

Профілактика невиношування вагітності у жінок з хронічним ендометритом в анамнезі

В.І. Бойко, В.Ю. Радько

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: зниження частоти невиношування і перинатальної патології у жінок з хронічним ендометритом (ХЕ) в анамнезі на основі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, мікробіологічних і морфологічних змін, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Проведені клініко-функціональне і лабораторне дослідження у 80 жінок з ХЕ в анамнезі, розподілених на дві групи: 1-а група – 40 жінок з ХЕ в анамнезі, які одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи; 2-а група – 40 жінок з ХЕ в анамнезі, проведених за розробленою нами методикою профілактики невиношування; контрольну групу склали 20 першороділей без акушерської та соматичної патології, без обтяженого репродуктивного анамнезу.

Результати. Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту невиношування у 2 рази; передчасних пологів – у 4,4 рази; плацентарної дисфункції – в 1,7 рази; дистресу плода – у 2,9 рази; асфіксії новонароджених середньотяжкого ступеня – у 3 рази і перинатальних втрат – у 4 рази.

Заключення. Використання запропонованої лікувально-профілактичної методики у жінок з ХЕ в анамнезі дозволяє не тільки суттєво знизити частоту мимовільного переривання вагітності у I триместрі, але й покращити акушерські та перинатальні результати розродження.

Ключові слова: невиношування, профілактика, хронічний ендометрит.

В умовах сьогодення невиношування вагітності (НВ) є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі. Частота передчасного переривання вагітності коливається в межах 10–25% [1, 2].

Серед різних чинників ризику невиношування все більшого значення набувають хронічні запальні процеси репродуктивної системи в анамнезі, особливо хронічний ендометрит (ХЕ) [3,4]. Успіхи сучасної репродуктології нині створили передумови до розуміння генезу порушень репродуктивної системи у жінок із запальними процесами в анамнезі і забезпечили можливість більш глибокого розуміння механізмів НВ у жінок, які вагітніли природним шляхом і за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [5–7].

Разом з тим, патогенез невиношування у жінок з ХЕ в анамнезі, у тому числі й після застосування ДРТ, вивчено недостатньо. Відсутні чіткі дані про особливості формування й функціонального стану фетоплацентарного комплексу і порушень стану плода і новонародженого залежно від початкових ендокринологічних й імунологічних особливостей. Крім того, відсутні дані про диференційований підхід до профілактики НВ з урахуванням варіанта настання вагітності.

Усе викладене вище є обґрунтуванням для проведення наукового дослідження.

Мета дослідження: зниження частоти невиношування і перинатальної патології у жінок з хронічним ендометритом в

анамнезі на основі вивчення клініко-ехографічних, ендокринологічних, мікробіологічних і морфологічних змін, а також удосконалення комплексу лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети і завдань даного наукового дослідження було проведено клініко-функціональне й лабораторне дослідження у 80 жінок з ХЕ в анамнезі, розподілених на дві групи і дві підгрупи кожна:

- 1-а група – 40 жінок з ХЕ в анамнезі, які одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи, з яких: підгрупа 1.1 – 20 жінок, у яких вагітність настала природним шляхом, і підгрупа 1.2 – 20 пацієнток після застосування ДРТ;
- 2-а група – 40 жінок з ХЕ в анамнезі, проведених за розробленою нами методикою профілактики невиношування, з яких: підгрупа 2.1 – 20 жінок, у яких вагітність настала природним шляхом, і підгрупа 2.2 – 20 пацієнток після застосування ДРТ.

Контрольну групу склали 20 першороділей без акушерської та соматичної патології, без обтяженого репродуктивного анамнезу.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи проводили відповідно до рекомендацій [1, 2]. Вони включали:

- нормалізацію нервово-психічного статусу;
- гормональну терапію за наявності показань;
- вітамінотерапію, включаючи фолієву кислоту;
- імунотерапію за показаннями.

