



УДК 618.145-007.415-06:618.14-006.36

Н. М. Рожковська, Д. М. Железов, Т. В. Коссей

РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА МІОМУ МАТКИ ТА ЕНДОМЕТРІОЗ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 618.145-007.415-06:618.14-006.36

Н. Н. Рожковская, Д. М. Железов, Т. В. Коссей

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Целью исследования была оценка клинического течения беременности у женщин, болевших эндометриозом и миомой матки. Показано, что выполнение симультанных оперативных вмешательств в объеме консервативной миомэктомии и эксцизии очагов эндометриоза значительно не влияет на количество осложненной беременности и родов. При планировании беременности у женщин, страдающих миомой матки в сочетании с эндометриозом, целесообразно плановое выполнение лапароскопического вмешательства для устранения патологического фона.

Ключевые слова: миома матки, эндометриоз, беременность, репродуктивная функция.

UDC 618.145-007.415-06:618.14-006.36

N. M. Rozhkovska, D. M. Zhelezov, T. V. Kossei

REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN WITH MYOMA AND ENDOMETRIOSIS

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The aim of the study was to evaluate the clinical outcome of pregnancy in women suffering from endometriosis and myoma of the uterus. It was shown that performing simultaneous surgical interventions in the amount of conservative myometectomy and excision of endometriosis foci does not significantly affect the number of complications of pregnancy and childbirth. When planning pregnancy in women suffering from myoma of the uterus, it is expedient to carry out laparoscopic intervention to eliminate the pathological background.

Key words: uterine myoma, endometriosis, pregnancy, reproductive function.

Вступ

Ендометріоз і міома матки залишаються найбільш поширеними гінекологічними захворюваннями у розвинутих країнах та посідають друге місце після запальних захворювань органів малого таза у країнах третього світу та у країнах з перехідною економікою [1; 3; 4; 6]. За оцінками фахівців, частота ендометріозу в популяції становить близько 10 %, причому у кожної другої жінки, хворої на ендометріоз, можливе виникнення міоми матки [4; 6].

Останніми роками активно вивчаються молекулярно-

біологічні механізми розвитку міоми матки та ендометріозу. Формування «зон росту» міоматозних вузлів завжди супроводжується процесом неоваскуляризації й активацією ангіогенезу, що, у свою чергу, збільшує ймовірність імплантації та прогресування ендометріозу [1; 2].

Спорідненість патогенетичних механізмів, наявність спільних симптомів цих захворювань зумовили значний інтерес фахівців до дослідження різних аспектів їх діагностики та лікування. Втім, до останнього часу у доступній літературі бракувало даних про вплив різних методів лікування на

репродуктивну функцію та перебіг вагітності [5; 6].

Сьогодні є численні докази на користь того, що фертильність при поєднанні ендометріозу з міомою менша, ніж за наявності лише одного з цих захворювань [2; 3; 5]. Втім, після адекватної терапії жінка все ж має шанс завагітніти та народити. Однак при цьому наявні численні чинники ризику виникнення ускладнень вагітності та пологів. Тому для сучасного акушерства проблема вибору оптимального алгоритму передгравідарної підготовки та ведення вагітності у жінок, хворих на міому матки та ендометріоз, залишається вельми актуальною [1; 3].



Клінічна характеристика груп

Показник		I група (n=28)	II група (n=30)
Скарги	Біль внизу живота	20 (71,5 %)	22 (73,3 %)
	Порушення менструальної функції	24 (85,7 %)	28 (93,3 %)
Кількість міоматозних вузлів		2,2±0,4	2,4±0,5
Середній розмір міоматозних вузлів, см		4,32±0,92	3,48±0,82

Метою дослідження була оцінка клінічного перебігу вагітності у жінок, що хворіли на ендометріоз і міому матки.

Матеріали та методи дослідження

Робота виконана на базі ООПЦ (Одеса) у 2012–2017 рр. Проведений аналіз перебігу вагітності у 58 жінок, у яких в анамнезі були вказівки на наявність міоматозних вузлів та ендометріозу. Середній вік жінок ($32,4 \pm 1,1$) року. В залежності від використаних методів лікування на передгравідарному етапі загальну кількість жінок розподілено на дві групи. До I групи увійшли 28 жінок, яким виконували консервативну міомектомію з ексцизією вогнищ ендометріозу. До II групи — 30 жінок, яким виконували міомектомію без видалення вогнищ ендометріозу.

При видаленні субсерозного або інтерстиціального вузла проводили поперечне перерізання серозної оболонки до тканини міоми завдовжки 2/3 діаметра вузла. Після видалення міоматозного вузла на його ложе поперемінно з обох сторін накладали гемостатичні м'язово-м'язові шви та відновлювали серозний покрив матки за допомогою серозно-серозних швів, поверх яких накладали гемостатичні П-подібні шви. Як шовний матеріал використовували вікріл. У післяопераційному періоді проводили ранню активізацію хворих, застосовували з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень компресійний трикотаж I класу компресії та позионування кінцівок.

