

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ GESTAЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ЖІНОК З АДЕНОМІОЗОМ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2025.81.18-26>



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: valentyina.mishchenko@onmedu.edu.ua
Тел: +38 (067) 749 67 51

ВСТУП

Перебіг гестаційних процесів в організмі жінки залежить від багатьох чинників, зокрема гінекологічної патології. Однією із нозологічних форм гінекологічної патології, яка не втрачає своєї актуальності впродовж багатьох десятиліть, є аденоміоз матки (N80.0) [1]. Актуальність аденоміозу в акушерській практиці зумовлена тим, що ця патологія у більшості жінок пов'язана з наявними проблемами процесу імплантації, плацентазії, виношування вагітності, перебігу пологів і післяпологового періоду [2, 3].

Незважаючи на значні успіхи науковців у вивченні питань етіології, патогенезу, клініки, діагностики, терапії аденоміозу в жінок репродуктивного віку, частота гестаційних ускладнень залишається високою [4, 5]. Аденоміоз є одним із доведених тригерних чинників виникнення акушерських ускладнень. Патогенетичний механізм останніх базується на наслідках інвазії клітин ендометрія в тканини міометрія [6, 7]. Цей процес відомий із 1972 року, коли група науковців уперше визначила аденоміоз як гіпертрофований і гіперплазований ендометрій, розміщений навколо ектопічних ненеоплазованих ендометріальних залоз і стром, що призводить до збільшення розмірів матки та зміни її форми [8, 9].

За даними літературних джерел [10, 11], частота аденоміозу в популяції сягає 70–80% і не має тенденції до зниження. Водночас захворювання зустрічається у 10% жінок загальної популяції, у 50% – з безпліддям, у 55–84% – поєднується з лейоміомом матки, ендометріозом, гіперпластичними процесами, пухлинами яєчників, мастопатіями тощо та пов'язаний із багатьма факторами, зокрема з гінекологічними захворюваннями та безпосередньо з інвазивними втручаннями [12, 13].

Сьогодні існують такі класифікації аденоміозу:

- за формою: осередковий, вузловий, дифузний, дифузно-вузловий [5, 6];
- за глибиною проникнення ендометрія в міометрій: I, II, III та IV ступенів;
- за активністю патологічного процесу: активна й неактивна форми [14–16].

Клінічно аденоміоз характеризується мультисимптомністю (порушенням менструального циклу, тазовим болем, диспареуні-

єю тощо) [2, 3] і залежить від форми (дифузний, вузловий, вогнищевий, змішаний).

На жаль, рівень діагностики аденоміозу на ранніх стадіях захворювання залишається низьким через невиразні клінічні симптоми, пізні звернення пацієнток до спеціаліста, невідомість жінок щодо патології, відсутню / малоефективну просвітницьку роботу, відсутню диспансеризацію дівчаток-підлітків із груп ризику, сімейний анамнез яких обтяжений аденоміозом, тощо [4, 9]. Клінічний діагноз захворювання підтверджується на пізніших термінах, коли вже є виражені клінічні ознаки як основної патології, так і супутньої та їхніх ускладнень. Серед окреслених процесів особливе значення мають інфекційні захворювання, зокрема статевих органів, які водночас обтяжують клінічний перебіг основного захворювання – аденоміозу [2, 4]. Поліетіологічне інфікування може сприяти виникненню вторинного імунodefіциту, порушувати ендокринну функцію яєчників, зумовлювати розлад в системі згортання крові тощо.

Перебіг аденоміозу клінічно й лабораторно проявляється гормональним дисбалансом, порушенням системи згортання крові, погіршенням психоневрологічного стану, що потребує своєчасної етіопатогенетичної профілактики й терапії. Препаратами вибору є макро-, мікроелементи, вітаміни, зокрема препарати мікроелемента магнію та вітаміну D [1, 3, 5, 13].

Наявність аденоміозу будь-якого ступеня тяжкості негативно позначається на стані ментального здоров'я жінок [17–19]. Такі клінічні симптоми, як біль, розлади менструальної функції, диспареунія тощо є тригерними чинниками психоневрологічних станів, а саме: тривожних розладів, депресії, стресу тощо [20–22]. Порушення ментального здоров'я особливої актуальності набуло в постковідний період та роки повномасштабної війни в нашій країні [2, 3, 23].

Усе вищенаведене негативно позначається на процесах запліднення, виношування вагітності та перебігу пологів у жінок репродуктивного віку, які мають аденоміоз.

Мета дослідження: визначення алгоритму ведення вагітних з аденоміозом I–II ступенів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Спостереження охоплювало 51 жінку репродуктивного віку з-поміж мешканок міста Одеси й області, а також внутрішньо переміщених осіб.

Учасниць дослідження було розділено на групи:

- I група (контрольна) охоплювала 17 (33,3%) осіб без ускладненого гінекологічного анамнезу;
- II група (основна) – охоплювала 34 (66,7%) жінки з аденоміозом I–II ступенів тяжкості й була розподілена на дві підгрупи по 17 осіб:
- група II-а – жінки, які перебували під наглядом лікаря до вагітності й пройшли передконцепційну підготовку;
- група II-б – жінки, які отримали нагляд лікаря на ранніх термінах вагітності без попередньої передконцепційної підготовки.

Усім учасницям проводили клініко-лабораторні обстеження (ПЛР, клінічне, біохімічне, імуноферментне, бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження біологічних рідин (кров, сеча, піхвовий вміст)), апаратні обстеження (УЗД, зокрема доплерометрію) до та під час вагітності згідно із чинними наказами МОЗ України.

