

ПРОФІЛАКТИКА ГЕСТАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

ВСТУП

Профілактика гестаційних ускладнень не втрачає своєї актуальності в нашому непростому сьогоденні, а саме в таких умовах, як повномасштабна війна в Україні, наслідки пандемії COVID-19 та сезонна активація коронавірусу. Негативні чинники (повітряні тривоги, вибухи, руйнації тощо та наслідки впливу інфекцій) позначаються на стані здоров'я жінок. Майбутні матері, безперечно, потребують своєчасної превентивної допомоги, яка сприятиме зниженню ризиків гестаційних ускладнень, перинатальної патології, зокрема репродуктивних втрат, вроджених вад розвитку, ускладнень у пологах, післяпологовому періоді тощо [1–3]. Посиленої уваги потребують жінки, обтяжені гінекологічними захворюваннями, серед яких особливе місце займають пухлинні процеси матки, зокрема лейоміома матки (ЛМ) [4–7].

За даними ВООЗ, Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10: D25.0–D25.9), ЛМ є однією із найбільш розповсюджених пухлин репродуктивної системи жінки, вона займає одне з провідних місць серед гінекологічних захворювань і здебільшого поєднана з екстрагенітальною і генітальною патологіями [8–10]. За даними літературних джерел, частота ЛМ протягом останніх десятиріч невпинно зростає та становить 35–45% у жінок віком понад 30 років [11–13]. Найбільше занепокоєння викликає зростання цієї патології в жінок репродуктивного та юного віку. На думку деяких науковців, реальна частота ЛМ сягає 77% [14–16].

Етіологічні чинники цієї пухлини численні [17–19]. Генеза ЛМ зумовлюється гормональними порушеннями, інфекціями, травмами, генетичними компонентами тощо [20–22]. Гістогенез ЛМ визначають як існування єдиної стовбурової клітини-попередниці пухлини. У процесі росту лейоміоми беруть участь понад 100 генів [3, 23, 24]. У її морфогенезі обмінні процеси перебігають за безпосереднього впливу метаболізму сполучної тканини, зокрема сполучнотканинної основи лейоматозних вузлів та ендотелію судин [2, 5, 17], макро-, мікроелементів, а саме кальцію і магнію [1], із різним ступенем активності окисно-відновних процесів за участі заліза, цинку, ферментів, вітамінів групи В, зокрема фолатів, тощо [1, 3, 8]. Спроможність метаболізму

сполучної тканини має суттєве значення для виникнення істміко-цервікальної недостатності (ІЦН), з огляду на морфогенез тканин шийки матки жіночого організму, кількість та якість навколоплідних вод [11, 18, 21].

ЛМ, як складник вихідного стану організму майбутньої матері, є чинником ризику виникнення ускладнень, пов'язаних із процесом імплантації, прогестеронової трансформації ендометрія, до якої вона призводить, недостатності інвазії ворсинчастого хоріона, порушення метаболізму децидуальної тканини, неповної трансформації вздовж усієї лінії спіральних артерій, розвитку й функціонування гестаційного органа плаценти, затримки розвитку плода тощо.

Мета дослідження полягала у визначенні комплексу профілактичних заходів для запобігання гестаційним ускладненням у жінок із ЛМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Наше спостереження охоплювало 54 жінки репродуктивного віку – мешканок міста Одеси й області та внутрішньо переміщених осіб, які мали ЛМ.

Учасниці дослідження були розподілені на групи:

- до I групи (основна) увійшли 27 (50,0%) осіб, які перебували під наглядом лікаря до та під час вагітності і щодо яких застосовувася розроблений нами алгоритм;
- групу II (порівняння) становили 27 (50,0%) жінок, які перебували під наглядом лікаря на різних термінах вагітності.

Учасниці проходили клінічне, лабораторно-клінічне, біохімічне, апаратне обстеження. УЗД, зокрема доплерометричне дослідження до та під час вагітності, виконувалося згідно із чинними наказами МОЗ України.

Розроблений і запропонований комплексний етапний алгоритм ведення жінок із ЛМ до та під час вагітності за триместрами охоплював вивчення анамнестичних даних (соматичного, акушерсько-гінекологічного анамнезу, тривалість захворювання на лейоміому, отримувану терапію і її тривалість тощо), передконцепційну підготовку (за 3–4 місяці до запліднення). Ведення вагітних проводилось згідно з наказом МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги “Нормальна вагітність”»

В.П. МІЩЕНКО

д. мед. н., професорка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0009-0008-1888-7611

В.В. МІЩЕНКО

д. мед. н., професор кафедри хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини, терапії та онкології Одеського національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0002-5951-3463

Контакти:

Міщенко Валентина Павлівна
650023, Україна, м. Одеса,
вул. Княжеська, 33А.
E-mail: valentyna.mishchenko@
onmedu.edu.ua
Тел: +38 (067) 749 67 51

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2025.80.21-28>

та передбачало, зокрема, оцінку стану шийки матки в динаміці спостереження за результатами цервікометрії для виключення чи підтвердження ІЦН, оцінку показників УЗД-доплерометрії, психоемоційного стану та персоніфіковану етапну корекцію виявлених порушень. Ми застосовували гормонотерапію (мікронізований прогестерон), нестероїдний гормон вітамін D (загальний) у поєднанні з мікроелементом магнієм, фізіологічні дози фолатів у складі макро-, мікроелементних комплексів для вагітних (препаратами вибору були дієтичні добавки Фемібіон 1 і Фемібіон 2 залежно від терміну вагітності), нутрієнтну підтримку. Терапія підлягала корекції залежно від стану пацієнтки й плода в кожному триместрі окремо.

