

УДК: 618.14-006.5:618.3-06-079.7
DOI: 10.24061/2413-4260. XV.1.55.2025.14

ВПЛИВ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТКИ НА ПЕРЕБІГ ПЕРШОГО ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК

О. В. Шевчук, А. Є. Дубчак, Л. Є. Туманова

ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства
Національної академії медичних наук України»
(м. Київ, Україна)

Резюме

Вплив гіперпроліферативних захворювань матки – лейоміоми матки, ендометріозу матки (аденоміозу) та перенесених до вагітності гіперпластичних процесів ендометрію (поліпів та/або гіперплазії ендометрію, особливо їх поєднання з вагітністю є актуальною проблемою сучасної медицини. В останнє десятиріччя значно збільшилась кількість вагітних жінок із ендометріозом, лейоміомами та перенесеними до вагітності поліпами ендометрію та/або гіперплазією ендометрію.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу вагітності у жінок із гіперпроліферативними захворюваннями матки.

Матеріали та методи. Проспективне, когортне рандомізоване дослідження було проведено у 680 жінок, які проходили лікування у відділенні гнійно-запальних захворювань в акушерстві та у відділенні реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України» в період з січня 2018 року по грудень 2024 року. Із них до 1 групи увійшло 517 вагітних жінок із гіперпроліферативними захворюваннями матки та їх поєднанням (лейоміоми матки, аденоміоз, поліпи ендометрію та/або гіперплазія ендометрію). Групу порівняння склали 82 вагітні жінки (2 група) без гіперпроліферативних захворювань матки з ускладненнями вагітності. Контрольну, 3 групу склали 81 вагітна жінка без гіперпроліферативних захворювань та без ускладнень вагітності.

Результати. Встановлено, що ранні втрати вагітності в анамнезі були у 68,2% вагітних із гіперпроліферативними захворюваннями; артіфіційні та медикаментозні аборти були у 36,6% пацієнток, а поєднання наслідків попередніх вагітностей було у 27,2% обстежених вагітних. Також відмічена висока частота вишкрібань стінок порожнини матки у вагітних із гіперпроліферативними захворюваннями в анамнезі (88,6%). У першому триместрі вагітності загроза раннього аборту була у 90% вагітних із гіперпроліферативними захворюваннями (ВШ – 3,922; 95% ДІ(СІ): 2,261-6,802). Ретрохоріальна гематома виявлялась удвічі частіше у жінок 1 групи, ніж у пацієнток групи порівняння (ВШ – 2,519; 95% ДІ(СІ): 1,418-4,473), а низька плацентажія була у 18,9% жінок 1 групи (ВШ – 2,163; 95% ДІ(СІ): 1,010-4,635). Ці ускладнення частіше зустрічались у вагітних із поєднанням аденоміозу з іншими гіперпроліферативними захворюваннями.

Висновки: Вагітність у жінок із гіперпроліферативними захворюваннями матки (лейоміоми матки, аденоміоз, перенесені до вагітності поліпи ендометрію та/або гіперплазія ендометрію) ускладнюється в першому триместрі вагітності загрозою раннього аборту, ретрохоріальною гематомою, низькою плацентажією.

Ключові слова: вагітність; гіперпроліферативні захворювання матки; аденоміоз; лейоміома матки; поліпи, гіперплазія ендометрію.

Вступ

Доброякісні гіперпроліферативні захворювання матки (ГПЗМ) – лейоміома матки (ЛМ), ендометріоз матки (аденоміоз) (А) та гіперпластичні процеси ендометрію (ГПЕ) є актуальною проблемою сучасної медицини. Вони є причиною порушень репродуктивного здоров'я, зниження якості життя та соціальної дезадаптації жінок будь-якого віку [1-4]. ЛМ та А є найбільш поширеними доброякісними утвореннями матки [5, 6]. ЛМ виявляється у 12-25%, ГПЕ – у 10-18%, А – у 12-50% жінок репродуктивного віку. Різні поєднання цих захворювань зустрічаються у кожній третій з обстежених жінок [7, 8]. Про шкідливий вплив ендометріозу (Е) та ЛМ на репродуктивні, акушерські та неонатальні результати свідчать літературні дані останніх років [9-12].