Розроблений і запропонований поетапний алгоритм ведення жінок з аденоміозом I–II ступенів до та під час вагітності охоплював вивчення анамнестичних даних, а саме:

- анамнез життя: вік пацієнтки, професійну приналежність, освіту, умови мешкання тощо;
- сімейний анамнез, зокрема щодо наявності ідентичних захворювань у членів родини за материнською лінією в останніх поколіннях;
- соматичний анамнез, зокрема наявні / перенесені екстрагенітальні захворювання, тривалість, ефективність лікування тощо;
- акушерсько-гінекологічний анамнез: вік менархе, особливості періоду статевого становлення, характеристики менструального циклу, кількість вагітностей та їх реалізація, репродуктивні втрати, наявність акушерської та гінекологічної патології, тривалість, ефективність лікування, репродуктивні втрати, хірургічні втручання з приводу акушерської / гінекологічної патології тощо; визначення факторів ризику виникнення аденоміозу; перенесені інвазивні втручання в порожнину матки (внутрішньоматкова система, вишкрібання, гістероскопія, операції тощо), тривалість захворювання на аденоміоз, точний діагноз, отримувана терапія і її тривалість тощо; тривалість і процес підготовки до вагітності за її наявності.

Ведення вагітних здійснювалося згідно з наказом МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги “Нормальна вагітність”» та передбачало застосування розробленого й впровадженого алгоритму підготовки до вагітності та ведення жінки за триместрами гестації [24–26], а саме:

- оцінку психоемоційного стану та персоніфіковану корекцію порушень;
- гормонотерапію з контролем рівня прогестерону (мікронізований прогестерон);
- нестероїдний гормон вітамін D (загальний) у поєднанні з мікроелементом магнієм (з контролем рівня вітаміну D загального в сироватці крові та магнію в крові й сечі);

- фізіологічні дози фолатів у складі макро-, мікроелементних комплексів для вагітних;
- нутрієнтна підтримка.

Терапія була персоніфікована, комплексна, етапна залежно від стану пацієнтки й плода та полягала в корекції окисно-відновних процесів, гормонального балансу, гемостазіологічних показників, біоценозу піхви, психоемоційного стану в кожному триместрі окремо [27–29].

Дослідження було виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації (Declaration of Helsinki 1994, 2000, 2008) Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association). Було отримано інформаційну згоду пацієнток на участь у дослідженні.

Статистична обробка результатів виконувалась із застосуванням програми «Statistica 10» Enterprise Porttable (2011) із визначенням середньої величини (M) та середньої похибки (m). Вірогідність отриманих результатів визначалась за допомогою критерію Стюдента за $p < 0,05$ та менше.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Обстежувалися жінки віком від 25 до 42 років: контрольна група – 25–35 років, основна – 33–42 роки. Середній термін захворювання на аденоміоз після верифікації діагнозу становив від 5 до 7 років.

Серед 34 жінок основної групи виявлено такі соматичні захворювання: серцево-судинної системи – у 26 (76,5%), шлунково-кишкового тракту – у 27 (79,4%), хронічні закрепи – у 13 (38,2%), геморой – в 11 (32,4%), гепато-біліарної системи – у 12 (35,3%), сечовивідної системи – у 13 (38,2%), анемії – у 9 (26,5%), ендокринопатії – у 17 (50,0%), щитовидної залози – у 19 (55,9%) пацієнток.

Доведено ускладнений гінекологічний і акушерський анамнез у жінок основної групи: у 9 (26,5%) – ранній початок менархе (до 11 років), у 12 (35,3%) – рясні менструації, у 6 (17,6%) – часті місячні тривалістю понад 7 днів, порушення менструального циклу в 100% (а саме: метрорагії (31,7%), менорагії (68,3%), вторинна дисменорея (61,7%)), у 8 (23,5%) – запальні захворювання жіночих статевих органів, у 6 (17,6%) – залозиста гіперплазія ендометрія, у 9 (26,5%) – лейоміома матки, в 11 (32,4%) – безпліддя (первинне, вторинне), у 9 (26,5%) – зовнішній ендометріоз, у 10 (29,4%) – дисплазії шийки матки, у 13 (38,2%) – акушерські кровотечі, у 4 (11,8%) – кесарів розтин, у 5 (14,7%) – ручне обстеження стінок порожнини матки, у 10 (29,4%) – наявність внутрішньоматкової системи, вишкрібання стінок порожнини матки – у 14 (41,2%). Ці дані вказують на високу частоту внутрішньоматкових втручань, особливо вишкрібання стінок порожнини матки (понад 40%).

Жінки основної групи здебільшого (88,2%) проходили лікування основного захворювання та ускладнень упродовж трьох останніх років.

Особливої уваги потребувала оцінка ментального здоров'я пацієнток усіх груп. Слід зазначити, що життя жінок у постковідний період, складні роки війни в Україні особливо негативно впливають на психоемоційний стан та зумовлюють тяжкі наслідки для соматичного й ментального здоров'я. Оцінку психоемоційного стану обстежуваних жінок проводили на амбулаторному етапі спостереження згідно

з Наказом МОЗ України № 437. За даними шкали Спілберге-ра та Единбурзької шкали, більшість учасниць дослідження мали високий рівень тривожності. Результати оцінки психоемоційного стану за Единбурзькою шкалою за триместрами вагітності подано на рис. 1.

Високий рівень тривожності виявлено у 50% жінок контрольної групи та в майже 100% жінок основної групи. Найвищий рівень тривожності у вагітних зафіксовано в I триместрі та в перші дні післяпологового періоду. Близько 30% жінок мали високий рівень тривожності до вагітності. Більшість із них працювали з психологом, неврологом, приймали рекомендовані препарати, які підлягали відміні на ранніх термінах вагітності. Майже в 100% обстежуваних рівень тривожності підвищувався з настанням вагітності. Індивідуальна корекція цього стану під контролем відповідних спеціалістів сприяла досягненню позитивних результатів. Наступне підвищення рівня тривожності спостерігалось в перші дні післяпологового періоду через велику радість та тривогу за дитину з приводу війни. Вірогідної різниці між показниками підгруп основної групи не виявлено.