Під час дослідження ми дотримувалися принципів Гельсінської декларації (Declaration of Helsinki 1994, 2000, 2008) Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association). Усі пацієнтки надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Статистична обробка результатів проводилась із застосуванням програми «Statistica 10» Enterprise Porttable (2011). Визначалися середня величина (M) та середня похибка (m). Отримані результати були вірогідними за $p < 0,05$, відповідно до критерію Стюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз анамнестичних даних обстежуваних жінок обох груп засвідчив, що клінічні симптоми ЛМ виникали на тлі різних факторів ризику. Серед них: сімейний анамнез, гормональний дисбаланс, порушення менструальної функції, імунідепресія, дисфункція ендотелію, хроніострес та інші. Усі ці чинники є важливими, і кожний із них має індивідуальний механізм впливу. Так, ендотеліальна дисфункція в період раннього ембріогенезу може бути причиною порушення процесу імплантації як результат ферментативної недостатності, дефектів васкуляризації, порушень мікроциркуляції, змін анатомічної будови хоріона, патологічного прикріплення хоріона тощо. Ендотеліальна дисфункція на більш пізніх термінах вагітності призводить до прогресування вазоспазму, тромбоемболії, гемодинамічних розладів, порушень плацентарної гемоциркуляції, циркуляторних уражень, що реалізуються дисфункцією плаценти та мають негативні наслідки для організму матері й плода.

За даними статистичного аналізу, учасниці дослідження мали вік найвищої репродуктивної активності ($29 \pm 1,5$ року). Сімейний анамнез був обтяжений у 49 (90,7%) осіб у I поколінні за материнською лінією, а 5 (9,25%) жінок не знали свого сімейного анамнезу. У 35 (64,8%) жінок тривалість захворювання становила до 5–6 років, в 11 (20,4%) – до 10 років, у 8 (14,8%) ЛМ була діагнована вперше під час звернення до лікаря з приводу вагітності. Хірургічне лікування з приводу вузлової форми ЛМ (консервативна міомектомія) перенесли 5 (18,5%) пацієнток I та одна (3,7%) жінка II груп.

Загальний вигляд вагітної матки з лейоміомою представлено на рисунку 1.

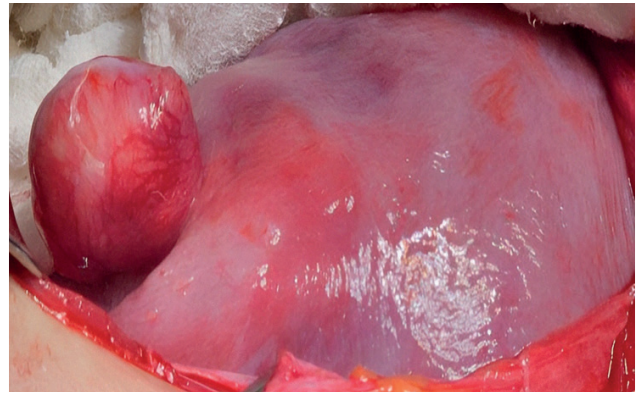


Рисунок 1. Вузова лейоміома вагітної матки

У жінок основної та порівняльної груп виявлені відповідно такі соматичні захворювання: серцево-судинної системи – у 19 (70,4%) і 18 (66,7%), шлунково-кишкового тракту – у 21 (77,8%) і 22 (81,5%), щитовидної залози – у 9 (33,3%) і 10 (37,0%), гепатобіліарної системи – у 13 (48,1%) і 14 (51%), сечовивідної системи – у 9 (33,3%) і 10 (37,0%), хронічні закрепи – у 7 (25,9%) і 8 (29,6%), геморой – у 4 (14,8%) і 5 (18,5%), анемії – у 3 (11,1%) і 2 (22,2%), ендокринопатії – в 11 (40,7%) і 12 (44,4%), варикозна хвороба – у 8 (29,6%) і 9 (33,3%) осіб.

Доведено ускладнений гінекологічний і акушерський анамнез в учасниць дослідження відповідно за групами: у 10 (37,0%) і 11 (40,7%) – ранній початок менархе (10–11 років); у 13 (48,1%) і 14 (51,9%) – рясні менструації; у 7 (25,9%) і 6 (22,2%) – часті місячні тривалістю понад 7 днів; у 7 (25,9%) і 8 (29,6%) – вторинна дисменорея; у 14 (51,9%) і 13 (48,1%) – запальні захворювання жіночих статевих органів; у 2 (7,4%) і 3 (11,1%) – залозиста гіперплазія ендометрія; у 5 (18,5%) і 6 (22,2%) – безпліддя (первинне, вторинне); у 5 (18,5%) і 4 (14,8%) – дисплазія шийки матки; у 9 (33,3%) і 10 (37,0%) – вагітність була перша; у 15 (55,6%) і 17 (62,96%) – були медичні аборти в анамнезі; у 5 (18,5%) і 7 (25,9%) – спонтанні аборти; у 8 (29,6%) і 9 (33,3%) – замерзла вагітність; у 5 (18,5%) і 7 (25,9%) – наявність внутрішньоматкової системи; у 4 (14,8%) і 3 (11,1%) – вишкрібання стінок порожнини матки; пологи в минулому мали 10 (37,0%) і 11 (11,1%) жінок, акушерські кровотечі – 4 (14,8%) і 5 (18,5%), кесарів розтин – 3 (11,1%) і 4 (14,8%), ручне обстеження стінок порожнини матки – 2 (7,4%) і 3 (11,1%) пацієнтки.

Оцінка ментального здоров'я, визначення рівня тривожності обстежуваних жінок обох груп не мали вірогідної різниці за Единбурзькою шкалою (обстеження проводили відповідно до Наказу МОЗ України № 1437). У близько 60% жінок виявлено високий рівень тривожності.

Психоемоційний стан жінки, на тлі якого розвивається гестаційний процес, є важливим. Визначення оцінки ментального здоров'я жінки оцінюється за шкалою тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Опитувальник Спілбергера-Ханіна містить шкалу самооцінки ситуативної тривожності. Особиста тривожність розглядається як відносно стійка індивідуальна якість людини, яка характеризує ступінь занепокоєння, турботи, емоційної напруги як відповідь на дію стресових факторів; реактивна тривожність – як ступінь занепокоєння, турботи, емоційної напруги,

що розвивається за конкретної стресової ситуації. Індивідуальна тривожність є стійкою, реактивна – достатньо динамічною за часом і за ступенем виразності. Психоемоційний стан жінки, на тлі якого розвивається гестаційний процес, в умовах повномасштабної війни в Україні є причиною виникнення стресу (гострого та хронічного) [1, 4].

