плацентарного лактогену (контрольна група – $235,4 \pm 10,2$, група порівняння – $203,2 \pm 11,4$ і основна група – $228,4 \pm 11,6$) при одночасному збільшенні вмісту кортизолу (контрольна група – $628,6 \pm 18,4$, група порівняння – $931,5 \pm 17,9$ і основна група – $622,2 \pm 16,6$).

Напередодні розродження показники функціонального стану плода характеризувалися високою частотою затримки розвитку плода (контрольна група – 6,7%, група порівняння – 33,3% і основна група – 16,7%); порушень серцевого ритму (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 20,0% і основна група – 13,3%), суб- і декомпенсованих порушень дихальних рухів плода (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 33,3% та основна група – 13,3%) і рухової активності плода (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 33,3% і основна група – 13,3%); а також змінами з боку тонусу плода (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 20,0% і основна група – 13,3%).

Під час оцінювання основних змін з боку плаценти і об'єму навколоплідних вод виявлено підвищення частоти передчасного дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрія у зоні плацентарної (контрольна група – 6,7%, група порівняння – 20,0% і основна група – 13,3%) і поєднання виснаження плаценти з випередженням дозрівання (тільки у групі порівняння – 13,3%) та високого рівня маловоддя (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 13,3% і основна група 3,3%) і багатоводдя (контрольна група – 3,3%, група порівняння – 13,3% і основна група – 3,3%).

Ураховуючи описані вище зміни у пацієток, які отримували загальноприйнятими лікувально-профілактичними заходами, було відзначено подальшу зміну матково-плацентарно-плодової кровотоку, що підтверджується зниженням коефіцієнта достовірності з 0,05 у 28–30 тиж до 0,01 напередодні розродження. Порівняно з цим у жінок, які отримували лікування за удосконаленою нами методикою, зміни гемодинаміки мали достовірний, але не такий виражений характер ($p < 0,05$).

Отримані дані свідчать, що характер ендокринологічних порушень у пацієток з аденоміозом в анамнезі, які отримували загальноприйнятими лікувально-профілактичними заходами, також змінився у бік прогресивного зменшення рівня естрадіолу ($p < 0,01$) і хоріонічного гонадотропіну ($p < 0,01$) і збільшення вмісту кортизолу ($p < 0,01$), а решта показників були однаково знижені як в основній групі, так і у групі порівняння щодо контрольної групи ($p < 0,05$). Показники цитокінового статусу залишалися достовірно зміненими при використанні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів у групі порівняння щодо контрольної групи ($p < 0,05$). В основній групі показники цитокінового статусу не мали достовірних розбіжностей стосовно контрольної групи ($p > 0,05$).

Отже, функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок з аденоміозом в анамнезі, які отримували загальноприйнятими лікувально-профілактичними заходами, характеризується високим рівнем порушень з боку функціонального стану плода, плаценти і об'єму навколоплідних вод на тлі виражених гемодинамічних та ендокринних порушень, в основному субкомпенсованого характеру, але у низці випадків – і декомпенсованими змінами, що призвело до високої частоти оперативного розродження у цій групі.

Результати проведених мікробіологічних досліджень свідчать, що до спектра виділеної мікрофлори входить 12 видів бактерій. Найчастіше у складі асоціацій виявляли стафілокок епідермальний та кишкову паличку, стафілокок епідермальний та гриби роду Кандіда. Серед виділених видів кокової мікрофлори з найбільшою частотою висівали стафілокок епідермальний та різні види стрептокока; ентеробактерії у складі асоціації найчастіше були представлені кишковою паличкою або клебсієлою. Зі значною частотою висівали коринебактерії. Частота виявлення грибів роду Кандіда становила 26,7–36,7%. Негативне значення має контамінація статевих органів гемолітичним стафілококом та стафілококом епідермальним з гемолітичними властивостями. Частота виявлення цих видів бактерій була 26,7%. Дані види мікроорганізмів мають фактори вірулентності: ендотоксини, різні ферменти (муциназа, еластаза, колагеназа, нейрамінідаза), що сприяють їхній інвазії у тканини та виникненню запальної

реакції. Наявність бактерій, які мають патогенні властивості, супроводжується вивільненням різних клітин лімфо- і монокінів, інтерферонів, туморнекротичного фактора та інших речовин, які потенціюють індукцію пологів.

Для лікування застосовували препарати широкого спектра дії (з антибактеріальною та антимікотичною дією, оскільки виключно бактеріального вагінозу або кандидозного вагініту без бактеріальної флори виявлено не було) у формі вагінальних супозиторіїв для уникнення системного впливу на організм вагітної. Курс лікування тривав від 6 до 12 днів залежно від типу збудника та його титру, а також призначали пробіотик, до складу якого входять спеціальні лактобактерії (*B.coagulans*) у формі спор (120 млн). Додатково до його складу включено вітаміни B_9 (1,5 мг) і B_{12} (15 мкг), які створюють сприятливі умови для відновлення клітин слизової оболонки кишечника і особистої корисної мікрофлори. Після лікування призначали додаткове обстеження для перевірки ефективності лікування.