Стан ментального здоров'я в жінок з аденоміозом позначається на клінічній оцінці вагітної, сприяє виникненню акушерських і перинатальних ускладнень, особливо в період війни в країні. У роки повномасштабного вторгнення рівень депресії у вагітних зріс у рази [1, 3]. Вагітність, пологи, післяпологовий період у пацієнок з аденоміозом перебігають на фоні значного психоемоційного навантаження, хронічного стресу та тривоги як наслідків війни в нашій країні,

тому виникає потреба в корекції показників окисно-відновних процесів, зокрема фолатного циклу, гормонального гомеостазу тощо [1, 20, 26].

Отримані результати дослідження характеризують індивідуальні особливості організму кожної жінки. Висока частота соматичної патології, захворювань генітального тракту є несприятливим преморбідним фоном, на якому відбувається запліднення і розвиток вагітності, та пояснює доцільність персоніфікованої поетапної планової комплексної передконцепційної підготовки та ведення вагітних за триместрами гестації.

Особливості перебігу вагітності за триместрами гестації відрізнялися в різних групах. У 17 жінок контрольної групи (умовно здорові жінки) вагітність, пологи та післяпологовий період перебігали за фізіологічним типом. У жінок основної групи виявлено клінічні відмінності між підгрупами. Клінічний перебіг вагітності за триместрами подано в таблиці 1.

Порівняльний аналіз клінічного перебігу вагітності в жінок різних груп за триместрами гестації показав вірогідну різницю. Уже в I триместрі в осіб групи II-б, які вступили в процес вагітності без передконцепційної підготовки, реєструвалися переривання вагітності (завмерла вагітність, анембріонія), ускладнений перебіг вагітності (передлежання хоріона, відшарування хоріона, заоболонкові гематоми, істміко-цервікальна недостатність), вірогідно вищою була частота блювання вагітних, залізо-/фолієво-дефіцитної анемії.

У II і III триместрах динаміка ускладнень була ідентичною. Частота ускладнень була вірогідно більшою в жінок групи II-б,

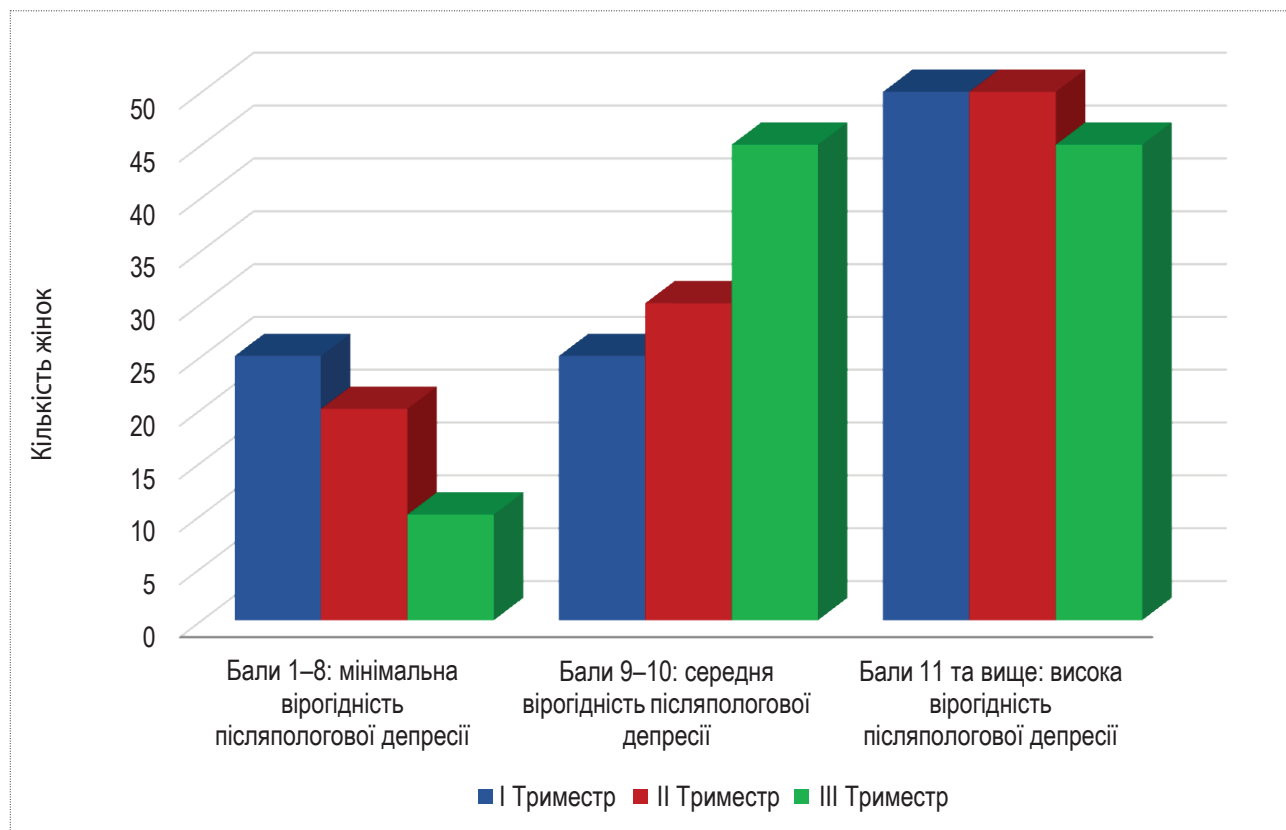


Рисунок 1. Результати оцінки психоемоційного стану в обстежуваних жінок за Единбурзькою шкалою (n = 51)