Навіть якщо більшість ЛМ під час вагітності протікають безсимптомно, вони можуть впливати на перебіг вагітності та пологів. На ранніх термінах вагітності ЛМ може сприяти виникненню гіпертонічних розладів [13]. Таким чином, під час вагітності необхідно ретельно спостерігати за вагітною, щоб виявити будь-які несприятливі акушерські ускладнення та, відповідно, покращити результат [14]. Величина міоматозних вузлів матки схильна до нелінійної тенденції змін під час вагітності та післяпологового періоду. Деякі

дані підтверджують збільшення ЛМ протягом першого триместру вагітності, тоді як є суперечливі дані про зміни ЛМ у другому та третьому триместрах. Крім того, загальні зміни величини ЛМ під час вагітності та післяпологового періоду залишаються неясними [15].

Жінки з А мають підвищений ризик викидня при самовільному зачатті та аналогічний ризик викидня під час ДРТ [16]. Е, як відомо, призводить до зниження фертильності, але Е та А все частіше пов'язані з ускладненнями пізньої вагітності, наприклад, спричиненими плацентарною недостатністю [17]. На молекулярному рівні наявність ектопічного ендометрію порушує гормональне, клітинне та імунологічне середовище ендометрію, негативно впливаючи на децидуалізацію, плацентажію та програмування розвитку ембріона [18].

Гістероскопічна поліпектомія поліпів ендометрію покращує фертильність і збільшує частоту настання вагітності у раніше безплідних жінок без будь-яких інших причин, що пояснюють їхню безплідність, незалежно від розміру чи кількості поліпів [19-21].

У світі прогресує зростання поєднань даних захворювань. Проблема ГПЗМ набуває все більшого медико-соціального значення, що пов'язано з їх важкими клінічними проявами та рецидивуючим перебігом, які негативно впливають на якість життя та працездатність жінок [22].

Множинність та синхронність виникнення доброякісних пухлин геніталій зазвичай розцінюється як прогностично несприятливий фактор, що свідчить про активність проліферації, що з урахуванням онкологічної настороженості нерідко визначає активну хірургічну тактику.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано вихідну клінічну характеристику, а також особливості перебігу вагітності та її результати у 680 жінок, які спостерігались у відділенні гнійно-запальних захворювань в акушерстві та у відділенні реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України». Проспективне обстеження було проведено в період з січня 2018 року по грудень 2024 року.

Вагітні жінки були включені в дослідження в міру звертання до жіночої консультації або госпіталізації у відділення. Відповідно до отриманих даних клініко-лабораторного обстеження, поставленим діагнозом та розробленими критеріями включення до дослідження, всі пацієнтки були поділені на 3 групи.

До першої, основної групи увійшло 517 вагітних жінок із ГПЗМ та їх поєднанням, які включали: А (N80.0, за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду), ЛМ (D25), 4-7 тип за класифікацією Міжнародної федерації гінекології та акушерства (FIGO), ПЕ (N84.0), залозисту ГЕ (N85.0). ГПЗМ у обстежених вагітних були виявлені до вагітності з використанням ультразвукового дослідження, лапароскопії, гістероскопії (ГС). ПЕ та/або ГЕ були видалені до вагітності під час ГС.

Групу порівняння склали 82 вагітні жінки (2 група) без ГПЗМ з ускладненнями вагітності. Контрольну, 3 групу склали 81 вагітна жінка без ГПЗМ та без ускладнень вагітності. Пацієнтів 3 (контрольної) групи обстежували під час вагітності амбулаторно, під час контрольного консультування в жіночій консультації інституту та під час пологів у відділенні гнійно-запальних захворювань в акушерстві.

Залежно від наявності відповідних поєднань ГПЗМ пацієнтки основної групи розділені на 4 підгрупи: I – поєднання аденоміозу матки та лейоміоми матки (А+ЛМ) (n=130); II – поєднання аденоміозу та поліпів ендометрія та/або гіперплазії ендометрія (А+ПЕ та/або ГЕ) (n=166);

III – поєднання лейоміоми матки та поліпів ендометрія та/або гіперплазії ендометрія (ЛМ+ПЕ та/або ГЕ) (n=111); IV – поєднання аденоміозу матки, лейоміоми та поліпів ендометрія та/або гіперплазії ендометрія (А+ЛМ+ПЕ та/або ГЕ) (n=110). Середній вік жінок із ГПЗМ склав $34,8 \pm 1,6$ років, групи порівняння – $32,6 \pm 1,9$ років, контрольної групи – $31,2 \pm 1,7$ років ($p > 0,05$).