У першому менструальному циклі після проведеної міомектомії у пацієнок I групи і пацієнок II групи застосовували агоністи рилізінг-гормону, загальна тривалість застосування препаратів сягала 3 міс., після чого хворих переводили на комбіновані оральні контрацептиви на 3 міс. з подальшим переходом на контрацептив-

ний режим до планової вагітності. Стан медикаментозної аменореї зберігали протягом 6–7 міс. для профілактики рецидивів міоми матки.

Обсяг обстеження під час вагітності та за наявності показань оперативне розродження жінок обох клінічних груп здійснювалося шляхом кесаревого розтину відповідно до вимог чинного наказу МОЗ України від 27.12.2011 р. № 977 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.2003 р. № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»».

Визначали кількість ускладнень вагітності та пологів у різних клінічних групах.

Статистична обробка проводилася методами дисперсійного та кореляційного аналізу із використанням програмного забезпечення Statistica 10.0 (Dell StatSoft Inc., США)

Результати дослідження та їх обговорення

При клінічному обстеженні виявлено переважання скарг на біль унизу живота, порушення менструального циклу в анамнезі у жінок обох груп. Середня кількість міоматозних вузлів у I групі становила $2,2 \pm 0,4$ при середніх розмірах ($4,32 \pm 0,92$) см, а у II групі — відповідно ($2,4 \pm 0,5$) та ($3,48 \pm 0,82$) см. Субсерозна локалізація міоматозних вузлів реєструвалася у 8 (28,6 %) пацієнок I групи, інтрамуральна — у 20 (71,4 %). У II групі субсерозні міоматозні вузли визначалися у 13 (43,3 %), інтрамуральні — у 17 (56,7 %) випадках (табл. 1).

Щодо ступеня тяжкості ендометріозу, то в обох групах переважали пацієнтки з I–II ступенем розповсюженості процесу (рис. 1)

За даними УЗД, проведеного у III триместрі, плацента

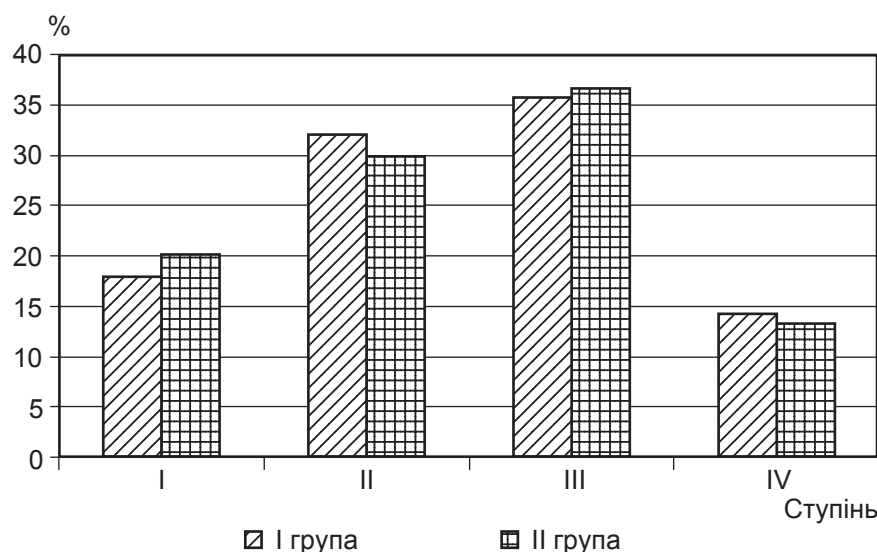


Рис. 1. Розповсюженість ендометріозу у вагітних різних клінічних груп

розташовувалася у 18 (64,3 %) вагітних I групи та у 16 (53,3 %) — II групи, по задній стінці — у 6 (21,4 %) та 9 (30,0 %), у ділянці дна — у 4 (14,3 %) та 5 (16,7 %) відповідно. В одному випадку у вагітної I групи відзначалася низька плацентажія, випадків центрального передлежання плаценти не було. Гіперплазія плаценти траплялася у кожній третій жінки в обох групах спостереження (відповідно 32,1 та 33,3 %). Гіпоплазія плаценти, кальциноз, деструктивні зміни в плаценті спостерігалися у 14 (50 %) і 16 (53,3 %) випадках відповідно. Наявність цих змін трактувалася як прояв дисфункції.

Помірне маловоддя спостерігалось в I групі у 8 (28,6 %) жінок, а у II групі — у 10 (33,3 %). Багатоводдя мало місце у 5 (17,8 %) і 6 (20,0 %) випадках відповідно. Частота прееклампсії у групах порівняння становила відповідно 3 (10,7 %) та 4 (13,3 %). Залізодефіцитна анемія виникала у 11 (39,3 %) та 13 (43,3 %) випадках.