Таблиця 1. Клінічний перебіг вагітності за триместрами

Нозологічні форми	Групи					
	I		II-a		II-b	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Триместр I, n = 34						
Загроза викидня	2	11,8	5	29,4*	11	64,7*
Ретрохоріальна гематома	0	0	3	17,6*	6	35,3*
Заоболонкові гематоми	0	0	3	17,6*	6	35,3*
Істміко-цервікальна недостатність	0	0	2	11,8*	4	23,5*
Анембріонія	0	0	0	0	1	5,9*
Завмерла вагітність	0	0	0	0	1	5,9*
Передлежання хоріона	0	0	4	23,5*	7	41,2*
Блювота вагітних	3	17,6	7	41,2	10	58,8*
Анемія залізо-/фолієводефіцитна	0	0	0	0	8	47,1*
Триместр II, n = 32						
Загроза викидня / передчасних пологів	1	17,6	5	29,4*	9	60,0*
Відшарування плаценти	0	0	2	11,8*	6	40,0*
Заоболонкові гематоми	0	0	0	0	3	20,0*
Передлежання плаценти	0	0	2	11,8*	6	40,0*
Багатоводдя	0	0	3	17,6*	4	26,7*
Маловоддя	0	0	2	11,8*	3	20,0*
Аntenатальна загибель плода	0	0	0	0	0	0
Істміко-цервікальна недостатність	0	0	2	11,8*	4	26,7*
Анемія залізо-/фолієводефіцитна	0	0	3	17,6*	9	60,0*
Триместр III, n = 32						
Загроза передчасних пологів	0	0	5	29,4*	7	46,7*
Відшарування плаценти	0	0	5	29,4*	3	20,0*
Дисфункція плаценти	0	0	5	29,4*	7	46,7*
Синдром затримки росту плода	0	0	0	0	2	13,3*
Багатоводдя	0	0	0	0	4	26,7*
Маловоддя	0	0	0	0	2	13,3*
Аntenатальна загибель плода	0	0	0	0	0	0
Анемія залізо-/фолієводефіцитна	0	0	0	0	9	60,0*

* p < 0,05 порівняно з групою I

які реалізувались передчасними пологами в 30% обстежуваних проти 11,8% у жінок групи II-a.

На особливу увагу заслуговують результати визначення вмісту в крові й сечі обстежуваних жінок лабораторних показників, що представлені в таблиці 2.

Вивчення лабораторних показників дало змогу виявити вірогідну різницю між групами.

За даними досліджень, магній всмоктується в тонкому кишківнику за участі вітаміну D [1, 3, 5, 13]. За нашими даними, в обстежуваних жінок констатовано низький вміст у крові вітаміну D і високу захворюваність гастродуоденальної системи.

Вітамін D визнано стероїдним гормоном. За своїми фармакологічними властивостями він позитивно впливає на рівень мікроелемента магнію в крові, добовій сечі та організмі загалом. Магній і вітамін D впливають на вміст заліза, кальцію, фосфору, сприяють стабілізації неврологічної реакції, імунорегуляторних функцій, зменшують процеси запалення за допомогою прискорення окиснювальних ре-

акцій тощо. У клінічній практиці відомо, що дефіцит вітаміну D проявляється хронічною втомою, головними болями, нервозністю, розладами шлунково-кишкового тракту, метаболічним синдромом, захворюваннями серцево-судинної системи тощо.

У нашому дослідженні з профілактичною / терапевтичною метою були обрані препарати вітчизняного виробника Відеїн-KB (містить вітамін D₃ у дозі 2000 МО) та Відеїн (містить вітамін D₃ у дозі 4000 МО), які жінки приймали щоденно персоналізованими дозами й курсами на підставі результатів лабораторних тестів.

Також в учасниць дослідження різнився рівень магнію в крові та добовій сечі залежно від виразності патологічних проявів психоемоційного стану. Науково доведено, що хроніострес супроводжується дефіцитом магнію [13]. Загальновідомо, що мікроелемент магній є кофактором понад 300 ферментів в організмі людини, незамінним складником АТФ-залежних біохімічних реакцій та багатьох інших процесів. Достатній рівень магнію сприяє

Таблиця 2. Лабораторне визначення вмісту біологічних речовин ($M \pm m$)

Показник	Референтне значення	Групи (n = 51)		
		I (n = 17)	II-a (n = 17)	II-б (n = 17)
Гемоглобін, г/л	10–120	120 $\pm$ 5,5	115 $\pm$ 5,4	105 $\pm$ 5,3
Залізо в сироватці крові, мкмоль/л	6,6–26,0	18,2 $\pm$ 0,91	18,0 $\pm$ 0,9	17,4 $\pm$ 0,87
Феритин, нг/мл	6–159	18,1 $\pm$ 0,67	16,3 $\pm$ 0,81	15,8 $\pm$ 0,79
Вітамін D загальний у крові, нг/мл	30,0–50,0 < 30,0 – ризик недостатнього споживання	29,6 $\pm$ 1,5	31,3 $\pm$ 1,6	32,4 $\pm$ 1,7
Магній у сироватці крові, ммоль/л	0,66–1,07	0,62 $\pm$ 0,03	0,60 $\pm$ 0,03	0,58 $\pm$ 0,02
Магній у добовій сечі, ммоль/24 год	5 0,5 – у разі дефіциту	4,6 $\pm$ 0,3	4,2 $\pm$ 0,2	4,0 $\pm$ 0,2
Фолієва кислота, нг/л	4,6–18,7	5,6 $\pm$ 0,3	4,6 $\pm$ 0,2	4,3 $\pm$ 0,25

стабілізації функції нервової системи, релаксації судин, регуляції клітинного росту, біосинтезу білкових молекул, нейропротекторним процесам тощо. Перебування організму в стресовому стані підвищує дисбаланс обміну магнію. В організмі людини виникає дефіцит (мікроелементоз) магнію.