Із 351 вагітної з ЛМ 156 жінок мали 2 міоматозних вузла (44,4%), 3 вузла – 132 пацієнтки (37,6%), 4 вузла – 49 жінок (14,0%), 5 вузлів – 9 (2,6%), 6 і більше вузлів – 5 (1,4%) обстежених вагітних. Кількість міоматозних вузлів у обстежених жінок основної групи з ЛМ варіювала від 2 до 6, в середньому $3,21 \pm 0,56$. Розміри вузлів були від 0,5 до 50 мм, в середньому $21,4 \pm 1,6$ мм.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням стандартних програм Microsoft Excel 5,0 та Statistica 6,0. Параметричні методи застосовували для кількісних ознак з нормальним розподілом. Описувальна статистика включала в себе розрахунок середніх арифметичних величин (М), середньоквадратичне відхилення (SD), відношення шансів (ВШ) та 95% довірчий інтервал (ДІ 95%). Відмінності середніх величин вважали значущими з рівнем ймовірності не менше 95% ($p < 0,05$).

Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження затверджено Комісією з біоетики та деонтології ДУ «Український центр материнства та дитинства НАМН України» для всіх учасників (Протокол № 5 від 24.06.2020). Інформована згода була отримана від усіх осіб, включених у це дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Нами був проведений аналіз акушерського анамнезу з метою визначення частки ранніх репродуктивних та перинатальних втрат у обстежених жінок. До ранніх репродуктивних втрат ми відносили викидень, який не відбувся (O02.0), завмерле плідне яйце (O02.1), мимовільний викидень (O03), медичний аборт (O04), позаматкову вагітність (O00) (табл. 1). Перинатальні втрати включали в себе мертвонароджуваність (антенатальна загибель плода) та смерть дітей в перші 168 годин (рання неонатальна смертність).

Таблиця 1

Наслідки попередніх вагітностей та пологів у обстежених вагітних, абс.ч.(%)

Наслідки попередніх вагітностей та пологів	Обстежені жінки, групи		
	1, основна, n=517	2, порівняння, n=82	3, контрольна, n=81
Артифіційний аборт (хірургічний)	117 (22,6)*	12 (14,6)	8 (9,8)
Медикаментозний аборт	72 (13,9)	8 (9,8)	7 (8,6)
Мимовільний викидень (abrasion)	62 (11,3)*^	4 (4,9)	1 (1,2)
Завмерла вагітність	46 (8,9)*^	2 (2,4)	-
Звичайний викидень	21 (4,1)^	1 (1,2)	-
Позаматкова вагітність	37 (7,2)*^	3 (3,7)	2 (2,5)
Аntenатальна загибель плода в анамнезі	10 (1,9)	-	-
Термінові пологи	87 (16,8)	12 (14,6)	13 (16,0)
Передчасні пологи живим плодом	23 (4,5)*^	1 (1,2)	1 (1,2)
Перинатальна смертність	1 (0,2)	1 (1,2)	-

Примітки: 1. * – різниця достовірна відносно 3 групи ($p < 0,05$);

2. ^ – різниця достовірна відносно 2 групи ($p < 0,05$)

Як видно з наведених у табл. 1 даних, ранні втрати вагітності були у 68,2% обстежених жінок із ГПЗМ ($p < 0,05$). 13,9% медикаментозних абортів у жінок з ГПЗМ, 8,6% – у вагітних контрольної групи та у 9,8% – групи порівняння, що порівняно з даними відносно артифіційних абортів свідчить про те, що впровадження медикаментозних абортів відбувається тільки в останні роки. Заслуговує на увагу те, що 189 (36,6%) вагітних із ГПЗМ в анамнезі мали артифіційні або медикаментозні аборти. Це звичайно несприятливі моменти, оскільки при виникненні хронічного ендометриту після кюретажу матки майже в 2 рази підвищується ризик передчасних пологів в майбутньому [23].

Слід відмітити, що у 141 (27,2%) обстежених вагітних основної групи було поєднання наслідків

попередніх вагітностей. Частіше це було поєднання артифіційного аборту та позаматкової вагітності – у 29 (5,6%). Мимовільний, звичний викидень та замерла вагітність відмічені у 129 (24,3%) вагітних з ГПЗМ, що узгоджується з даними літератури, які свідчать про те, що зі збільшенням кількості викиднів різко зростає ризик переривання наступних вагітностей [23].