Комплекс заходів, які призначають з метою відновлення структурно-функціональних порушень ендометрія у жінок з невиношуванням вагітності, повинен включати додатково до наведених вище особливостей препарати, що поліпшують мікроциркуляцію і трофіку (аргініну гідрохлорид), відновлення двофазного менструального циклу, фізіотерапевтичне лікування і планування вагітності. Ефективним є використання фізіотерапевтичних процедур, що поліпшують кровообіг в органах малого таза і репаративні процеси в ендометрії: електрофорез з цинком, магнієм; лазеротерапія, магнітотерапія, голкорексотерапія та гормональна терапія низько- і мікродозованими комбінованими контрацептивами (КОК), що містять високоактивний гестаген.

Під час вагітності було подовжено використання препарату аргініну гідрохлориду у ранні терміни вагітності, корекцію порушень мікробіоценозу статевих шляхів та гормонотерапію за показаннями.

Пацієнтки, вагітність у яких настала за допомогою застосування ДРТ, проходили специфічну підготовку з урахуванням основних причин безплідності (частіше ХЕ) і конкретного варіанта ДРТ, але під час вагітності запропоновану нами методику вони використовували. Основні положення нашої методики були заздалегідь погоджені з лікарями-репродуктологами лікувальних установ, де використовували ДРТ.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, доплерометричні, кардіотокографічні, ендокринологічні, імунологічні, біохімічні, мікробіологічні, морфологічні та статистичні методи.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с ХЭ в анамнезе составляют группу высокого риска по развитию невыношивания (15,0%), частота якого залежить від репродуктивного анамнезу: 20,0% – після застосування ДРТ і 10,0% – при природному варіанті настання вагітності. За термінами розвитку частіше за все це відбувається у 8 тиж вагітності (50,0%) і рідше – у 10 (33,3%) і 12 (16,7%) тиж.

Клінічними маркерами мимовільного переривання вагітності у жінок з ХЭ в анамнезі є біль при фізичному навантаженні (40,0%) і психоемоційному напруженні (30,0%), а ехографічними – гіпоплазія хоріона (17,5%) і амніона (12,5%), прискорене зростання або ранній гідроамніон (12,5%). Частота клініко-ехографічних змін в 1,5 разу вище у пацієнток після застосування ДРТ.

Високий рівень невыношивания вагітності у жінок з ХЭ в анамнезі пояснюється наявністю дисгормональних порушень, у першу чергу з боку естріолу і прогестерону. Ступінь вираженості цих порушень залежить від репродуктивного анамнезу і після використання ДРТ характеризується додатковим зниженням вмісту хоріонічного гонадотропіну.

Клінічний перебіг II і III триместрів вагітності і пологів у жінок з ХЭ в анамнезі характеризується високою частотою передчасних пологів (23,5%), плацентарної дисфункції (65,8%), дистресу плода (34,9%) і аномалій пологової діяльності (20,0%). Причому у пацієнток після ДРТ передчасні пологи спостерігаються частіше в 1,7 разу, а плацентарна дисфункція – в 1,5 разу.

Перинатальні результати розродження жінок з ХЭ в анамнезі характеризуються високою частотою асфіксії новонароджених середнього (26,4%) і важкого ступеня (14,6%), а також респіраторного дистрес-синдрому на тлі недоношеності (23,5%). Сумарні перинатальні втрати складають 117,6% і зумовлені важкою формою респіраторного дистрес-синдрому (75,0%) і важкою інтранатальною асфіксією (25,0%).

Використання розроблених лікувально-профілактичних заходів відповідає нормалізації ендокринологічних показників через 5–6 тиж терапії (збільшення рівня естріолу до $8,1 \pm 0,3$ нмоль/л; $p < 0,05$, прогестерону – до $140,6 \pm 8,9$ нмоль/л;

$p < 0,05$ і хоріонічного гонадотропіну – до $101,3 \pm 7,6$ нмоль/л; $p < 0,05$) та мікробіоценозу статевих шляхів (збільшення числа лактобацил – до $6,2 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,05$ і біфідобактерій – до $6,3 \pm 0,2$ КУО/мл; $p < 0,05$).

Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту невыношивания у 2 рази; передчасних пологів – у 4,4 разу; плацентарної дисфункції – у 1,7 разу; дистресу плода – у 2,9 разу; асфіксії новонароджених середньотяжкого ступеня – у 3 рази і перинатальних втрат – у 4 рази.

Для практичної охорони здоров'я можна рекомендувати наступне:

– 3 метою профілактики невыношивания і перинатальної патології у жінок з ХЭ в анамнезі додатково до загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів необхідно: застосувати препарати, що поліпшують мікроциркуляцію і трофіку, відновлення двофазного менструального циклу, фізіотерапевтичне лікування (електрофорез з цинком, магнієм; лазеротерапія, магнітотерапія, голкорекфлексотерапія) і планування вагітності з використанням гормональної терапії низько- і мікродозованими КОК, що містять високоактивний гестаген. Під час вагітності ми продовжили використання препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію і трофіку, проводили корекцію порушень мікробіоценозу статевих шляхів та гормонотерапію.

– 3 метою контролю за клінічним перебігом I триместра вагітності у жінок з ХЭ в анамнезі необхідне динамічне вивчення самих інформативних клініко-ехографічних параметрів (біль при фізичному і психоемоційному напруженні; наявність гіпоплазії хоріона і амніона, прискорене зростання або ранній гідроамніон) та ендокринологічних показників: естріолу, прогестерону і хоріонічного гонадотропіну.

ВИСНОВКИ

Отже, як засвідчили результати проведенних досліджень, використання запропонованої лікувально-профілактичної методики у жінок з хронічним ендометритом в анамнезі дозволяє не тільки суттєво знизити частоту мимовільного переривання вагітності у I триместрі, але й покращити акушерські та перинатальні результати розродження.

**Профилактика невынашивания беременности у женщин с хроническим эндометритом в анамнезе
В.И. Бойко, В.Ю. Радько**

Цель исследования: снижение частоты невынашивания и перинатальной патологии у женщин с хроническим эндометритом (ХЭ) в анамнезе на основе изучения клинико-эхографических, эндокринологических, микробиологических и морфологических изменений, а также усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Проведены клинико-функциональное и лабораторное исследования у 80 женщин с ХЭ в анамнезе, которые были разделены на две группы: 1-я группа – 40 женщин с ХЭ в анамнезе, которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия; 2-я группа – 40 женщин с ХЭ в анамнезе, которые были проведены по разработанной нами методике профилактики невынашивания; контрольную группу составили 20 первородящих без акушерской и соматической патологии и без отягощенного репродуктивного анамнеза.

Результаты. Использование предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить частоту невынашивания в 2 раза; преждевременных родов – в 4,4 раза; плацентарной дисфункции – в 1,7 раза; дистресса плода – в 2,9 раза; асфиксии новорожденных средней и тяжелой степени – в 3 раза и перинатальных потерь – в 4 раза.

Заключение. Использование предложенной лечебно-профилактической методики у женщин с ХЭ в анамнезе позволяет не только существенно снизить частоту самопроизвольного прерывания беременности в I триместре, но и улучшить акушерские и перинатальные результаты родоразрешения.

Ключевые слова: невынашивание, профилактика, хронический эндометрит.

**Preventive maintenance incompetence pregnancy at women with chronic endometritum in anamnesis
V.I. Boyko, V.Ju. Radko**

The objective: frequency decrease incompetence and perinatal pathologies at women with chronic endometritum in anamnesis on the basis of studying clinical-ehografical, endocrinological, microbiological and morphological changes, and also improvement of treatment-and-prophylactic actions.

Patients and methods. With chronic endometritum clinical-functional and laboratory research of 80 women is conducted in the anamnesis which have been divided on two groups: 1 group – 40 women with chronic endometritum in anamnesis which received the standard treatment-and-prophylactic actions; 2 group – 40 women with chronic endometritum in anamnesis which have been spent by the technique of preventive maintenance developed by us incompetence; control group have made 20 firstlabour without obstetrical and somatic pathology and without the burdened reproductive anamnesis.