За нашими даними, в обстежуваних жінок лабораторно доведено дефіцит магнію в крові та добовій сечі, а також дефіцит вітаміну D. На тлі дефіциту / зниженого вмісту магнію посилюються симптоми тривоги, що особливо важливо знати під час ведення вагітних жінок.

Це підтверджують і дані літератури, які свідчать, що вагітні з аденоміозом мають дефіцит вітаміну D і мікроелемента магнію [1]. Водночас що вищим є ступінь тривожності, то нижчим є рівень магнію, вітаміну D, гемоглобіну, феритину [26].

Важливо зазначити, що рівень магнію в сироватці крові не відображає його загального вмісту в організмі. Доведено, що неадсорбований у кишківнику магній виводиться з організму із сечею та калом. Рівень магнію в сироватці крові змінюється залежно від його екскреції із сечею, що підкреслює важливість визначення вмісту магнію в сироватці крові й добовій сечі одночасно.

Зазначене вище доводить раціональність застосування препаратів магнію в персоналізованих дозах жінкам з аденоміозом до та під час вагітності. Особливо це актуально під час сучасної війни.

У нашому дослідженні ми застосовували препарат вітчизняного виробника Магнікум-антистрес із метою стабілізації рівня мікроелемента магнію в організмі жінок, зокрема для нормалізації загального стану в разі підвищеної збудливості, тривожності, дратливості, порушень сну, м'язових судом, болю в м'язах тощо. Магнікум-антистрес містить магнію цитрату 618,43 мг, що еквівалентно магнію 100 мг, і піридоксину гідрохлориду 10 мг. Дозу препарату й тривалість курсу підбирали індивідуально (1–2 таблетки на добу).

У жінок контрольної групи зберігались фізіологічні рівні вітаміну D та магнію впродовж трьох триместрів. У вагітних групи II-a показники були вищими порівняно з групою II-б, що можна пояснити ефективно проведеною передконцепційною підготовкою та своєчасною корекцією показників, що вивчалися відповідно до сучасних рекомендацій Наказів МОЗ України та протоколів щодо ведення вагітних.

Клінічний перебіг пологів мав вірогідні відмінності між групами. Характеристика пологів у обстежуваних жінок подана в таблиці 3.

Вірогідно вищими ускладнення були в жінок групи II-б. Привертає увагу високий показник гіпотонічних кровотеч у пологах. Пояснити це можна анатомо-морфологічними особливостями структури ендометрію в жінок з аденоміозом. Крім цього, жінки, гінекологічний анамнез яких був обтяжений аденоміозом, тривалий час систематично приймали медикаментозні препарати з приводу основного захворювання і загострення соматичної патології. А поліпрагмазія може провокувати пригнічення ланок імунітету, порушення в системі згортання крові та інші розлади.

Загальний стан матері, особливості перебігу вагітності, пологів є взаємопов'язаними чинниками, які впливають на ante-, інтранатальний стан плода й новонародженого. Оцінка стану новонароджених у строкових пологах показана на рис. 2.

Аналіз оцінки стану новонароджених дітей у строкових пологах показав різницю між групами обстежуваних, що підтверджує позитивний результат впливу передконцепційної підготовки до вагітності. Так, у групі II-б оцінка стану плода за шкалою Апгар була найнижчою: новонароджені переважно отримали 7–6 балів, тоді як в інших групах цей показник був вищим.

Отже, представлений клінічний матеріал підтверджує ефективність проведеної передконцепційної підготовки жінок з аденоміозом до вагітності й розробленого та запропонованого алгоритму ведення вагітних за триместрами гестації, а також ведення породіль.

ВИСНОВКИ

1. Жінки з аденоміозом і репродуктивними планами потребують систематичного диспансерного нагляду, зокрема із застосуванням етіопатогенетичної терапії і своєчасною комплексною етапною персоналізованою передконцепційною підготовкою до вагітності.

2. Алгоритм ведення вагітних з аденоміозом має бути виключно персоналізованим залежно від клінічного загального стану матері й плода, показників апаратно-лабораторного обстеження в динаміці спостереження.

Таблиця 3. Характеристика пологів в учасниць дослідження

Особливості пологів	Групи (n = 49)					
	I (n = 17)		II-a (n = 17)		II-б (n = 15)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Термінові пологи	17	100	15	88,2	12	80,0
Передчасні пологи	0	0	2	11,8	3	20,0
Кесарів розтин	0	0	3	17,6	4	26,7
Передчасне відходження навколоплідних вод	0	0	2	11,8	6	40,0*
Відшарування плаценти	0	0	0	0	1	6,7*
Слабкість пологової діяльності	0	0	2	11,8	4	26,7
Інтранатальний дистрес плода	0	0	0	0	2	13,3*
Гіпотонічна кровотеча	0	0	4	23,5	7	46,7*
Розриви шийки матки, піхви, промежини	0	0	2	11,8	5	33,3*
Розрив матки	0	0	0	0	0	0