Аналіз наслідків попередніх вагітностей у обстежених жінок з ГПЗМ залежно від їх поєднання свідчить про значний відсоток мимовільних викиднів у жінок з А+ЛМ+ПЕ/ГЕ (20,0%) та у вагітних із А+ЛМ (14,6%) у порівнянні з пацієнтками з А+ПЕ/ГЕ (9,6%) та ЛМ+ПЕ/ГЕ (4,5%), (табл. 2).

Таблиця 2

Наслідки попередніх вагітностей у обстежених вагітних з ГПЗМ залежно від їх поєднання, абс.ч.(%)

Наслідки попередніх вагітностей та пологів	Вагітні з ГПЗМ (1, основна група), n=517				p
	А+ЛМ (n=130)	А+ПЕ/ГЕ (n=166)	ЛМ+ПЕ/ГЕ (n=111)	А+ЛМ+ПЕ/ГЕ (n=110)	
	1	2	3	4	
Артифіційний аборт (хірургічний)	30 (23,1)* ⁰	26 (15,7) ⁰	22 (19,8) ⁰	39 (35,5)	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-4} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
Медикаментозний аборт	12 (9,2)* ⁰	23 (13,9) ⁰	12 (10,8) ⁰	25 (22,7)	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-4} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
Мимовільний викидень (abrasion)	19 (14,6) * ^{Λ0}	16 (9,6) ^{Λ0}	5 (4,5) ⁰	22 (20,0)	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,05$ $p_{1-4} < 0,05$ $p_{2-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
Замерла вагітність	17 (13,1) * ^Λ	10 (6,0) ⁰	5 (4,5) ⁰	14 (12,7)	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
Звичний викидень	7 (5,4) ^Λ	8 (4,8) ^Λ	2 (1,8) ⁰	4 (3,6)	$p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-3} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
Позаматкова вагітність	12(9,2) * ^{Λ0}	7(4,2) ⁰	3(2,7) ⁰	15(13,6)	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,05$ $p_{1-4} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
Антенатальна загибель плода в анамнезі	2 (1,5) ⁰	3 (1,8) ^Λ	1 (0,9) ⁰	4 (3,6)	$p_{1-4} < 0,05$ $p_{2-3} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
Термінові пологи	3 (2,3) ⁰	6 (3,6)	3 (2,7)	5 (4,5)	$p_{1-4} < 0,05$
Передчасні пологи живим плодом	8 (6,2)*	4 (2,4) ⁰	4 (3,6) ⁰	7 (6,4)	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{2-4} < 0,05$ $p_{3-4} < 0,05$
Перинатальна смертність	-	-	-	1 (0,9)	

Примітки: 1. * – різниця достовірна відносно А+ПЕ/ГЕ ($p < 0,05$);

2. ^Λ – різниця достовірна відносно ЛМ+ПЕ/ГЕ ($p < 0,05$);

3.⁰ – різниця достовірна відносно А+ЛМ+ПЕ/ГЕ ($p < 0,05$)

Артифіційні аборти частіше відмічали вагітні з А+ЛМ+ПЕ/ГЕ та А+ЛМ; медикаментозні аборти частіше були у пацієток з А+ЛМ+ПЕ/ГЕ (табл. 2). Замерла вагітність була майже вдвічі частіше у пацієток з А+ЛМ+ПЕ/ГЕ та

А+ЛМ ніж у жінок з А+ПЕ/ГЕ та у пацієток з ЛМ+ПЕ/ГЕ, ($p < 0,05$). Також частіше в анамнезі був звичний викидень у жінок з А+ЛМ та у пацієток з А+ПЕ/ГЕ (табл. 2). Антенатальна загибель була частіше у жінок з А+ЛМ+ПЕ/

ГЕ. Передчасні пологи в анамнезі були частіше у пацієток із поєднанням А+ЛМ+ПЕ/ГЕ та у жінок з А+ЛМ, ($p<0,05$).

Звертає увагу висока частота вишкрібаних порожнини матки у жінок основної групи (88,6%) порівняно з жінками групи порівняння (30,5%) та контрольної групи (19,8%), $p<0,05$. Однократні вишкрібання стінок порожнини матки з приводу патології ендометрію (поліп та гіперплазія ендометрію), вагітності, що не розвивається, артифіційного аборт, неповного мимовільного викидня, а також, неодноразові вишкрібання стінок порожнини матки частіше зустрічались у жінок основної групи.