У процесі нашого дослідження оцінювались особливості анамнестичних даних жінок із ЛМ. Висока частота виявленої екстрагенітальної патології, супутніх захворювань жіночих статевих органів, інвазивні втручання в порожнину матки (вишкрібання стінок порожнини матки, міомектомії), гормонотерапія тощо належать до несприятливих преморбідних чинників запліднення і розвитку вагітності. Усе зазначене підкреслює доцільність персоніфікованої етапної планової комплексної передконцепційної підготовки та ведення вагітних із ЛМ за триместрами гестації.

Характеристика гестаційних процесів представлена в таблиці 1.

За триместрами гестації клінічні прояви перебігу вагітності в жінок між I і II групами мали вірогідну різницю. У I триместрі 2 (7,4%) вагітних II групи мали переривання вагітності (завмерла вагітність, анембріонія). Передлежання хоріона, блювота вагітних, залізо-/фолієводефіцитна анемія спостерігались відповідно в 5 (18,5%); 11 (40,7%); 13 (48,1%) жінок.

У II і III триместрах частота ускладнень переважала вірогідно в жінок групи II. У III триместрі частота загрози передчасних пологів та безпосередньо передчасних пологів реєструвалася в 9 (37,5%) осіб, часткового відшарування плаценти – у 7 (29,2%), дисфункції плаценти – в 11 (45,8%), синдрому затримки росту плода – у 2 (8,3%), багатоводдя – у 7 (29,2%), маловоддя – у 8 (33,3%), анемія залізо-/фолієводефіцитна – в 11 (45,8%), що було вірогідно вище ($p < 0,05$) порівняно з групою I.

Дані лабораторного дослідження крові й сечі вагітних за триместрами гестації подано в таблиці 2.

Таблиця 1. Характеристика гестаційних процесів за триместрами вагітності

Нозологічні форми	Групи			
	I (n = 27)		II (n = 27)	
Триместр I, n = 54	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Загроза викидня	7	25,9	12	44,4
Ретрохоріальна гематома	0	0	4	14,8*
Заоболонкові гематоми	0	0	5	18,5*
ІЦН	2	7,4	5	18,5
Анембріонія	0	0	1	3,7*
Завмерла вагітність	0	0	1	3,7*
Передлежання хоріона	0	0	5	18,5*
Блювота вагітних	4	14,8	11	40,7*
Анемія залізо-/фолієводефіцитна	0	0	13	48,1*
Триместр II, n = 52	I (n = 27)		II (n = 25)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Загроза викидня/ передчасних пологів	7	25,9	18	72,0
Відшарування плаценти	1	3,7	6	24,0
Заоболонкові гематоми	0	0	3	12,0*
Передлежання плаценти	0	0	5	20,0*
Багатоводдя	0	0	7	28,0*
Маловоддя	0	0	8	32,0*
Аntenатальна загибель плода	0	0	0	0
ІЦН	2	7,4	9	36,0
Анемія залізо-/фолієводефіцитна	0	0	11	44,0*
Триместр III, n = 51	I (n = 27)		II (n = 24)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Загроза передчасних пологів	4	14,8	9	37,5
Передчасні пологи	2	7,4	9	37,5
Відшарування плаценти часткове	0	0	7	29,2*
Дисфункція плаценти	0	0	11	45,8*
Синдром затримки росту плода	0	0	2	8,3*
Багатоводдя	0	0	7	29,2*
Маловоддя	0	0	8	33,3*
Аntenатальна загибель плода	0	0	0	0
Анемія залізо-/фолієводефіцитна	0	0	11	45,8*
ІЦН	2	7,4	9	37,5

* $p < 0,05$ порівняно з групою I.

Таблиця 2. Лабораторне дослідження крові й сечі за триместрами вагітності

Показник	Референтне значення	Групи	
Триместр I, n = 54		I (n = 27)	II (n = 27)
Гемоглобін, г/л	10–120	120 ± 5,5	115 ± 5,4
Залізо сироватки крові, мкмоль/л	6,6–26,0	18,2 ± 0,91	18,0 ± 0,9
Феритин, нг/мл	6–159	18,1 ± 0,67	16,3 ± 0,81
Вітамін D загальний у крові, нг/мл	30,0–50,0 у нормі; < 30,0 – ризик недостатнього споживання	29,6 ± 1,5	31,3 ± 1,6
Магній у сироватці крові, ммоль/л	0,66–1,07	0,62 ± 0,03	0,60 ± 0,03
Магній у добовій сечі, ммоль/24 год	5 у нормі; 0,5 – у разі дефіциту	4,6 ± 0,3	4,2 ± 0,2
Фолієва кислота, нг/л	4,6–18,7	5,6 ± 0,3	4,6 ± 0,2
Триместр II, n = 52		I (n = 27)	II (n = 27)
Гемоглобін, г/л	10–120	120 ± 5,5	115 ± 5,4
Залізо сироватки крові, мкмоль/л	6,6–26,0	18,2 ± 0,91	18,0 ± 0,9
Феритин, нг/мл	6–159	18,1 ± 0,67	16,3 ± 0,81
Вітамін D загальний у крові, нг/мл	30,0–50,0 у нормі; < 30,0 – ризик недостатнього споживання	29,6 ± 1,5	31,3 ± 1,6
Магній у сироватці крові, ммоль/л	0,66–1,07	0,62 ± 0,03	0,60 ± 0,03
Магній у добовій сечі, ммоль/24 год	5 0,5 – у разі дефіциту	4,6 ± 0,3	4,2 ± 0,2
Фолієва кислота, нг/л	4,6–18,7	5,6 ± 0,3	4,6 ± 0,2
Триместр III, n = 51		I (n = 27)	II (n = 24)
Гемоглобін, г/л	10–120	120 ± 5,5	115 ± 5,4
Залізо сироватки крові, мкмоль/л	6,6–26,0	18,2 ± 0,91	18,0 ± 0,9
Феритин, нг/мл	6–159	18,1 ± 0,67	16,3 ± 0,81
Вітамін D загальний у крові, нг/мл	30,0–50,0 у нормі; < 30,0 – ризик недостатнього споживання	29,6 ± 1,5	31,3 ± 1,6
Магній у сироватці крові, ммоль/л	0,66–1,07	0,62 ± 0,03	0,60 ± 0,03
Магній у добовій сечі, ммоль/24 год	5 у нормі; 0,5 – у разі дефіциту	4,6 ± 0,3	4,2 ± 0,2
Фолієва кислота, нг/л	4,6–18,7	5,6 ± 0,3	4,6 ± 0,2