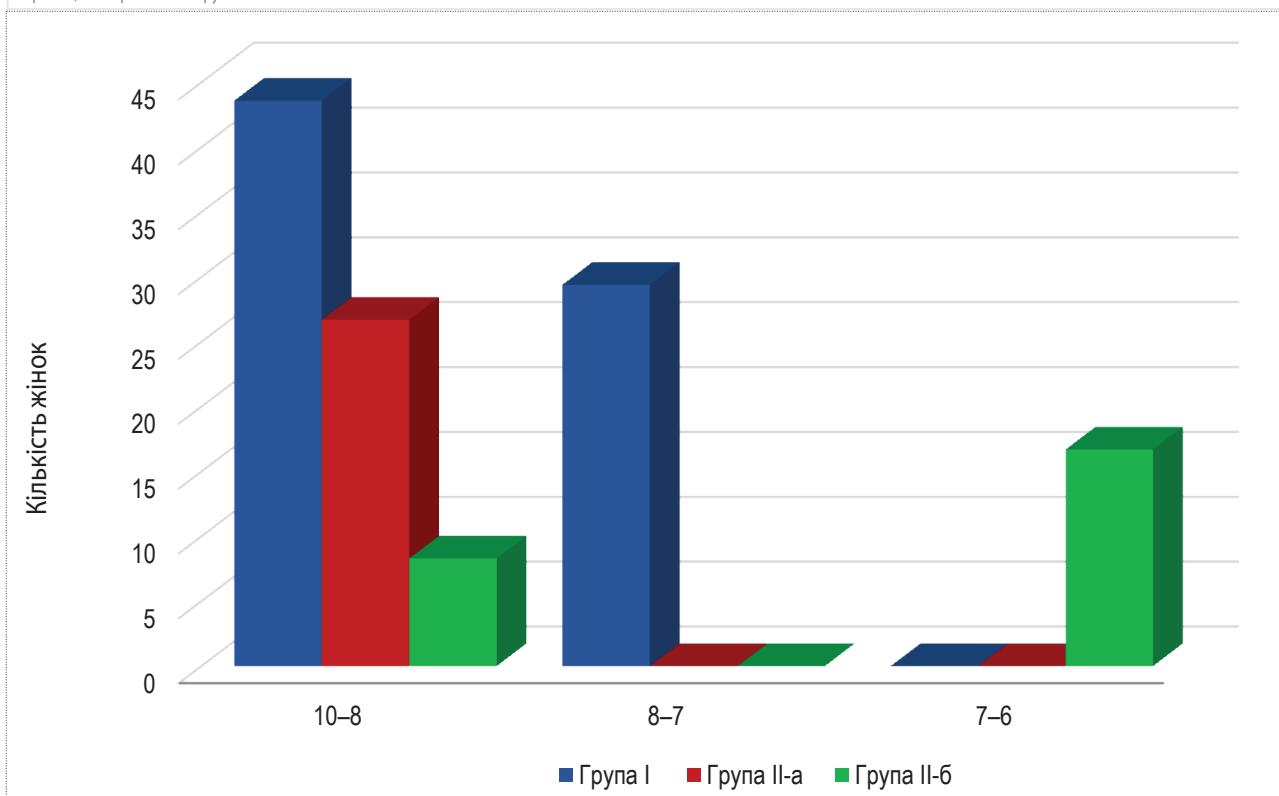
* $p < 0,05$ порівняно з групою II-а.

Рисунок 2. Оцінка стану новонароджених у строкових пологах за шкалою Апгар, бали (n = 51)

3. Ведення пологів має здійснюватися з акушерською настороженістю щодо кровотеч. Жінки з аденоміозом підлягають передконцепційній підготовці за 4–6 місяців до вагітності, яка передбачає гормонотерапію (мікронізований прогестерон), вітамін D у комплексі з мікроелементом магнієм, фолати у фізіологічних дозах, макро-, мікроелементні комплекси для вагітних, нутрієнтну підтримку, збереження ментального здоров'я.