У зв'язку з тим, що сучасне життя характеризується прискоренням темпу, інформаційним перевантаженням, екологічними змінами, зростанням емоційного перенапруження та іншими факторами, вагітність також може бути одним із чинників емоційного дисбалансу: тривалий стрес, зумовлений страхом закінчення вагітності, може виснажувати адаптаційні резерви жіночого організму. У літературі є небагато робіт, присвячених цьому питанню, вони в основному стосуються невагітних жінок, тому важливо вивчити психологічний профіль вагітних з аденоміозом. З огляду на те, що нервово-психічне напруження спричинює вегетативні порушення і посилення функції надниркових залоз, організм відповідає на стресові ситуації синтезом гормонів і медіаторів стресу, які є маркерами його адаптаційних можливостей. Вивчення рівнів цих гормонів має особливе значення.

Отримані результати досліджень свідчать, що 85% вагітних з аденоміозом мають виражену симптоматику: у них фіксували скарги на підвищені втомлюваність і дратівливість, порушення сну, нестійкість настрою, плаксивість, зниження працездатності. Підвищений рівень тривожності у зв'язку з можливістю передчасних пологів або їхнього несприятливого закінчення відзначали у 62% жінок із аденоміозом. Серед здорових жінок із фізіологічним перебігом вагітності тільки 2 (6,7%) мали скарги невротичного характеру, і в цілому профіль особи здорових вагітних характеризується психічною рівновагою, емоційною стійкістю і низьким ступенем занепокоєння.

Отримані результати свідчать про значні зміни у показниках стресостійкості у вагітних з аденоміозом у разі виникнення загрози передчасних пологів. З отриманих даних встановлено, що у здорових вагітних спостерігається високий рівень індексу стресостійкості – 50% і помірний рівень – 30%. У вагітних з аденоміозом високий рівень відзначений лише у

2 (3,3%) жінок і помірний – у 14 (23,3%). Показник низького рівня стресостійкості у жінок основної групи та групи порівняння становив 73,3% (44 вагітних).

Відхилення у психоемоційному стані у жінок з аденоміозом в анамнезі і загрозою передчасних пологів супроводжувалося порушеннями вмісту стресових гормонів: у вагітних з аденоміозом показники концентрації кортизолу, серотоніну і адреналіну характеризуються підвищенням, а екскреція норадреналіну – зниженням щодо показників контрольної групи. Отримані дані свідчать про зміни стресреалізуючих і стреслімітувальних систем у вагітних з аденоміозом. Підвищення рівня кортизолу і серотоніну в крові свідчить про посилення напруження компенсаторно-приспосувальних можливостей організму, спрямованих на посилення метаболічних процесів у материнському організмі.

Залежно від проведеної терапії дані щодо психоемоційного стану жінок змінювалися. Так, під впливом запропонованого лікування у жінок із аденоміозом показники стресостійкості покращилися під дією призначеної розробленої терапії. Достовірно збільшилась кількість вагітних із високим рівнем стресостійкості в основній групі, а кількість жінок з низьким рівнем зменшилася ($p < 0,05$). Рівень кортизолу у вагітних, які отримували запропоновану корекцію, достовірно зменшувався, так само, як і рівень адреналіну та серотоніну, а концентрація норадреналіну зростала. Тобто, показники рівня гормонів стресу після запропонованої корекції були ближчими до показників у здорових вагітних, але напруження психоемоційного стану у вагітних з аденоміозом залишалось, рівень гормонів стресу не досягав показників здорових жінок.

Використання удосконаленого нами алгоритму лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту плацентарної дисфункції на 26,7%; преєклампсії – на 16,7%; передчасних пологів – на 13,3%; аномалій пологової діяльності – на 13,3%; внутріньоутробного інфікування – на 13,3% та дистресу плода – на 6,7%, а також нормалізувати психоемоційний стан вагітних, що у сукупності покращує акушерські та перинатальні наслідки розродження.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про негативний вплив аденоміозу на стан репродуктивного здоров'я жінок. Вирішення цієї наукової проблеми вимагає комплексного і поетапного підходу, починаючи з ефективної діагностики жіночої безплідності і закінчуючи адекватною профілактикою акушерських і перинатальних ускладнень. Запронований алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я у жінок з аденоміозом і може широко застосовуватися у практичній охороні здоров'я.

коррекция метаболических процессов и нарушений системы свертывания крови, диетотерапия по предложенной нами методике, коррекция психоэмоциональных нарушений, дозированные физические нагрузки). Тридцать здоровых беременных вошли в контрольную группу.

Результаты. Использование усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту плацентарной дисфункции, преэклампсии, преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, внутриутробного инфицирования и дистресса плода, а также нормализовать психоэмоциональное состояние беременных, что в совокупности улучшает акушерские и перинатальные исходы родоразрешения.

Заключение. Предложенный алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту нарушений репродуктивного здоровья у женщин с аденомиозом и может широко применяться в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: аденомиоз, беременность, акушерские и перинатальные осложнения, профилактика, лечение.

