

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Кухарчик Ю. В.

Учреждение образование «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Реферат. В представленном исследовании, проведенном при обследовании 76 пациенток, выявлены изменения гормонального статуса у пациенток с миомой матки при беременности и в отдаленном периоде после родов после миомэктомии во время операции кесарево сечение. Выявленные изменения основных показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, прогестерона, эстрадиола и пролактина в сыворотке крови у пациенток с миомой матки являются теоретическим обоснованием для коррекции выявленных нарушений при беременности и в отдаленном периоде после миомэктомии.

Ключевые слова: миома матки, беременность, пролактин, прогестерон, перекисное окисление липидов.

Введение. Миома матки (далее — ММ) — одна из самых распространенных опухолей, встречающихся у женщин репродуктивного возраста. Почти у каждой третьей женщины старше 30 лет можно выявить это заболевание [1, 4, 5].

Наступление беременности у женщин с ММ является основным фактором для отнесения данной пациентки в группу высокого риска по возникновению ряда осложнений, угрожающих здоровью, а нередко и жизни как плода, так и матери. Так, частота угрозы прерывания гестации при ММ составляет 25–33 %, а развитие синдрома задержки развития плода (далее — СЗРП) — 18,4–33,3 % [2, 4].

Данные литературы свидетельствуют о нарушении обменных процессов при ММ, влияющих на адаптацию организма к беременности [3, 5].

Следует отметить, что с увеличением числа женщин, перенесших миомэктомию во время кесарева сечения и сохранение у них репродуктивной функции, важным является вопрос о тактике их ведения в отдаленном периоде после родов.

Цель работы — оценка особенностей гормонально-метаболических нарушений у женщин с миомой матки во время беременности и послеродовом периоде.

Материалы и методы. На основании информированного согласия нами обследовано 76 беременных, находящихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Группу сравнения составили 36 пациенток, не имеющих ММ. В основную группу вошли 36 женщин с ММ, величина узлов составляла от 5 до 12,5 см в диаметре.

У всех обследованных оценивали течение беременности и исходы родов, состояние перекисного окисления липидов (далее — ПОЛ) и системы антиоксидантной защиты (далее — АОЗ), определяли уровни гормонов. Забор венозной крови осуществляли в сроке гестации 37 недель, на 5–7-й день и через 1 мес. после родов.

Определение содержания гормонов (прогестерон, пролактин, эстрадиол) в плазме крови проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием автоматического иммуноферментного

анализатора «SUNRISE» (ТЕКАН, Австрия). Спектрофотометрическим методом на спектрофотометре «СФ-46» (РФ) определяли уровень диеновых конъюгатов (далее — ДК) в плазме крови. Содержание малонового диальдегида (далее — МДА) в плазме крови, уровень α -токоферола оценивали на спектрофотометре «Solar» PV1251C (Республика Беларусь). Ультразвуковое исследование органов малого таза (матка, структура и васкуляризация миоматозных узлов) проводили на аппарате Philips Envisor-C HD. Методы гистологического и цитологического исследования использованы для оценки характера миоматозных узлов.

Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием программ Statistica 6.0, MS Excel.

Результаты и их обсуждение. Группы пациенток, участвовавших в исследовании, были сопоставимы по возрасту — $27,93 \pm 5,52$ и $27,02 \pm 5,42$ года в группе сравнения и основной соответственно ($p_{\text{Kruskal-Wallis}} = 0,6306$).

У 77,5 % женщин основной группы ММ до беременности характеризовалась бессимптомным течением и впервые была выявлена на УЗИ в I триместре беременности. Из анамнеза пациенток основной группы установлено, что основными факторами развития ММ являются гинекологические заболевания, аборт, эндокринная патология.