Конфлікт інтересів

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

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- 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: 10.32782/pub.health.2023.3.3
- Булгар АВ. Клінічна оцінка стану жінок репродуктивного віку, хворих на аденоміоз після перенесеного COVID–19. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2023; 1(27):69–73.
- Bulgar AV. Clinical assessment of the condition of women of reproductive age with adenomyosis after COVID–19. *Bulletin of the Vinnytsia National Medical University*. 2023; 1(27):69–73. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-13
- Булгар АВ, Запорожченко МБ. Особливості ведення хворих на аденоміоз жінок репродуктивного віку, хворих на аденоміоз, у постковідному періоді. *Репродуктивна ендокринологія*. 2023; 1(67):68–73.
- Bulgar AV, Zaporozhchenko MB. Peculiarities of management of patients with adenomyosis in women of reproductive age, patients with adenomyosis, in the post-covid period. *Reproductive Endocrinology*. 2023;1(67):68–73. <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2023.67.68-73>
- Гончаренко ГЮ. Роль естрогенових і прогестеронових рецепторів у жінок з аденоміозом у постменопаузі. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2019; 1(23):148–52.
- Goncharenko GV. The role of estrogen and progesterone receptors in women with adenomyosis in postmenopause. *Bulletin of the Vinnytsia National Medical University*. 2019;1(23):148–52. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2019-23(1)-26
- Булаєнко ОВ, Боднарчук ОВ, Гончаренко ОМ, та ін. Динаміка маркерів метаболізму ліпідів при комбінованій профілактичній терапії вагітних із ожирінням та зниженим статусом вітаміну D. *Репродуктивна ендокринологія*. 2022;4(66):54–60.
- Bulavenko OV, Bodnarchuk OV, Goncharenko OM, et al. Dynamics of lipid metabolism markers during combined preventive therapy of pregnant women with obesity and reduced vitamin D status. *Reproductive endocrinology*. 2022;4(66):54–60. DOI:10.18370/2309-4117.2022.66.54-60
- Кравченко ОВ, Соловей ВМ. Особливості перебігу гестаційного періоду, пологів та стану новонароджених у пацієнток із загрозою переривання вагітності в ранні терміни. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2022;12;3(45):22–8.
- Kravchenko OV, Solovay VM. Peculiarities of the course of the gestational period, childbirth and condition of newborns in patients with the threat of early termination of pregnancy. *Neonatology, surgery and perinatal medicine*. 2022;12;3(45):22–28. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XII.3.45.2022>
- Потопов ВО, Івах ВІ. Стратегія профілактики рецидивів лейоміоми матки в поєднанні з аденоміозом після органозберігаючих операцій у жінок репродуктивного віку. *Репродуктивна ендокринологія*. 2019; 5(49):16–21.
- Potapov VO, Ivakh VI. Strategy for preventing recurrence of uterine leiomyoma in combination with adenomyosis after organ-preserving operations in women of reproductive age. *Reproductive endocrinology*. 2019;5(49):16–21. <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2018.49.12-16>
- Devall AJ, Coomarasamy A. Sporadic pregnancy loss and recurrent miscarriage.” *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2020;69:30–39. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2020.09.002
- Татарчук ТФ, Захаренко НФ, Переда СІ та ін. Алгоритми призначення менопаузальної гормональної терапії в різні періоди менопаузи. *Репродуктивна ендокринологія*. 2022;4(66):68–70.
- Tatarchuk TF, Zakharenko NF, Regeda SI, et al. Algorithms for prescribing menopausal hormone therapy in different periods of menopause. *Reproductive endocrinology*. 2022;4(66):68–70. <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2022.66.68-70>
- Prescott J, Farland LV, Tobias DK, et al. A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility. *Hum. Reprod*. 2016;31.7:1475–82. DOI: 10.1093/humrep/dew085
- Abbott JA. Adenomyosis and abnormal uterine bleeding (AUB–A) – pathogenesis, diagnosis, and management. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol*. 2017;40:68–81. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.006
- Ahn SH, Singh V, Tayade C. Biomarkers in endometriosis: challenges and opportunities. *Fertil. Steril*. 2017;107:523–32. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.01.009
- Настановою 00503. Дефіцит магнію [Інтернет]. DUODECIM Medical Publications, Ltd, 2018. Доступно: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00503&Format=pdf>. Guideline 00503. Magnesium deficiency. [Internet]. DUODECIM Medical Publications, Ltd, 2018. Available from: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00503&Format=pdf>.
- Pontis A, D'Alterio MN, Pirarba S, et al. Adenomyosis : a systematic review of medical treatment. *Gynecol. Endocrinol*. 2016;32:696–700. DOI : 10.1080/09513590.2016.1197200
- Andreev TS, Kleimenova AO, Drobintseva VO, et al. Signal molecules in involved in the formation of new nerve endings in endometriosis (literature review). *Swing scientific results of biomedical research*. 2019;5(1):94–107. DOI: 10.18413/2313-8955-2019-5-1-0-7
- Vanden Bosch T, de Bruijn AM, de Leuw RA, et al. A sonographic classification and reporting system for diagnosing adenomyosis. *Ultrasound Obstet. Gynecol*. 2019 May 5(53):576–582. DOI: 10.1002/uog.19096
- Войтенко ОВ, Ігачук ТЛ. Психологічний вплив бойового стресу на військовослужбовців. *Лікарська справа*. 2017;7:141–6.
- Voitenko OV, Tkachuk TL. Psychological impact of combat stress on military personnel. *Medical Affairs*. 2017;7:141–6. DOI: 10.31640/L5-2017(7)27
- Зливков ВЛ, Лукомська СО, Федан ОВ. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К: Педагогічна думка. 2016; 219 с.
- Zlivkov VL, Lukomska SO, Fedan OV. Psychodiagnostics of personality in crisis life situations. K: Pedagogical thought, 2016; 219 p.
- Кокун ОМ, Агаєв НА, Пішко ІО та ін. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення. *Методичний посібник*. К: НДЦ ГП ЗСУ 2017;282 с. Kokun OM, Agayev NA, Pishko IO, et al. Psychological work with military personnel – participants of the ATO at the recovery stage. *Methodological manual*. K: Research and Development Center of the Armed Forces of Ukraine, 2017;282 p.
- Психологічна допомога в умовах воєнних дій. Психологічний бюлетень. 2023,3. [Інтернет]. Київ: Науково-методичний центр ВФПО, 2023 Доступно: https://uu.edu.ua/upload/universitet/normativni_documenti/Osnovni_oficiyni_doc_UU/Psihologichna_dopomoga/Psiholog_dopomoga_v_umovah_voennih_diy.pdf
- Psychological assistance in conditions of military operations. *Psychological bulletin*. 2023;3 [Internet]. Kyiv: Scientific and methodological center of the VFPO, 2023. Available from: https://uu.edu.ua/upload/universitet/normativni_documenti/Osnovni_oficiyni_doc_UU/Psihologichna_dopomoga/Psiholog_dopomoga_v_umovah_voennih_diy.pdf
- Тарасова В. Методика вивчення особливостей поведінки в стресових ситуаціях підлітків з ненадійним типом прихильності. 2023;5:73–8.
- Tarasova V. Methodology for studying behavioral features in stressful situations of adolescents with an unreliable attachment style. *Young Scientist*. 2023;5:73–8. DOI: 10.32839/2304-5809/2023-5-117-14.
- Beery AK, Kaufer D. Stress, social behavior, and resilience: Insights from rodents. *Neurobiology of Stress*. 2015; 116–127. DOI: 10.1016/j.ynst.2014.10.004. ISSN 2352-2895. PMC 4281833. PMID 25562050
- Lovejoy DA, Barsey D. Index. Sex, Stress and Reproductive Success. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2011. DOI:10.1002/9780470979600.index
- Bie L. The Status and Research Progress on Vitamin D Deficiency and Atrial Fibrillation. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2019 Dec 1;34(5) (): 605–609. DOI:10.21470/1678-9741-2018-0322
- Carberg C. Vitamin D in the Context of Evolution. *Nutrients* 2022 Jul 22;15(15):3018. DOI: 10.3390/nul1453018
- Kusuma AAN, Widiyanti ES, Putra IGM, et al. Serum Magnesium Levels in Preeclampsia and Eclampsia Patients During Magnesium Sulfate Therapy. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*. 2024;10(1):40–50. DOI: 10.30699/jogcr.10.1.40
- Thacher TD. Evaluating the Evidence in Clinical studies of Vitamin D in Covid-19. *Nutrients* 2022 Jan 21; 14(3):464. DOI:10.3390/nu 14030464
- Wang Z, Hassan MU, Nadeem F, et al. Magnesium Fertilization Improves Crop Yield in Most Production Systems: A Meta-Analysis. *Front Plant Sci Jan*. 2020;24(10):1727. DOI: 10.3389/fpls.2019.01727. PMID: 32038691; PMCID: PMC6992656
- Zmijewski MA. Vitamin D and Human Health. *Int J Mol Sci*. 2019 Jan 3;20(1):145. DOI:10.3390/ijms 20010145