Аналіз лабораторних даних показав, що у вагітних I групи досліджувані показники зберігались у межах референтних величин упродовж всіх трьох триместрів, що можна було пояснити ефективно проведеною передконцепційною підготовкою та своєчасною корекцією показників, які вивчались, згідно з рекомендаціями чинних Наказів МОЗ України та клінічних протоколів щодо ведення вагітних.

Результати УЗД жінок I групи до вагітності подано на рисунку 2.

Субсерозні вузли розміром до 3 см до вагітності діагностовано у 22 (81,9%) жінок, субсерозні вузли 5 см і більше – у 5 (18,5%), субмукозні поодинокі вузли – у 4 (14,8%), рубцево змінені тканини після міомектомії – у 5 (18,5%) жінок.

За результатами цервікометрії виявлено ІЦН у жінок I та II груп відповідно: у I триместрі – у 7,4 і 18,5%, у II триместрі – у 7,4 і 36,0%, у III триместрі – у 7,9 і 37,5% осіб.

Характеристика пологів в обстежуваних вагітних представлена в таблиці 3.

У групі II частота своєчасних пологів була в 1,5 раза меншою, ніж у групі I. Передчасні пологи та пологи за допомогою кесаревого розтину були у 9 (37,5%) жінок групи порівняння ($p < 0,05$ порівняно з групою I). В учасниць

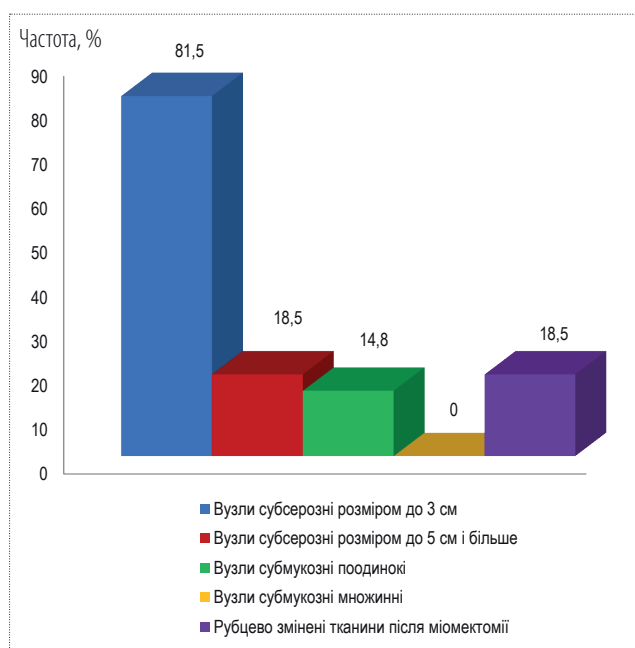


Рисунок 2. Результати УЗД жінок I групи до вагітності, n = 27

Таблиця 3. Характеристика пологів в учасниць дослідження

Особливості пологів	Групи (n = 51)			
	I (n = 27)		II (n = 24)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Строкові	25	92,6	15	62,5
Передчасні	2	7,4	9	37,5*
Кесарів розтин	3	11,1	9	37,5*
Передчасне відходження навколоплідних вод	10	37,03	14	58,3
Відшарування плаценти	-	-	1	4,2*
Слабкість пологової діяльності	2	7,4	4	16,7
Інтранатальний дистрес плода	-	-	2	8,4*
Гіпотонічна кровотеча	-	-	5	18,5*
Розриви шийки матки, піхви, промежини	3	11,1	6	25,0
Розрив матки	-	-	-	-

* $p < 0,05$ порівняно з групою I.

II групи були вищими, ніж у групі I, такі показники: частота передчасного відходження навколоплідних вод – в 1,6 раза, слабкість пологової діяльності – у 2,3 раза, частота розривів шийки матки, піхви, промежини – у 2,5 раза. Відшарування плаценти діагностовано в однієї (4,2%), слабкість пологової діяльності – у 4 (16,7%), інтранатальний дистрес плода – у 2 (8,4%), гіпотонічну кровотечу – у 5 (18,5%) вагітних групи II, що було вірогідно вище ($p < 0,05$) порівняно з показниками групи I.

Оцінка стану новонароджених у строкових пологах подана на рисунку 3.

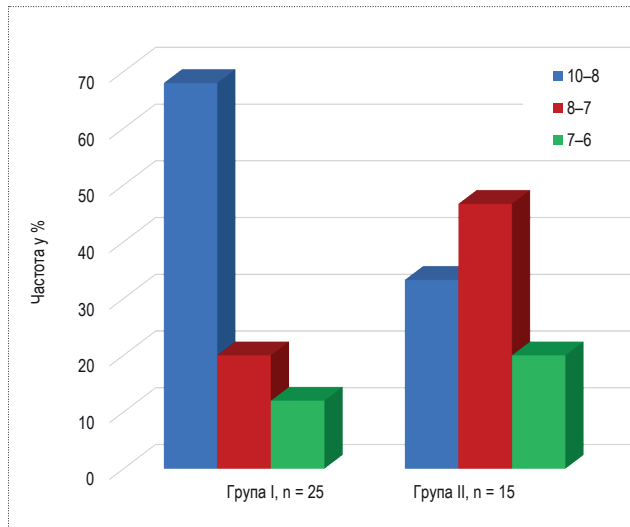


Рисунок 3. Стан новонароджених у строкових пологах за шкалою Апгар, бали

Аналіз оцінки стану новонароджених дітей у строкових пологах показав ефективність застосування запропонованого алгоритму передконцепційної підготовки до вагітності та під час гестаційних процесів. Частота стану плода з оцінкою 10–8 балів за шкалою Апгар була вищою в групі I у 2,04 раза, а з оцінкою 7–6 балів – в 1,7 раза меншою, ніж у групі II.