Results. Use of offered treatment-and-prophylactic actions allows to lower frequency incompetence in 2 times; premature birth in 4,4 times; placentary dysfunction in 1,7 times; distress of fetus in 2,9 times; asfixia of newborns of average and heavy degree in 3 times and perinatal losses in 4 times.

Conclusion. The use of the proposed treatment-and-preventive method in women with HO history allows not only to significantly reduce the incidence of spontaneous abortion in the first trimester, but also to improve obstetric and perinatal outcomes of delivery.

Key words: incompetence, preventive maintenance, chronic endometritum.

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета, 42000, г. Сумы, ул. Санаторная, 31; тел.: (050) 307-35-63

Радько Виталий Юрьевич – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета, 42000, г. Сумы, ул. Санаторная, 31

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Серов В.Н. Привычное невынашивание беременности: современные представления о патогенезе, диагностике и лечении / В.Н. Серов, В.М. Сидельникова, Е.В. Жаров // В помощь практическому врачу. – 2014. – С. 28–41.
2. Радзинский В.Е. Прогнозы лечения невынашивания беременности в I триместре прогестагенами / В.Е. Радзинский, Е.Ю. Запертова, А.В. Миронов // Гинекология. – 2015. – С. 4–8.
3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – № 2. – С. 62–65.
4. Carp HJA H. Recurrent spontaneous abortions in antiphospholipid syndrome: natural killer cells – an additional mechanism in a multi factorial process / H. Carp HJA, Y. Shoenfeld. // Rheumatology. – 2010. – № 46. – С. 1517–9.
5. Salazar E. The role of progesterone in endometrial estradiol-and progesterone-receptor synthesis in women with menstrual disorders and habitual abortion / Salazar E, Calzada L. // Gynecol. Endocrinol.. – 2010. – № 23. – С. 222–225.
6. Winger E.E. CD57+ cells and recurrent spontaneous abortion // Am. J. Reprod. Immunol. – 2007. – V. 58, № 4. – С. 311–314.
7. A compare is on of sperm aneuploidy rates between in fertile men with normal and abnormal karyotypes / [G. Kirkpatrick, K. Ferguson, S. Tang та ін.]. // Hum Reprod. – 2011. – № 23. – С. 1679–1683.

Статья поступила в редакцию 05.07.2016

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

БРИТАНСКИЕ УЧЕНЫЕ: СКРИНИНГ ШЕЙКИ МАТКИ
МОЖЕТ СПАСТИ СОТНИ ЖИЗНЕЙ

Регулярное обследование шейки матки может спасти жизни тысяч онкологических пациентов, говорится в исследовании, опубликованном в британском журнале British Journal of Cancer.

Уже спасено около 2 тысяч женщин – это стало возможным благодаря ежегодному гинекологическому обследованию, проводимому в Англии.

Исследователи из Лондонского университета Queen Mary утверждают, что наиболее эффективна диагностика у женщин в возрасте от 50 до 64 лет.

От рака шейки матки в Британии ежегодно умирает около 800 женщин.

Специальный онкоскрининг, направленный на выявление заболеваний шейки матки, предлагают всем женщинам в Британии в возрасте от 25 до 64 лет.

Женщин в возрасте от 25 до 49 лет приглашают пройти обследование раз в три года, тех, кто старше – раз в 5 лет.

Скрининг, в частности, предполагает взятие мазка на наличие измененных клеток, которые впоследствии могут переродиться в раковые.

Авторы исследования проанализировали медицинские данные 11 тысяч британских женщин, которым был поставлен диагноз «рак шейки матки». Они пришли к выводу, что помимо тех, кому удалось победить болезнь, благодаря лечению, можно было спасти жизни еще 350 человек – если бы те регулярно проходили скрининг.

В случае, если бы скрининг не проводился у пациенток в возрасте от 50 до 64 лет, умерло бы в 5 раз больше женщин.

<http://www.bbc.com>