

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И МЕТАБОЛИЗМА ПРИ МИОМЕ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Н.В. Протопопова, О.М. Сафонова

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, зав. - проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. На базе Иркутского областного перинатального центра проведена работа по исследованию гормонального гомеостаза при беременности в послеродовом периоде у 113 женщин. Исследования подтвердили, что возникновение, рост миоматозных узлов и патологическая трансформация матки являются гормонально-зависимыми процессами.

Ключевые слова. Беременность, миома матки.

Традиционное мнение о ведущей роли эстрогенов в патогенезе миомы подтверждается данными современных исследований (V. Bohrman et al., 1988; De Leo et al., 1996; A.J. Tiltman, 1997). M.S. Rein et al. (1995), J. Wu, Y. Cheng (1995) утверждают, что прогестерон наряду с эстрогенами стимулирует рост миомы матки. Оба гормона принимают участие в патогенезе миомы, используя противоположные пути.

Содержание рецепторов эстрадиола и прогестерона в ткани миомы выше, чем в неизмененном миометрии, и подвержено циклическим изменениям (Е.М. Вихляева, Б.И. Железное, В.Н. Запорожан, 1997).

Исследования местного кровотока в матке, проведенные Г.А. Савицким и соавт. (1983, 2000) установили повышенное содержание в крови эстрадиола и прогестерона при наличии миомы матки. Режим локальной гормонемии имеет большое значение в патогенезе роста узла миомы и обязательно сопутствующей этому росту гипертрофии миометрия. Авторы предполагают, что существует непосредственная связь высокой концентрации половых гормонов в сосудистом бассейне матки с процессами физиологической (беременность) или патологической (миома) гипертрофии миометрия.

Под нашим наблюдением находились 113 женщин. Первую группу составили 65 беременных с миомой матки, размер узлов у которых не превышал 5 см; вторая группа — 35, имевших узлы, размером от 6 до 20 см. Группу клинического сравнения составили 13 женщин, не имеющих миомы матки.

Беременные первой группы были родоразрешены через естественные родовые пути. Всем больным 2-й группы выполнялась операция кесарева сечения с консервативной миомэктомией. Обследование проводилось в несколько этапов.

На I этапе формировались сравниваемые группы для оценки гормонального метаболизма в 36 недель беременности. На II этапе в сравниваемых группах изучались клинические данные, гормональный метаболизм через 1 месяц после родов. На III этапе исследования проводились через 1 год. Гормональное обследование включало определение в плазме крови эстрадиола, прогестерона, пролактина, тиреотропного гормона, трийодтиронина, тироксина методом ИФА с использованием анализатора «Cobas EIL» (Швейцария) и тест-систем «Диа-Плюс» — «Рош-Москва».

В нашем исследовании доказано, что у беременных с миомой матки до 5 сантиметров отмечается наиболее

высокий уровень эстрадиола при миоме матки больших размеров — содержание эстрадиола в сыворотке крови наиболее низкое, составляет $2985,0 \pm 209,28$ пг/мл ($P_1 < 0,04$). Концентрация эстрадиола в сыворотке крови у беременных с неосложненным течением беременности составляет $3305,62 \pm 197,492$ пг/мл в сроке 36 недель гестации.

Учитывая, что после 20 недель гестации образование эстрогенов осуществляется преимущественно в плаценте при активном участии плода, можно предположить, что миоматозные узлы больших размеров (более 5 сантиметров) снижают регуляторно-гормональную функцию плаценты к 36 неделям беременности.

Достоверных различий в содержании эстрадиола через 5–7 дней после родов нами не отмечено и составляло — $230,2 \pm 43,80$ пг/мл, $231,4 \pm 26,07$ пг/мл и $259,08 \pm 20,223$ пг/мл соответственно.

Через 1 месяц после родов содержание эстрадиола наиболее низким определялось в группе родильниц с миомой матки до 5 сантиметров — $70,12 \pm 9,46$ пг/мл, в группе родильниц с миомой матки с узлами размером более 5 сантиметров, содержание эстрадиола в сыворотке крови было наиболее высоким, достигая $145,79 \pm 14,81$ пг/мл ($P_1 < 0,00017$). В группе клинического сравнения эстрадиол в сыворотке крови — $110,47 \pm 14,49$ пг/мл ($P_1 < 0,02$).

Через 1 год после родов достоверной разницы в содержании эстрадиола в сыворотке крови в 1 и 3 группах не отмечено — $27,8 \pm 6,24$ и $26,02 \pm 7,33$ соответственно.

Во второй группе содержание эстрадиола в сыворотке крови было наиболее высоким, составляя $49,2 \pm 7,50$ пг/мл ($P_1 < 0,03$; $P_2 < 0,03$), что достоверно различалось с показателями группы клинического сравнения.

Наши исследования показали, что через 1 год после родов и консервативной миомэктомии отмечается гиперэстрогения, что указывает на возможность формирования рецидивов. При миоме матки небольших размеров, после родов через 1 год гиперэстрогения не отмечается.