Профилактика и лечение акушерских и перинатальных осложнений у женщин с аденомиозом

Н.Я. Скрипченко, Е.М. Павлова

Цель исследования: снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с аденомиозом в анамнезе благодаря усовершенствованию и внедрению алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Проведен клинико-лабораторный и функциональный анализ наблюдений за 60 беременными пациентками с аденомиозом, которые были распределены на две группы: группу сравнения – 30 пациенток, получавших общепринятую лечебно-профилактическую терапию, и основную группу – 30 женщин, которых проводили по усовершенствованному нами алгоритму преградиварной подготовки и ведения беременности (гормональная терапия, контроль и коррекция состояния биоты влагалища,

Prevention and treatment of obstetric and perinatal complications in women with adenomyosis

N.J. Skrypchenko, O.M. Pavlova

The objective: to reduce the frequency of obstetric and perinatal complications in women with adenomyosis in anamnesis, based on the improvement and implementation of the algorithm for diagnostic, treatment and preventive measures.

Materials and methods. Clinical, laboratory and functional analysis of observations on 60 pregnant patients with adenomyosis was conducted, who were divided into two groups: the comparison – 30 patients who received the commonly used treatment and prophylactic measures and the main – 30 women who received our advanced algorithm for pregravid preparation and pregnancy (hormonal therapy, control and correction of the vaginal biota state, correction of metabolic processes and disorders

of the blood coagulation system, diet therapy according to the method proposed by us, correction of psycho-emotional disorders, physical activity dose). 30 healthy pregnant women formed a control group.

Results. The use of advanced treatment and prophylactic measures algorithm can reduce the frequency of placental dysfunction, preeclampsia, premature births, abnormalities in labor, intrauterine infection and fetal distress, as well as normalize the psycho-emotional state of pregnant women, which in aggregate can improve obstetric and perinatal consequences of childbirth.

Conclusion. The requested algorithm for diagnostic and therapeutic and prophylactic measures can reduce the incidence of reproductive health in women with adenomyosis and can be widely used in practical health care.

Key words: adenomyosis, pregnancy, obstetric and perinatal complications, prevention, treatment.

Сведения об авторах

Скрипченко Наталья Яковлевна – Отделение внедрения и изучения эффективности современных медицинских технологий в акушерстве и перинатологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-67, (044) 483-26-32. *E-mail: ipag@ukr.net*

Павлова Елена Михайловна – Отделение внедрения и изучения эффективности современных медицинских технологий в акушерстве и перинатологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (095) 282-37-07. *E-mail: pavlova.helena@ukr.net*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – М.: Медицина, 2016. – 411 с.
2. Айламазян Э.К. Генитальный эндометриоз / Э.К. Айламазян, В.В. Потин, М.А. Тарасова // Гинекология от пубертата до постменопаузы. – М.: МЕД-пресс-информ, 2017. – С. 284–302.
3. Гнатко О.П. Оцінка якості життя у жінок з ендометріозом яєчників / О.П. Гнатко, М.В. Самойлова // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – Т. 15, № 2, ч. 1 (58). – С. 60–63.
4. Коган Е.А. Бесплодие при эндометриозе: краткий очерк современных представлений / Е.А. Коган, Е.О. Агокова, А.Л. Уняня // Пространство и время. – 2017. – № 1 (27). – С. 251–259.
5. Корчинська О.О. Ендометриоз як одна із сучасних проблем у гінекології та акушерстві (аналітичний огляд наукової літератури) / О.О. Корчинська, А.М. Маштепа, У.В. Волошина [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34). – С. 104–115.
6. Наказ МОЗ України від 06.04.2016 р. № 319 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при генітальному ендометріозі (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом».
7. Прудніков П.М. Порівняльні аспекти впливу різних методів лікування генітального ендометріозу на якість життя / П.М. Прудніков // Здоровье женщины. – 2017. – № 9. – С. 97–100.
8. Уняня А.Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин / А.Л. Уняня // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2017. – Т. 4, № 3. – С. 6–11.
9. Червак Н.М. Ендометриоз: стан проблеми / Н.М. Червак // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2017. – № 8 (83). – С. 2–7.
10. Barañao R.I. Thinking about Endometriosis / R.I. Barañao // SAEGRE Magazine. – 2015. – Vol. XXII, No 1. – P. 6–9.
11. Johnson N. Consensus on current management of endometriosis / N. Johnson, L. Hummelshoj // Hum Reprod. – 2013. – No 28. – P. 1552–1568.
12. Huhtinen K. Pathogenesis of endometriosis / K. Huhtinen, A. Perheentupa, M. Poutanen [et al.] // Duodecim. – 2017. – Vol. 127, No 17. – P. 1827–1835.
13. Nezhat C. Endometriosis: ancient disease, ancient treatments / Nezhat C., Nezhat F., Nezhat C. // Fertility and Sterility. – 2016. – Vol. 98, Is. 6, Supplement. – P. S1-S62.

Статья поступила в редакцию 09.01.2019