Отримані результати дослідження підтверджують ефективність проведеної передконцепційної підготовки жінок із ЛМ до вагітності, яка передбачала застосування препарату Фемібіон 2 за 3–4 місяці до запліднення. Розроблений і запропонований алгоритм ведення вагітних за триместрами гестації охоплював застосування нутрієнтної підтримки фолатами у формі препаратів Фемібіон 1 до 12-го тижня вагітності й Фемібіон 2 з 13-го тижня і до пологів, а також упродовж періоду лактації. Вибір цих препаратів обумовлений їхнім складом: вітаміни та вітамоноподібні сполуки групи B, вітаміни C, E, макро-, мікроелементи, зокрема залізо, йод, селен та докозагексаєнова кислота (остання входить до складу Фемібіон 2). Препарати містять фізіологічні дози фолатів, а саме активний фолат кальцій-L-метилфолат (метафолін®) у фізіологічних дозах 200 мкг і фолієву кислоту 200 мкг. Такий склад враховує особливості характеристики алелів генів ферментів фолатного циклу в організмі жінки, адже понад 50% жінок репродуктивного віку є носіями поліморфних алелів генів ферментів фолатного циклу.

Спільно з фолатами в складі обраних препаратів діє холін (вітаміноподібна сполука B_4). Обидва засоби є донорами метильних груп і сприяють стабілізації метаболізму гомоцистеїну [1–3]. Під час вагітності потреба в холіні збільшується на 20%, але організм плода неспроможний самостійно його синтезувати. Фосфатилхолін становить до 50% фосфоліпідів клітинної мембрани. Холін надходить в організм із харчовими продуктами [7].

Лютеїн, що входить до складу препарату Фемібіон 2, – це поширений ксантофіл / каротиноїд, провітамін A, який є сильним антиоксидантом.

Потік імпульсів у ЦНС вагітної призводить до появи джерела підвищеного збудження – «гестаційної домінанти». Зміна тону вегетативної нервової системи (підвищення тону *n. vagus*) спричиняє у вагітної з ЛМ сонливість, дратливість, нудоту, закрепи (через зниження тону гладкої мускулатури кишок) тощо, що пов'язано зі змінами в ендокринній

системі. Тож необхідна саплементна підтримка організму вагітної, підтримка макро- і мікроелементами, вітамінами, докозагексаєсновою кислотою у фізіологічних дозах. Фізіологічні дози вказаних речовин містяться у Фемібіоні 1 і 2 [8, 9].

Слід зазначити, що процес вагітності в жінок із ЛМ, які перебувають у стані стресу (гострого / хронічного) у результаті війни та періоду після пандемії COVID-19, обґрунтовано потребує застосування сучасної персоналізованої підтримки адаптаційних змін в організмі, що є складником менеджменту запобігання акушерсько-перинатальним ускладненням за допомогою застосування саплементної підтримки впродовж термінів гестації [15, 22].

У вагітних із ЛМ найбільш поширеними є анемії внаслідок дефіциту фолієвої кислоти та заліза. Анемія розвивається і за дефіциту інших вітамінів та вітаміноподібних сполук групи В (В₁, В₂, В₄, В₆, В₈, В₁₂ тощо), вітаміну Т (карнітину), вітальних мікроелементів (цинк, мідь тощо), через хронічну субтоксичну інтоксикацію свинцем, захворювання шлунково-кишкового тракту, гепатобіліарної системи та за іншої екстрагенітальної патології [1, 4].

Отже, отримані результати дослідження підтверджують ефективність проведеної передконцепційної підготовки жінок із ЛМ до вагітності й запропонованого алгоритму ведення вагітних за триместрами гестації.

ВИСНОВКИ

1. У тактиці ведення вагітних, які мають ЛМ, важливим є своєчасне обґрунтування та проведення персоналізованої профілактики можливих гестаційних ускладнень на підставі визначення клінічного стану, преморбідного фону, факторів ризику, генетичної схильності тощо. Розуміння патогенетичних механізмів виникнення і розвитку можливих гестаційних ускладнень у різні терміни вагітності є важливим для своєчасного визначення алгоритму превентивної терапії.

2. Профілактика гестаційних ускладнень у жінок із ЛМ має бути етапною, комбінованою, етіопатогенетично обґрунтованою.

3. Жінкам із ЛМ належить планувати свою вагітність. Для цього необхідна своєчасна просвітницька робота, яку доцільно проводити з підліткового віку дівчини. На особливу увагу заслуговують діти із сімей групи ризику щодо виникнення пухлинних процесів. Своєчасне виховання культури здоров'я є обов'язком медичних працівників та батьків.

4. Передконцепційну підготовку до вагітності жінкам, які мають ЛМ, рекомендовано проводити впродовж 3–4 місяців до запліднення з метою нормалізації менструального циклу, гормонального гомеостазу, профілактики гіповітамінозів, мікроелементозів, нормалізації екосистеми шлунково-кишкового тракту, сечовивідної системи, генітального тракту тощо.

5. Під час вагітності профілактичні заходи передбачають підтримку гормонального балансу, окисно-відновних процесів, фолатного циклу тощо.