Большую роль в развитии беременности играет прогестерон. Наиболее значительный прирост концентрации прогестерона наблюдается после 32 недель беременности, в результате чего к концу беременности уровень прогестерона увеличивается, в сравнении с исходным, в 10–15 раз.

Концентрация прогестерона в сыворотке крови в

исследуемых группах достоверно не отличалась при беременности.

Наши исследования показали, что консервативная миомэктомия при кесаревом сечении не приводит к коррекции гормональных нарушений.

А если учитывать хорошо известное влияние эстрадиола на состояние и тонус сосудов матки, то можно предположить дальнейшие нарушения структуры микроциркуляторного русла со значительными изменениями в ультраструктуре клеток, формировании локально-

го гормонального гомеостаза матки, гормонально-зависимых участков сосудистой стенки, которые и являются как бы потенциальными зонами роста миомы матки.

Наши исследования подтверждают, что возникновение, рост миомы матки, патологическая трансформация матки являются гормонально-зависимыми процессами. Беременность, лактация, консервативная миомэктомия не приводят к регуляции гормонального гомеостаза, что требует проведения лечебно-профилактических мероприятий в послеродовом периоде.

THE HORMONAL ADAPTATION AND METABOLISM IN PREGNANCY AND IN POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA

N. V. Protopopova, O.M. Safonova

(Department of Obstetrics and Gynecology of ISM U)

The research of hormonal homeostasis was carried out in pregnancy and in puerperal period in 113 women with hysteromyoma. The investigation showed that origin, increase in myomatous nodes and pathological transformation of uterus are hormone-dependent processes.

© КРАВЧУК Н.В., ПРОТОПОПОВА Н.В., ХОХЛОВ В.П., АЛЕКСЕЕВА Л.Л. -

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК НИЗКОГО АКУШЕРСКОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА

Н.В. Кравчук, Н.В. Протопопова, В.П. Хохлов, Л.Л. Алексеева

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, зав. - проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Изучение характера течения беременности и исходов родов у 79 пациенток низкого акушерского риска показало, что включение адекватных адаптационно-приспособительных механизмов, направленных на вынашивание беременности, привело к существенному снижению частоты осложнений в динамике беременности.

Ключевые слова. Беременность, роды, адаптация.

Для выяснения особенностей адаптации к беременности при наименьшем риске развития осложнений нами были изучены течение беременности по триместрам и исходы родов у пациенток так называемой группы низкого риска, т.е. практически здоровых, не имеющих отягощенного акушерского или гинекологического анамнеза. Женщины состояли на учете по беременности в Иркутском областном перинатальном центре. Обследуемые 79 пациенток были разделены на две группы: первородящие — 42 чел. и повторнородящие — 37 чел. Средний возраст первородящих составил $24,88 \pm 1,21$ лет, а повторнородящих — $29,11 \pm 1,16$ лет. Все 37 повторнородящих состояли в зарегистрированном браке, среди первородящих было 3 (7,14%) незамужних. Высшее образование имели 22 (52,4%) первородящих и 18 (48,7%) повторнородящих. Только в группе первородящих были пациентки с незаконченным высшим образованием — 10 чел. (23,8%), в основном студентки ИГМУ. С другой стороны, среднее специальное образование имела треть пациенток (12 чел. — 32,4%) повторнородящих и только каждая седьмая (6 чел. - 14,3%) первородящая. Со средним образованием было 6 (16,2%) повторнородящих и только 1 (2,4%) первородящая. Однако начальное образование имели 3 (7,1%) первородящих и 1 (2,7%) повторнородящая.

Не имели экстрагенитальной патологии 83,8% (31 чел.) повторнородящих и только 57,6% (24 чел.) пер-

вородящих. Только в группе первородящих на момент наступления беременности у 10 чел. (23,8%) было выявлено диффузное увеличение щитовидной железы 1 степени (без нарушения функции), тогда как среди повторнородящих во всех случаях размеры щитовидной железы были в пределах нормы. По 3 беременные из каждой группы имели нефроптоз 1 степени без нарушения функции почек. Трое (7,14%) первородящих имели хронический пиелонефрит в стадии стойкой (10—13 лет) ремиссии, также трое (8,11%) повторнородящих имели мочекаменную болезнь (впервые выявленный при ультразвуковом исследовании солевой диатез без клинических проявлений и нарушения функции почек).

У 78,6% (33 чел.) первородящих и у 75,7% (28 чел.) повторнородящих возраст менархе пришелся на 13—15 лет, что является нормой для нашего региона. Длительность менструального цикла 21—31 день была у 86,2% (25 чел.) первородящих и у 86,5% (32 чел.) - повторнородящих.

В группе повторнородящих от 1 до 3 беременностей в анамнезе имели 15 (40,5%), 4 и более - 22 (59,5%) чел. Среди первородящих 23 (54,8%) было первобеременных, от 1 до 3 беременностей в анамнезе имели 17 (40,5%), а более 3х - двое (4,7%). У 50% повторнобеременных первородящих и только у 37,8% — повторнородящих интервал между предшествующей и