У всіх випадках в обох клінічних групах плід знаходився у головному передлежанні.

Оперативне розродження виконане у 24 (86,7 %) жінок I групи та 26 (85,7 %) — II групи.

3-поміж ускладнень пологів через природні пологові шляхи можна виділити: передчасний розрив плодових оболонок відповідно 17,9 і 13,3 % в обох групах; загроза розриву промежини у I групі — у 28,6 % і в II групі — у 26,7 % жінок. Середня крововтрата після *labores per via naturales* в обох групах сягала (255,0±4,5) мл. Середня крововтрата при оперативному розродженні становила (599±29) мл у I групі та (606±24) мл у II групі.

У двох випадках після комбінованого втручання в обов'язки міомектомії та резекції ендометріодних ектопій виникала необхідність корпорального кесаревого розтину з причини вираженого спайкового проце-

су у нижньому сегменті матки. В одному випадку був виконаний донний кесарів розтин з подальшою екстирпацією матки у зв'язку з вродженням плаценти в ділянці рубця.

При виконанні кесаревого розтину у жінок I групи рубець на матці не візуалізувався, що було розцінено як його повноцінність.

Ускладнення кесаревого розтину дещо частіше спостерігалися у I групі — у вигляді субфебрилітету, резорбційної лихоманки, субінволюції матки та залізодефіцитної анемії. Втім, за частотою цих проявів групи значущо не відрізнялися ($p>0,05$).

Пологи в усіх обстежуваних вагітних відбулися за доношеною вагітністю. Маса новонароджених у I групі становила в середньому (2990±35) г, а у II групі — (2450–3112±24) г.

Середня тривалість перебування в стаціонарі у жінок обох груп практично не відрізнялася і становила (7,3±0,3) та (7,2±0,2) ліжко-дня відповідно ($p>0,05$).

Висновки

1. Виконання симультанних оперативних втручань в обов'язки консервативної міомектомії та ексцизії вогнищ ендометріозу значущо не впливає на кількість ускладнень вагітності та пологів.

2. При плануванні вагітності у жінок, які страждають на міому матки, поєднану з ендометріозом, доцільне планове виконання лапароскопічного втручання для усунення патологічного фону.

Ключові слова: міома матки, ендометріоз, вагітність, репродуктивна функція.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов В. С. Эндометриоз и миома матки с позиции системной генетики. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2016. Т. 65 (S). С. 5–7.

2. Гончарова С. В., Башмакова Н. В. Потеря беременности: патогенетическая терапия и ее исходы у жен-

щин группы высокого риска. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2014. Т. 13. № 3. С. 19–26.

3. Молчанова О. В. Миома матки та аденоміоз: до питання поєднання діагнозів. *Таврический медико-биологический вестник*. 2013. Т. 16. № 2, ч. 1 (62). С. 155–156.

4. Strong Association Between Endometriosis and Symptomatic Leiomyomas / C. Nezhat et al. *JSLs*. 2016 Jul-Sep. Vol. 20 (3).

5. Adamson G. D. The modern role of reproductive surgery. *Clin Obstet Gynecol*. 2011 Dec. Vol. 54 (4). P. 710–719.

6. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis / E. J. Choi et al. *Obstet Gynecol Sci*. 2017 Nov. Vol. 60 (6). P. 579–586.

REFERENCES

1. Baranov V.S. Endometriosis and myoma of uterus from the position of system genetics. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2016; 65 (S): 5-7.

2. Goncharova S.V., Bashmakova N.V. Loss of pregnancy: pathogenetic therapy and its ends at the women of group of high risk. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2014; 13 (3): 19-26.

3. Molchanova O.V. Uterine myoma and adenomyosis: as for unity of diagnosis. *Tavrisheskiy mediko-biologicheskiy vestnik*. 2013; 16 (2-1) (62): 155-156.

4. Nezhat C., Li A., Abed S., Balsiano E., Soliemannjad R., Nezhat A., Nezhat C.H., Nezhat F. Strong Association Between Endometriosis and Symptomatic Leiomyomas. *JSLs*. 2016 Jul-Sep; 20(3).

5. Adamson G.D. The modern role of reproductive surgery. *Clin Obstet Gynecol*. 2011 Dec; 54(4): 710-9.

6. Choi E.J., Cho S.B., Lee S.R., Lim Y.M., Jeong K., Moon H.S., Chung H. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis. *Obstet Gynecol Sci*. 2017 Nov; 60(6): 579-586.

Надійшла до редакції 15.03.2018

Рецензент д-р мед. наук,
проф. І. З. Гладчук,
дата рецензії 20.03.2018