6. Динамічне спостереження за станом вагітної і фетоплацентарного комплексу за триместрами гестації на підставі показників клінічного, лабораторного, апаратного моніторингу є обов'язковим. Терапевтичні заходи повинні охоплювати:

психоемоційний спокій, раціональне харчування, арттерапію, питний режим, мікронізований прогестерон, вітамін D, препарати магнію, вітаміно-, макро- і мікроелементні комплекси для кожного триместру вагітності (Фемібіон 1 і Фемібіон 2), своєчасну профілактику дисбіозу, сонографічний контроль (фетометрія, плацентографія, доплерометрія, цервікометрія за показаннями) тощо.

Конфлікт інтересів

Автори зазначають відсутність конфлікту інтересів і зв'язку з фармацевтичними компаніями.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бабієнко ВВ, Мокієнко АВ. Обґрунтування визначення та корекції дефіциту магнію як есенційного макронутрієнта та стреслімітуючого фактору (огляд літератури та результатів власних досліджень) Public Health Journal. 2023; 3:23–32. Babienko VV, Mokienko AV. Substantiation of the definition and correction of magnesium deficiency as an essential macronutrient and stress-limiting factor (review of the literature and results of our own research). Public Health Journal. 2023;3:23–32. DOI: <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.3.3>
2. Косей НВ, Татарчук ТФ, Плаксієва КД, та ін. Оптимізація оперативного лікування міоми матки у жінок з ожирінням та метаболічним синдромом. Репродуктивна ендокринологія. 2022;1(67):40–46. Kosei NV, Tatarchuk TF, Plaksieva KD, et al. Optimization of surgical treatment of uterine fibroids in women with obesity and metabolic syndrome Reproductive endocrinology. 2022;1(67):40–46. DOI: [10.18370/2309-4117.2023.67.40-46](https://doi.org/10.18370/2309-4117.2023.67.40-46).
3. Кузьоменська МЛ, Чирва СЛ. Аналіз сучасних поглядів на міому матки та методи її лікування. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;3(48):41–7. Kuziomenka ML, Chirva SL. Analysis of modern views on uterine fibroids and methods of its treatment. Reproductive health of women. 2021;3(48):41–7. DOI: <https://doi.org/10/30841/2708-8731.3/2021.234243>
4. Кузьоменська МЛ, Нікітіна ІМ. Оптимізація методів лікування лейоміоми матки в жінок репродуктивного віку: монографія Суми: СумДУ, 2022. 216 с. Kuziomenka ML, Nikitina IM. Optimization of treatment methods for uterine leiomyoma in women of reproductive age: monograph. Sumy: SumDU, 2022. 216 p.
5. Плаксієва КД. Досвід ведення постемболізаційного синдрому у пацієнток із міомою матки. Акт. питання педіатрії акушерства та гінекології. 2021;2:125–8. Plaksieva KD. Experience in managing post-embolization syndrome in patients with uterine fibroids. Act. issues of pediatrics, obstetrics and gynecology. 2021;2:125–8. DOI: [10.11603/24116-4944.2020.2.11850](https://doi.org/10.11603/24116-4944.2020.2.11850)
6. Плаксієва КД, Косей НВ, Татарчук ТФ, та ін. Емболізація маткових артерій: Огляд літератури. Репродуктивна ендокринологія. 2022;65:14–22. Plaksieva KD, Kosei NV, Tatarchuk TF, et al. Embolization of uterine arteries: A review of the literature. Reproductive endocrinology. 2022;65:14–22. DOI: [10.18370/2309-4117.2022.65.14-22](https://doi.org/10.18370/2309-4117.2022.65.14-22).
7. Плаксієва КД, Татарчук ТФ, Косей НВ, та ін. Міома матки: синтез сучасних знань: Огляд літератури. Репродуктивна ендокринологія. 2022;63–64:8–18. Plaksieva KD, Tatarchuk TF, Kosei NV, et al. Uterine fibroids: a synthesis of modern knowledge: A review of the literature. Reproductive endocrinology. 2022;63–64:8–18. DOI: [10.18370/2309-4117.2022.63.8-18](https://doi.org/10.18370/2309-4117.2022.63.8-18).
8. Татарчук ТФ, Косей НВ, Переда СІ, та ін. До питання про стан міоми матки під час вагітності. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. 2021;1(47):54–59.

femibion®

НЕ ПРОСТО ФОЛІЄВА К-ТА¹
+ ІНШІ ВІТАМІНИ ТА МІНЕРАЛИ

ПІДТРИМУЄ
МАМУ
І ЗДОРОВИЙ
РОЗВИТОК ЇЇ
ДИТИНИ^{2,3,4}



ВІД ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

І ДО ОСТАННЬОЇ КРАПЛІ МОЛОКА*

* Мається на увазі, що Фемібіон® 1 розрахований для жінок, які планують вагітність, та вагітним до кінця 12 тижня, Фемібіон® 2 розрахований для жінок з 13 тижня вагітності і до закінчення періоду лактації.

1. Містить фолієву кислоту в поєднанні з кальцій-L-метилфолатом – активною формою фолієвої кислоти, що засвоюється організмом без додаткових перетворень. **2.** У відповідності до маркування (етикетування) дієтичної добавки Фемібіон® 1: Додаткове споживання фолієвої кислоти підвищує рівень фолатів у матері. Жінкам рекомендують приймати 400 мкг додаткової фолієвої кислоти щодня протягом принаймні одного місяця до і до трьох місяців після зачаття. Існує кілька факторів ризику розвитку дефектів нервової трубки. Вплив на окремий фактор ризику може як мати, так і не мати сприятливий ефект. **3.** У відповідності до маркування (етикетування) дієтичної добавки Фемібіон® 2: Фолієва кислота сприяє тканинному росту, наприклад, плаценти, і тому є важливою протягом всієї вагітності. Плацента забезпечує малюка всіма поживними речовинами. **4.** У відповідності до маркування (етикетування) дієтичної добавки Фемібіон® 2: Споживання докозагексаєнової кислоти, ДГК, матір'ю сприяє нормальному розвитку мозку та очей плоду та немовляти на грудному вигодовуванні. На додаток до рекомендованої добової норми споживання 250 мг Омега-3 жирних кислот (ДГК та ейкозапентаєнової кислоти, ЕПА) для дорослих, вам рекомендується приймати ще 200 мг ДГК.