У першому триместрі вагітності з приводу загрози раннього аборт у знаходилось майже 90% жінок із

ГПЗМ, що на 20% більше, ніж пацієток групи порівняння (табл. 3) (ВШ – 3,922; 95% ДІ(СІ): 2,261-6,802). Ретрохоріальна гематома виявлялась удвічі частіше в обстежених основної групи, ніж у пацієток групи порівняння ($p<0,05$) (ВШ – 2,519; 95% ДІ(СІ): 1,418-4,473). Низька плацентажія була виявлена у 98 (18,9%) жінок із ГПЗМ та у 8 (9,8%) пацієток групи порівняння (ВШ – 2,163; 95% ДІ(СІ): 1,010-4,635). Поліморфізм генів виявлено у кожній сьомої вагітної пацієтки із ГПЗМ, а в групі порівняння – у 4,9% обстежених ($p<0,05$). Частота раннього гестозу (токсикозу) (МКХ-Х – О21.0) не відрізнялась у жінок основної та групи порівняння ($p>0,05$).

Таблиця 3

Ускладнення I триместру вагітності у жінок основної та групи порівняння, абс.ч.(%)

Ускладнення I триместру вагітності	Обстежені вагітні, групи		
	Основна, n=517	Порівняння, n=82	Контрольна, n=81
Загроза раннього аборт	465 (89,9)* ^	57 (69,5) ^	2 (2,5)
Ретрохоріальна гематома	196 (37,9)* ^	16 (19,5) ^	-
Низька плацентажія	98 (18,9)* ^	8 (9,8) ^	3 (3,7)
Поліморфізм генів	71 (13,7)* ^	4 (4,9) ^	1 (1,2)
Ранній гестоз (токсикоз)	52 (10,1) ^	10 (12,2) ^	4 (4,9)

Примітки: 1. * – різниця достовірна відносно групи порівняння ($p<0,05$)

2. ^ – різниця достовірна відносно контрольної групи ($p<0,05$);

У обстежених пацієток токсикоз був тільки легкого ступеня і різниця між групами поєднання ГПЗМ була не достовірною ($p>0,05$), що свідчить про відсутність залежності ГПЗМ та частоти виникнення гестозів (табл. 4).

Аналіз ускладнень I триместру вагітності у жінок із ГПЗМ у залежності від їх поєднання свідчить про

те, що ретрохоріальна гематома та низька плацентажія частіше зустрічалась у вагітних із поєднанням А з іншими проліферативними захворюваннями матки (табл. 4). Ретрохоріальна гематома у вагітних із А+ЛМ+ПЕ/ГЕ була виявлена майже в 2,8 разів частіше, ніж у пацієток із ЛМ+ПЕ/ГЕ, а низька плацентажія – майже в 2 рази, ($p<0,05$).

Таблиця 4

Ускладнення I триместру вагітності у обстежених жінок основної групи, абс.ч.(%)

Ускладнення I триместру вагітності	Обстежені вагітні з ГПЗМ (основна група), n=517			
	А+ЛМ (n=130)	А+ПЕ/ГЕ (n=166)	ЛМ+ПЕ/ГЕ (n=111)	А+ЛМ+ПЕ/ГЕ (n=110)
Загроза раннього аборт	126 (96,9)*	140 (84,3) ⁰	98 (88,3) ⁰	101 (97,8)
Ретрохоріальна гематома	62 (47,7)* ^{Λ0}	57 (34,3) ^{Λ0}	22 (19,8) ⁰	55 (55,0)
Низька плацентажія	23 (17,7) ⁰	34 (20,5) ^{Λ0}	12 (10,8) ⁰	29 (26,4)
Поліморфізм генів	18 (13,8)	20 (12,0) ^{Λ0}	14 (12,6) ⁰	19 (17,3)
Ранній гестоз (токсикоз)	13 (10,0)	18 (10,8)	12 (10,8)	9 (8,2)

Примітки: 1. * – різниця достовірна відносно II підгрупи ($p<0,05$);

2. ^ – різниця достовірна відносно III підгрупи ($p<0,05$);

3. ⁰ – різниця достовірна відносно IV підгрупи ($p<0,05$)

Наші дослідження свідчать, що у вагітних з ГПЗМ в підгрупі з А+ПЕ/ГЕ, А+ЛМ+ПЕ/ГЕ та А+ЛМ з одно-разовими або багаторазовими ранніми втратами вагітності, частими вишкрібаннями стінок порожнини матки частота ретрохоріальної гематоми та низької плацентажії значно вища. Поліморфізм генів виявлявся частіше у жінок з А+ЛМ+ПЕ/ГЕ ($p<0,05$).