В структуре перенесенных гинекологических заболеваний наиболее распространены хронический аднексит (25 %) и патологические изменения шейки матки (у каждой второй женщины в основной группе, $p < 0,05$). На основании анализа особенностей течения и исходов предыдущих беременностей установлено, что по количеству пациенток, имевших в анамнезе беременность, сравниваемые группы достоверно не различались ($p > 0,05$). У женщин основной группы такой показатель, как двое родов в анамнезе на 15,7 % превышал таковой в группе сравнения. Среди женщин с ММ чаще встречались пациентки с наличием 3 и более вакуум-аспираций в анамнезе.

Нами установлено, что у 12,5 % обследованных основной группы во II триместре беременности наблюдались увеличение и дегенеративные изменения миоматозных узлов. В III триместре гестации у 45 % женщин диагностированы угрожающие преждевременные роды, в 87,5 % выявлялись дегенеративные изменения лейомиомы, в 12,5 % случаев установлена плацентарная недостаточность и СЗРП.

Все пациентки основной группы с миоматозными узлами в диаметре более 5 см и диагностированными дегенеративными процессами в них при беременности, с нарушением маточно-плацентарного кровотока были родоразрешены путем операции кесарево сечение с последующей миомэктомией в 100 % случаев. В группесравнения 88,9 % пациенток родили через естественные родовые пути и лишь 11,1 % женщинам выполнено оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение (1 случай — клинически узкий таз, 1 пациентка — первичная слабость родовых сил, не поддающаяся медицинской коррекции, и 2 женщины — острая интранатальная гипоксия плода).

Частота возникновения послеродового эндометрита у женщин обеих групп не имела статистически значимых различий. Установлено, что субинволюция матки чаще развивалась у обследованных основной группы (30 %) по сравнению с группой контроля (8,3 %), $p \leq 0,05$.

При определении уровня гормонов в сыворотке крови в 37 недель беременности у женщин основной группы нами установлено достоверное снижение уровня эстрадиола до $2895 \pm 203,58$ пг/мл по сравнению с показателями группы контроля ($3842 \pm 258,31$ пг/мл; $p \leq 0,05$), что рассматривалось нами как реакция на трансформацию матки и миоматозных узлов, снижение регуляторно-гормональной функции плаценты.

Следует отметить, что достоверных различий в изменении концентрации эстрадиола в сыворотке крови на 5–7-й день после родов не отмечалось. Через 1 мес. после родов уровень эстрадиола у женщин после миомэктомии был достоверно выше, чем у женщин группы сравнения ($p \leq 0,05$). Возможно, после родов и миомэктомии яичниковый стероидогенез восстанавливается через 1 мес.

Уровень прогестерона в сыворотке крови в сроке беременности 37 недель в обеих группах достоверно не отличался и составил $649,86 \pm 12,7$ и $632,42 \pm 10,5$ нмоль/л соответственно.

Концентрация прогестерона в сыворотке крови на 5–7-й день после родов характеризовалась снижением почти в 580–640 раз в обеих группах.

При оценке уровня пролактина в 37 недель беременности не отмечено достоверного изменения уровня этого гормона, тогда как на 5–7-е сут и через 1 мес. после родоразрешения уровень пролактина в основной группе был достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p \leq 0,05$). Возможно, снижение концентрации пролактина в сыворотке крови у женщин основной группы связано с методом родоразрешения, объемом кровопотери и длительностью обезболивания.

В ходе исследования нами установлена взаимосвязь между уровнем пролактина и длительностью лактации. Нами выявлено, что длительность лактации до 6 мес. сохранялась у 45 % женщин основной группы и у 77,8 % беременных группы сравнения.

Следовательно, учитывая полученные данные гормонального гомеостаза, можно предполагать, что гормонально-регуляторная функция плаценты, миомэктомия, лактация не влияют на основные звенья патогенеза ММ, что создает условия для рецидива данной патологии, т. к. сохраняется гиперэстрогения.

Определение первичных продуктов ПОЛ — ДК в сыворотке крови женщин основной группы не выявило достоверных отличий от этого показателя в группе сравнения. Однако через 1 мес. после родов отмечено снижение ДК в 2,5 раза в основной группе и в 2 раза в группе сравнения. В 36 недель беременности уровень МДА был достоверно выше в основной группе, чем в группе сравнения и начинал снижаться к 5–7-му дню со стабилизацией к концу 1-го году послеродового периода.