Фемібіон® 1 - Для жінок які планують вагітність, та вагітним до кінця 12 тижня. Рекомендації до споживання: може бути включена до складу раціонів дієтичного харчування, рекомендованих лікарем для жінок з метою оптимізації хімічного складу раціону як додаткове джерело фолієвої кислоти, вітамінів B1, B2, B6, B12, C, D, E, біотину, ніацину, пантотенової кислоти, йоду, селену, заліза, холіну. Форма випуску: таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 14 таблеток у білестері, по 2 білестери в картонній упаковці. Не є лікарським засобом.

Фемібіон® 2 - Для жінок з 13 тижня вагітності і до закінчення періоду лактації. Рекомендації до споживання: може бути включена до складу раціонів дієтичного харчування, рекомендованих лікарем для жінок з метою оптимізації хімічного складу раціону як додаткове джерело фолієвої кислоти, вітамінів B1, B2, B6, B12, C, D, E, біотину, ніацину, пантотенової кислоти, йоду, селену, заліза, цинку, магнію, докозагексаєнової кислоти, лютену. Форма випуску: таблетки, вкриті плівковою оболонкою та капсули м'які по 7 таблеток та 7 капсул у білестері, по 4 білестери в картонній упаковці. Не є лікарським засобом.

Перед призначенням ознайомтеся із маркуванням (етикетуванням) дієтичної добавки.

Інформація про дієтичну добавку для медичних та фармацевтичних працівників.

За додатковою інформацією звертайтеся за адресою: ТОВ «Др. Редді'с Лабораторізі», Столичне шосе, 103 11-А, м. Київ, Україна, 03026, тел. +380444923173.

FM-25.10.2025-Rx2-8.1

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ

Tatarchuk TF, Kosei NV, Regeda SI.

On the question of the state of uterine fibroids during pregnancy. Collection of scientific works of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine. 2021;1(47):54–59.

DOI: [https://doi.org/10.35278/2664-0767/1\(47\)/2021.242698](https://doi.org/10.35278/2664-0767/1(47)/2021.242698).

9. Татарчук ТФ, Косей НВ, Редько НО, та ін.

Органозберігаюче лікування симптомної лейоміоми матки у пацієнтки репродуктивного віку. Репродуктивна ендокринологія. 2016;28:94–100.

Tatarchuk TF, Kosei NV, Redko NO, et al.

Organ-sparing treatment of symptomatic uterine leiomyoma in a patient of reproductive age. Reproductive endocrinology. 2016;28:94–100.

DOI: 10.18370/2309-4117.2016.28.94-100.

10. Шевчук ОВ, Дубчак АЄ, Корнацька АГ. Вплив

лейоміоми матки на ускладнення першого триместру вагітності. Акушерство та гінекологія. 2022;2:32–37.

Shevchuk OV, Dubchak AE, Kornatska AG. The influence of

uterine leiomyoma on complications of the first trimester of pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2022;2:32–37.

DOI: <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2022.2.13244>

11. Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM.

Complications in and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. Obstet. Gynecol. 2000;95:764–769. DOI: 10.1016/s0029-7844(99)00605-5.

12. Carpinì CDG, Verdecchia V, Papicchio M, Grelloni C.

Comparison of uterine fibroids' growth pattern during

pregnancy according to fetal sex: An observational study.

Biology of Sex Differences 10.1. 2019; 10(1): 53–60.

DOI: <https://doi.org/10.1186/s13293-019-0266-2>.

13. Ghosy S, Naftalin J, Imrie R, Hoo WL.

Natural history of UTERINE Fibroids: A Radiological Perspective. Curr Obstet Gynecol Rep. 2018;7(3):117–21.

DOI: 10.1007/s13669-018-0243-5.

14. Girault A, Le Ray C, Chapron C, et al.

Leiomyomatous uterus and preterm birth: An exposed/unexposed monocentric cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2018 Oct;219(4):410.e1–410.e7.

DOI: 10.1016/j.ajog.2018.08.033.

15. Karelsen KI, Kesmodel US, Mogensen O, et al.

Relationship between a uterine fibroid diagnosis and the risk of adverse obstetrical outcomes; A cohort study. BMJ Open;2020;10.2:e032104.

DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032104.

16. Kim M.

Spontaneous complete regression of large uterine fibroid after the second vaginal delivery. Medicine (Baltimore). 2018 Nov;97(45):e13092.

DOI: 10.1097/md.00000000000013092

17. Lee SJ, Ko HS, Na S, et al.

Nationwide population-based cohort study of adverse obstetric outcomes in pregnancies with myoma or following myomectomy: Retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Nov 23;20(1):716.

DOI: 10.1186/s12884-020-03406-9.

18. Mercy SE, Lekpa KD.

Prevalence of Uterine Leiomyoma Coexisting with Intrauterine Pregnancy. International Journal of Research and Innovation in Applied Science (IJRIAS).

2021;5(3):31–5.

19. Bozbay ÖP, Arslan DS, Gündüz R, Bozba.

NEvaluation of Myomectomy During Cesarean Section: A Tertiary Center Experience. Dergi Park Akademik. 34 Issue: 5. (2020): 708–13. DOI: 10.54005/geneltip.1523994

20. Pecout M, Cosson M, Collinet P, et al.

Disappearance of a Myoma after pregnancy in a 38 years OLD patient, treated by Ulipristal Acetate without success before getting pregnant. J Gynecol Obstet Hum Reprod.

2019 Nov;48(9):781–783.

DOI: 10.1016/j.jogoh.2019.03.015.

21. Perez-Roncero GR, Lopez-Baena MT, Ornat L.

Uterine fibroids and preterm birth risk: a systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, JUL 6]. J. Obstet. Gynecol. Res. 2020;10:1111.