Наші дані узгоджуються з даними літератури, які свідчать про те, що при ендометріозі матки надмірна внутрішньоматкова активація вільних радикалів, резистентність ендометрію до селективного впливу прогестерону та товстіша ендометріальна сполучна зона

можуть призвести до акушерських ускладнень під час вагітності [24]. Також запальні процеси в ендометрії, патологічна скоротливість матки, руйнування тканин та судин через хронічне запалення та утворення спайок при ендометріозі можуть спричинити акушерські ускладнення [25]. Крім того, ектопічний ендометрій, що спостерігається у жінок з ендометріозом, є токсичним середовищем для плаценти та призводить до її порушення з ризиком передчасного переривання вагітності, затримки внутрішньоутробного росту та низької маси тіла при народженні для гестаційного віку [11, 25].

Висновки

У вагітних жінок із ГПЗМ (лейоміомою та аденоміозом матки, перенесеними до вагітності поліпектомією та вишкрібанням стінок порожнини матки з приводу поліпів та гіперплазії ендометрію) ранні втрати вагітності в анамнезі були у 68,2%, що майже вдвічі частіше, ніж у вагітних без ГПЗМ. Причому, у 141 (27,2%) вагітних із ГПЗМ було поєднання наслідків попередніх вагітностей. Частіше всього ранні втрати вагітності були у пацієток із поєднанням аденоміозу, лейоміоми та поліпів/гіпер-

плазії ендометрія в анамнезі (23,0%) та при поєднанні аденоміозу та лейоміоми матки (18,7%).

У вагітних жінок із ГПЗМ частими ускладненнями вагітності в першому триместрі є загроза раннього аборту, ретрохоріальна гематома та низька плацентажія. Ці ускладнення частіше виникають у вагітних із поєднанням аденоміозу матки з іншими доброякісними гіперпроліферативними захворюваннями матки (лейоміомою матки, перенесеними до вагітності гіперпластичними процесами ендометрію).

Література:

1. Biglia N, Carinelli S, Maiorana A, D'Alonzo M, Lo Monte G, Marci R. Ulipristal acetate: a novel pharmacological approach for the treatment of uterine fibroids. *Drug Des Devel Ther.* 2014;8:285-92. DOI: <http://doi.org/10.2147/DDDT.S54565> PMID: 24591818; PMCID: PMC3934585.
2. Floss K, Garcia-Rocha GJ, Kundu S, von Kaisenberg CS, Hillemanns P, Schippert C. Fertility and Pregnancy Outcome after Myoma Enucleation by Minilaparotomy under Microsurgical Conditions in Pronounced Uterus Myomatosus. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2015;75(1):56-63. DOI: <http://doi.org/10.1055/s-0034-1396163> PMID: 25684787; PMCID: PMC4318730.
3. Commandeur AE, Styer AK, Teixeira JM. Epidemiological and genetic clues for molecular mechanisms involved in uterine leiomyoma development and growth. *Hum Reprod Update.* 2015;21(5):593-615. DOI: <http://doi.org/10.1093/humupd/dmv030> PMID: 26141720; PMCID: PMC4533663.
4. Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, Tinelli A. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review. *Int J Fertil Steril.* 2016;9(4):424-35. DOI: <http://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4599> PMID: 26985330; PMCID: PMC4793163.
5. Ming WK, Wu H, Wu Y, Chen H, Meng T, Shen Y, et al. Health-related quality of life in pregnancy with uterine fibroid: a cross-sectional study in China. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(1):89. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12955-019-1153-6> PMID: 31126289; PMCID: PMC6534849.
6. Della Corte L, Di Filippo C, Gabrielli O, Reppuccia S, La Rosa VL, Ragusa R, et al. The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4683. DOI: <http://doi.org/10.3390/ijerph17134683> PMID: 32610665; PMCID: PMC7370081.
7. Wasson M, Butler K, Magtibay P, Temkit M, Magrina J. Prognostic Factors for Morcellation During Vaginal Hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2016;127(4):752-7. DOI: <http://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001346> PMID: 26959209.
8. Dueholm M. Uterine adenomyosis and infertility, review of reproductive outcome after in vitro fertilization and surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(6):715-26. DOI: <http://doi.org/10.1111/aogs.13158> PMID: 28556124.
9. Ng VW, Cheung VY. Ultrasound-Guided High-Intensity Focused Ultrasound of Uterine Fibroids and Adenomyosis: An 11-Year Experience from a Single Center in Hong Kong. *J Clin Med.* 2024;13(16):4788. DOI: <http://doi.org/10.3390/jcm13164788> PMID: 39200930; PMCID: PMC11355121.
10. Sri Ranjan Y, Ziauddeen N, Stuart B, Alwan NA, Cheong Y. The role of parity in the relationship between endometriosis and pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Fertil.* 2023;4(1): e220070. DOI: <http://doi.org/10.1530/RAF-22-0070> PMID: 36821517; PMCID: PMC10083661.
11. Tsikouras P, Oikonomou E, Bothou A, Chaitidou P, Kyriakou D, Nikolettos K, et al. The Impact of Endometriosis on Pregnancy. *J Pers Med.* 2024;14(1):126. DOI: <http://doi.org/10.3390/jpm14010126> PMID: 38276248; PMCID: PMC10820275.
12. Violette CJ, Aberle LS, Anderson ZS, Komatsu EJ, Song BB, Mandelbaum RS, et al. Pregnancy with endometriosis: Assessment of national-level trends, characteristics, and maternal morbidity at delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2024;299:1-11. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.05.011> PMID: 38815411.
13. Saleh HS, Mowafy HE, Hameid AAAE, Sherif HE, Mahfouz EM. Does Uterine Fibroid Adversely Affect Obstetric Outcome of Pregnancy? *Biomed Res Int.* 2018;2018:8367068. DOI: <http://doi.org/10.1155/2018/8367068> PMID: 30151390; PMCID: PMC6087613.
14. Chen Y, Lin M, Guo P, Xiao J, Huang X, Xu L, et al. Uterine fibroids increase the risk of hypertensive disorders of pregnancy: a prospective cohort study. *J Hypertens.* 2021;39(5):1002-8. DOI: <http://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002729> PMID: 33315757; PMCID: PMC8048729.
15. Vitagliano A, Noventa M, Di Spiezio Sardo A, Saccone G, Gizzo S, Borgato S, et al. Uterine fibroid size modifications during pregnancy and puerperium: evidence from the first systematic review of literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;297(4):823-35. DOI: <http://doi.org/10.1007/s00404-017-4621-4> PMID: 29236171.
16. Huang Y, Zhao X, Chen Y, Wang J, Zheng W, Cao L. Miscarriage on Endometriosis and Adenomyosis in Women by Assisted Reproductive Technology or with Spontaneous Conception: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int.* 2020;2020:4381346. DOI: <http://doi.org/10.1155/2020/4381346> PMID: 33490243; PMCID: PMC7787757.
17. Horton J, Sterrenburg M, Lane S, Maheshwari A, Li TC, Cheong Y. Reproductive, obstetric, and perinatal outcomes of women with adenomyosis and endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2019;25(5):592-632. DOI: <http://doi.org/10.1093/humupd/dmz012> PMID: 31318420.
18. Stamatellos I, Apostolides A, Stamatopoulos P, Bontis J. Pregnancy rates after hysteroscopic polypectomy depending on the size or number of the polyps. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277(5):395-9. DOI: <http://doi.org/10.1007/s00404-007-0460-z> PMID: 17851673.
19. Jee BC, Jeong HG. Management of endometrial polyps in infertile women: A mini-review. *Clin Exp Reprod Med.* 2021;48(3):198-202. DOI: <http://doi.org/10.5653/cerm.2020.04119> PMID: 34352167; PMCID: PMC8421660.
20. Bourdel N, Chauvet P, Billone V, Douridas G, Fauconnier A, Gerbaud L, et al. Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PLoS One.* 2019;14(1): e0208464. DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0208464> PMID: 30629598; PMCID: PMC6328109.
21. Gante I, Medeiros-Borges C, Águas F. Hysterectomies in Portugal (2000-2014): What has changed? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;208:97-102 DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.021> PMID: 27914240.

22. Li Q, Zhu J, Hua K. Effects of subchorionic hematoma on pregnancy outcome: a meta analysis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2016;96(17):1383-5. DOI: <http://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2016.17.017> PMID: 27180760.
23. Leeners B, Farquhar CM. Benefits of pregnancy on endometriosis: can we dispel the myths? *Fertil Steril*. 2019;112(2):226-7. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.06.002> PMID: 31280954.
24. Leone Roberti Maggiore U, Ferrero S, Mangili G, Bergamini A, Inversetti A, Giorgione V, et al. A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes. *Hum Reprod Update*. 2016;22(1):70-103. DOI: <http://doi.org/10.1093/humupd/dmv045> PMID: 26450609.