Меріжен

+ Жозегуд



Обміркований вибір у надійній контрацепції (запобігання незапланованої вагітності)

- **Планування родини покликане забезпечити здоров'я жінки для народження бажаних і здорових дітей саме тоді, коли це буде потрібно.***
- **Незважаючи на досягнення у сфері контрацепції, частота незапланованої вагітності залишається високою.***



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ У ЖІНОК З АДЕНОМІОЗОМ

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. Актуальність дослідження особливостей перебігу гестаційних процесів у жінок з аденоміозом зумовлена високою частотою в практичній медицині випадків безпліддя, невиношування, гестаційних ускладнень за триместрами гестації, акушерських кровотеч у пологах. Аденоміоз у жінок здебільшого клінічно перебігає паралельно із супутніми гінекологічними й соматичними захворюваннями, негативно позначається на психоемоційному стані жінок.

Мета дослідження: визначення особливостей перебігу гестаційних процесів у жінок з аденоміозом I–II ступенів.

Матеріали та методи. Спостереження охоплювало 51 жінку репродуктивного віку. З них 34 жінки з аденоміозом I–II ступенів тяжкості були розподілені на підгрупи залежно від алгоритму ведення. Решта 17 вагітних без гінекологічної патології увійшли до групи контролю.

Результати. Середній термін захворювання на аденоміоз становив 5–7 років. Понад 80% учасниць дослідження з аденоміозом проходили лікування впродовж останніх трьох років. У цих пацієнток виявлена висока частота соматичної і гінекологічної патології, високий рівень гестаційних ускладнень, серед яких відшарування хоріона / плаценти, гіпотонічні кровотечі в пологах. Вірогідно кращими були показники в групі жінок, які отримували передконцепційну підготовку.

Висновки. Жінки з аденоміозом і репродуктивними планами потребують систематичного диспансерного нагляду, зокрема із застосуванням етіопатогенетичної терапії, та своєчасної комплексної етапної персоналізованої передконцепційної підготовки до вагітності. Алгоритм ведення вагітних з аденоміозом має бути виключно персоналізованим і ґрунтуватися на клінічному загальному стані матері й плода та даних апаратно-лабораторного обстеження в динаміці спостереження. Ведення пологів має відбуватися з акушерською настороженістю щодо можливого виникнення кровотеч.

Жінки з аденоміозом потребують передконцепційної підготовки за 4–6 місяців до вагітності, яка охоплює гормонотерапію (мікронізований прогестерон), вітамін D у комплексі з мікроелементом магнієм, фолати у фізіологічних дозах, макро-, мікроелементні комплекси для вагітних, нутрієнтну підтримку, збереження ментального здоров'я.

Ключові слова: вагітність, аденоміоз, гестаційний процес, ускладнення.

FEATURES OF THE COURSE OF GESTATIONAL PROCESSES IN WOMEN WITH ADENOMYOSIS

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. The relevance of the topic of the features of gestational processes in women with adenomyosis lies in the high frequency of occurrence in practical medicine of infertility, miscarriage, gestational complications by trimesters of gestation, obstetric bleeding in childbirth, etc. Adenomyosis in the vast majority of women clinically occurs in parallel with concomitant gynecological, somatic diseases, negatively affects the psycho-emotional state of women.

Objective of the study: determination of the features of the course of gestational processes in women with adenomyosis of I–II degree.

Materials and methods. We observed 51 women of reproductive age. Of these, 34 had adenomyosis of the I–II degree of severity, who were divided into subgroups depending on the management algorithm. The remaining 17 pregnant women without gynecological pathology were included in the control group.

Results. The average duration of the adenomyosis was 5–7 years. More than 80% of the participants with adenomyosis underwent treatment within the last three years. These patients had a high frequency of somatic and gynecological pathology, a high level of gestational complications, including chorionic/placental abruption, hypotonic bleeding during childbirth. The indicators were significantly better in the group of women who received preconception preparation.

Conclusions. Women with adenomyosis and reproductive plans are subject to systematic dispensary supervision, including the use of etiopathogenetic therapy and timely complex stage-by-stage personalized preconception preparation for pregnancy. The algorithm for managing pregnant women with adenomyosis should be exclusively personalized depending on the clinical general condition of the mother and fetus, data from instrumental and laboratory examinations in the dynamics of observation. Delivery must take place under obstetric supervision due to the risk of bleeding.

Women with adenomyosis should undergo preconception preparation 4–6 months before pregnancy, which includes hormone therapy (micronized progesterone), vitamin D in combination with the trace element magnesium, folate in physiological doses, macro- and microelement complexes for pregnant women, nutritional support, and measures to maintain mental health.

Keywords: pregnancy, adenomyosis, gestational process, complications.