DOI: 10.1111/JOG.14343

22. Tutchenko T, Tatarchuk T, Kosey N, Plaksieva K.

Successful treatment of a difficult case of uterine fibroid with subsequent live birth: case report. GREM. 2022;1(3):21–26.

DOI: 10.53260/grem.223013

23. Yan L, Yu Q, Zhang Y-nan, et al.

Effect of Type 3 intramural fibroids on in vitro fertilization–intracytoplasmic sperm injection outcomes: A retrospective cohort study. Fertil Steril. 2018

May;109(5):817–822.e2

DOI: 10.1016/j.fertnstert.2018.01.007

24. Zhang J, Zou B, Wang K.

Spontaneous expulsion of a huge cervicallomyoma from the vagina after cesarean. Medicine. 2018

Aug;97(33):e11766.

DOI: 10.1097/md.00000000000011766.

ПРОФІЛАКТИКА ГЕСТАЦІЙНИХ УСКОДНЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

В.П. Міщенко, д. мед. н., професорка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса

В.В. Міщенко, д. мед. н., професор кафедри хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини, терапії та онкології Одеського національного медичного університету, м. Одеса

Обґрунтування. Наявність лейоміоми матки (ЛМ) у вагітної є чинником ризику розвитку ускладнень, пов'язаних із процесом імплантації, прогестеронової трансформації ендометрія, недостатності інвазії ворсинчастого хоріона, порушення метаболізму децидуальної тканини, неповної трансформації спіральних артерій тощо.

Мета дослідження: визначення комплексу профілактичних заходів для запобігання гестаційним ускладненням у жінок із ЛМ.

Матеріали та методи. Обстежено 27 жінок, які перебували під наглядом лікаря до та під час вагітності згідно з розробленим нами алгоритмом (основна група), та 27 жінок, які стали під нагляд лікаря на різних термінах вагітності без попередньої передконцепційної підготовки (група порівняння). Вік учасниць дослідження становив $29 \pm 1,5$ року. Жінки пройшли клінічне, лабораторно-клінічне, біохімічне, апаратне обстеження (УЗД, зокрема доплерометрію) до та під час вагітності згідно із чинними наказами МОЗ України. Розроблено й запропоновано комплексний поетапний алгоритм ведення жінок із ЛМ до та під час вагітності за триместрами гестації, який охоплював психоемоційний режим, раціональне харчування, застосування мікронізованого прогестерону, вітаміну D, препаратів магнію та вітаміно-, макро- та мікроелементних комплексів.

Результати. У вагітних із ЛМ було виявлено ускладнений соматичний, гінекологічний і акушерський анамнези. У I, II і III триместрах частота гестаційних ускладнень вірогідно переважала в жінок групи порівняння. У групі жінок, ведення яких здійснювалось згідно із запропонованим алгоритмом, що передбачав передконцепційну підготовку, вірогідно нижчою була частота загрози переривання вагітності, передчасних пологів, анемії, істміко-цервікальної недостатності порівняно з групою порівняння.

Висновки. Жінкам, які мають ЛМ, рекомендовано планування вагітності, персоналізовану етапну, комбіновану, етіопатогенетично обґрунтовану профілактику гестаційних ускладнень. Передконцепційну підготовку до вагітності жінкам із ЛМ рекомендовано проводити протягом 3–4 місяців до запліднення з метою нормалізації менструального циклу, гормонального гомеостазу, профілактики гіповітамінозів, мікроелементозів, нормалізації екосистеми шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи, генітального тракту.

Ключові слова: лейоміома матки, гестаційні ускладнення, профілактика, передконцепційна підготовка.

PREVENTION OF GESTATIONAL COMPLICATIONS IN WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMA

V.P. Mishchenko, MD, professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Odessa

V.V. Mishchenko, MD, professor, Department of Surgery, Radiodiagnosis, Radiation Medicine, Therapy and Oncology, Odessa National Medical University, Odessa

Background. Uterine leiomyoma (UL) in a pregnant woman is a risk of complications associated with the implantation process, progesterone transformation of the endometrium, insufficient invasion of the villous chorion, impaired metabolism of decidual tissue, incomplete transformation along the entire line of spiral arteries, etc.

Objective of the study: to determine a set of preventive measures for the occurrence of gestational complications in women with UL.

Materials and methods. 27 women who were under the supervision of a doctor before and during pregnancy according to the algorithm we developed (the main group), and 27 women who came under the supervision of a doctor at different stages of pregnancy without prior preconceptional preparation (the comparison group) were examined. The age of the participants was 29 ± 1.5 years.

Women underwent clinical, laboratory-clinical, biochemical, and instrumental examinations (ultrasound, including Doppler) before and during pregnancy according to the current orders of the Ministry of Health of Ukraine.

A comprehensive staged algorithm for the management of women with UL before and during pregnancy by trimester of gestation was developed and proposed, which included a psycho-emotional regimen, a balanced diet, the use of micronized progesterone, vitamin D, magnesium preparations, and vitamin-macro-microelement complexes.

Results. Pregnant women with UL had a complicated somatic, gynecological, and obstetric history. The frequency of gestational complications significantly prevailed in women of the comparison group in the I, II and III trimesters. In the group of women whose management was carried out according to the proposed algorithm, which included preconceptional preparation, the frequency of threatened abortion, premature birth, anemia, isthmio-cervical insufficiency was significantly lower compared to the comparison group.

Conclusions. Women with LM are recommended pregnancy planning, personalized staged, combined, etiopathogenetically based prevention of gestational complications. Preconceptional preparation for pregnancy for women with UL is recommended to be carried out for 3–4 months before fertilization in order to regulate the menstrual cycle, hormonal homeostasis, prevent hypovitaminosis, microelementosis, normalize the ecosystem of the gastrointestinal tract, urinary system, and genitourinary tract.

Keywords: uterine leiomyoma, gestational complications, prevention, preconceptional preparation. □