INFLUENCE OF HYPERPROLIFERATIVE UTERINE DISEASES ON THE COURSE OF THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY

O. Shevchuk, A. Dubchak, L. Tumanova

State Institution «Ukrainian Center for Maternity and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine» (Kyiv, Ukraine)

Summary.

The impact of hyperproliferative uterine diseases (HPD), including uterine leiomyoma (LM), uterine endometriosis (adenomyosis) (A), and endometrial hyperplastic processes (such as polyps and/or endometrial hyperplasia (PE and/or GE)) present prior to pregnancy, particularly their combination, on pregnancy outcomes remains a pressing issue in modern medicine. Over the past decade, there has been a significant increase in the number of pregnant women with endometriosis, LM, and a history of PE and/or GE.

Aim of the study: To investigate the characteristics of pregnancy course in women with hyperproliferative uterine diseases.

Materials and methods. A prospective cohort randomized study was conducted among 680 women treated at the Department of Purulent-Inflammatory Diseases in Obstetrics and the Department of Rehabilitation of Women's Reproductive Function at the State Institution «All-Ukrainian Center for Motherhood and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine» from January 2018 to December 2024. Group 1 included 517 pregnant women with HPD and their combinations (LM, A, PE and/or GE). Group 2 (comparison group) consisted of 82 pregnant women without HPD but with pregnancy complications. Group 3 (control group) included 81 pregnant women without HPD and without pregnancy complications.

Results. Early pregnancy loss was observed in 68.2% of pregnant women with HPD, while 36.6% of patients had a history of induced or medical abortions, and 27.2% exhibited a combination of complications from previous pregnancies. A high frequency of uterine wall curettage was also noted in the medical history of pregnant women with HPD (88.6%). During the first trimester, the threat of early miscarriage was present in 90% of pregnant women with HPD (OR = 3.922; 95% CI: 2.261-6.802). Retrochorial hematoma was detected twice as often in Group 1 compared to the comparison group (OR = 2.519; 95% CI: 1.418-4.473), and low placentation was observed in 18.9% of women in Group 1 (OR = 2.163; 95% CI: 1.010-4.635). These complications were more prevalent in pregnant women with a combination of adenomyosis and other uterine fibroids.

Conclusions. Pregnancy in women with hyperproliferative uterine diseases (LM, A, PE and/or GE present prior to pregnancy) is frequently complicated during the first trimester by the threat of early miscarriage, retrochorial hematoma, and low placentation.

Key words: Pregnancy; Hyperproliferative Uterine Diseases; Adenomyosis; Uterine Leiomyoma; Endometrial Polyps; Endometrial Hyperplasia.

Контактна інформація:

Шевчук Олександр Валерійович – к.мед.н., старший науковий співробітник відділення профілактики і лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України» (м.Київ, Україна)
e-mail: ginekologalex@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0936-2759>
Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/ABE-1732-2021>

Дубчак Алла Євгенівна – д-р мед. наук, професор, головний науковий співробітник відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції жінок, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України» (м. Київ, Україна)
e-mail: besplodiepag@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6643-7200>
Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/R-1242-2016>

Туманова Лариса Євгенівна, – д-р мед. наук, професор, завідувач відділенням профілактики і лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України» (м. Київ, Україна)
e-mail: laritu@ukr.net
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4202-943X>

Contact information:

Oleksandr Shevchuk – PhD in Medicine, Senior Researcher at the Department of Prevention and Treatment of Purulent and Inflammatory Diseases in Obstetrics, All-Ukrainian Centre for Motherhood and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine (Kyiv, Ukraine)
e-mail: ginekologalex@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0936-2759>
Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/ABE-1732-2021>

Alla Dubchak – Doctor of Medicine, Professor, Chief Researcher of the Department of Family Planning and Operative Rehabilitation of Women's Reproductive Function, All-Ukrainian Centre for Motherhood and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine (Kyiv, Ukraine)
e-mail: besplodiepag@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6643-7200>
Researcher ID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/R-1242-2016>

Larysa Tumanova – MD, PhD, Professor, Head of the Department of Prevention and Treatment of Purulent and Inflammatory Diseases in Obstetrics, All-Ukrainian Centre for Motherhood and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine (Kyiv, Ukraine)
e-mail: laritu@ukr.net
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4202-943X>



Надійшло до редакції 11.02.2025 р.
Підписано до друку 20.03.2025 р.