Снижение активности АОЗ наблюдалось к 37-й неделе беременности и проявлялось достоверным снижением уровня α -токоферола в сыворотке крови женщин основной группы ($8,9 \pm 1,7$ мкмоль/л) по отношению к женщинам группы сравнения ($19,4 \pm 6,8$ мкмоль/л; $p \leq 0,05$).

Установлено, что достоверно более низкие показатели α -токоферола у беременных с ММ предполагают осложненное течение беременности, связанное с активацией процессов ПОЛ и развитием дистрофических процессов в эндометрии. У женщин с ММ снижение АОЗ составляет общее звено стрессорных повреждений, характерных для патологического течения беременности, и сохраняется в течение первого года после родов.

В ходе нашего исследования установлено, что в физиологических условиях при неосложненном течении беременности ПОЛ протекает на низком уровне, что исключает повреждающее действие конечных продуктов этого процесса. Активация системы АОЗ обеспечивает свободнорадикальное окисление на уровне, необходимом для нормального течения окислительных процессов.

Заключение. Таким образом, патологическая трансформация матки при фибромиоме является фоном для осложненного течения гестационного процесса, послеродового периода, что отражается в общей реакции организма, сопровождающейся изменением процессов ПОЛ и АОЗ, уровнем гормонального гомеостаза.

Выводы:

1. Гормонально-регуляторная функция плаценты, миомэктомия, лактация не влияют на основные звенья патогенеза ММ, что создает условия для рецидива данной патологии, т. к. сохраняется гиперэстрогения.

2. При неосложненном течении беременности ПОЛ протекает на низком уровне, что исключает повреждающее действие конечных продуктов этого процесса.

3. Активация системы АОЗ обеспечивает свободнорадикальное окисление на уровне, необходимом для нормального течения окислительных процессов.

Литература

1. Миома матки и беременность // Онкогинекология : руководство для врачей / под ред. З. Ш. Гилязутдиновой, М. К. Михайлова. — М. : МЕДпресс, 2000. — С. 247–258.
2. Aoyagi, K. Biochim Biophys / K. Aoyagi, K. Takeshige, S. Minakami // Acta. — 2001. — Vol. 1093, № 2/3. — P. 223–228.
3. Bednarek, W. Kliniki Ginekologii Operacyjnej Akademii Medycznej w Lublinie / W. Bednarek, D. Morawska, J. Kofarski // Gynecol. Pol. — 2002. — Vol. 73, № 4. — P. 243–246.
4. Chen, Y. J. Successful pregnancies at the woman with symptomatic fibroids which tolerated a laparoscopies bipolar coagulation of the uterine vessel / Y. J. Chen, P. I. Wang, M. J. Yang // Fertil. Steril. — 2002. — Vol. 77, № 4. — P. 838–840.
5. Salvador, E. Leiomyoma uteri, genetic amniocentesis, and the risk of second-trimester spontaneous abortion / E. Salvador, J. Bienstoch, K. I. Blakemore // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2002. — Vol. 186, № 5. — P. 913–915.

FEATURES OF HORMONAL-METABOLIC DISTURBANCES IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA DURING PREGNANCY AND IN THE POSTPARTUM PERIOD

Kukharchyk Yu. V.

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Republic of Belaru

In the presented study, performed during examination of 76 patients, revealed changes in the hormonal status in patients with uterine myoma during pregnancy and in the long-term process after delivery after a myomectomy during cesarean section. The revealed changes in the main parameters of lipid peroxidation and antioxidant protection, progesterone, estradiol and prolactin in the serum in patients with uterine myoma are a theoretical justification for correcting the revealed disorders during pregnancy and in the long-term process after myomectomy.

Keywords: uterine myoma, pregnancy, prolactin, progesterone, lipid peroxidation.