

# Вагітність і пологи у жінок з міомою матки після реконструктивних операцій

**О.В. Жовтенко**

Одеський національний медичний університет МОЗ України

**Мета дослідження:** зниження частоти акушерської та перинатальної патології у жінок, які перенесли до вагітності консервативну міомектомію, на основі вивчення клініко-ехографічних, гемодинамічних, ендокринологічних, метаболічних та морфологічних особливостей стану фетоплацентарного комплексу, а також удосконалення методики хірургічного лікування міоми матки (ММ) та алгоритму діагностичних заходів.

**Матеріали та методи.** Вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 266 жінок з ММ (в анамнезі не було оперативного лікування), яких було розподілено на дві групи залежно від розмірів міоматозних вузлів. Вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 126 жінок, що перенесли до вагітності консервативну міомектомію, яких було розподілено на дві групи залежно від методики проведеної операції і тактики ведення вагітності.

**Результати.** Результати проведених досліджень свідчать про високий ризик розвитку перинатальної патології у жінок з міомою матки, які не були прооперовані до вагітності в обсязі консервативної міомектомії.

**Заключення.** Використання удосконаленої нами методики консервативної міомектомії та алгоритму діагностичних заходів дозволяє покращити перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику.

**Ключові слова:** міома матки, реконструктивні операції, вагітність, пологи.

Міома матки (ММ) залишається однією з найбільш поширених пухлин репродуктивної системи, яка негативно впливає на перебіг вагітності та пологів [1, 2]. В останні роки проблема поєднання ММ та вагітності набула особливої актуальності, що зумовлено підвищенням частоти даної патології з 0,5–6% до 20% [3, 4].

Проблема стратегії та тактики ведення вагітності у жінок з ММ охоплює низку питань, пов'язаних з різноманітними аспектами консервативно-пластичної хірургії в акушерстві, оцінюванням функціонального стану фетоплацентарного комплексу, методів розродження [5–7].

Наявність рубця на матці після міомектомії у вагітних, за даними низки авторів [8, 9], визначає для акушерів нові проблеми, що залишились після операції, та необхідність контролю за станом рубця. Незважаючи на постійну увагу до проблеми ведення вагітності у жінок з ММ після реконструктивних операцій, залишається низка питань, що потребують доповнення та уточнення. Зокрема, результати перебігу вагітності та пологів залежно від методики проведення реконструктивних операцій, формування повноцінного рубця на матці та питання про критерії оцінювання спроможності рубця. Закономірно постає питання і про оптимальний метод розродження у даної групи вагітних.

**Мета дослідження:** зниження частоти акушерської та перинатальної патології у жінок, які перенесли до вагітності консервативну міомектомію на підставі вивчення клініко-ехографічних, гемодинамічних, ендокринологічних, метаболічних та морфологічних особливостей стану фетоплацентарного комплексу, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети дослідження були проведені у два етапи.

### 1-й етап – ретроспективний

Вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 266 жінок з ММ (в анамнезі не було оперативного лікування), яких було розподілено на дві групи залежно від розмірів міоматозних вузлів:

1-а група – 132 жінки з розмірами вузлів більше 5 см;

2-а група – 134 жінки з розмірами міоматозних вузлів менше 5 см.

Як контроль (К) були обстежені 64 вагітні без міоматозних вузлів.

### 2-й етап – проспективний

Вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 126 жінок, що перенесли до вагітності консервативну міомектомію. Вагітні були розділені на дві групи залежно від методики проведеної операції і тактики ведення вагітності:

3-я група – 59 жінок після консервативної міомектомії за загальноприйнятою методикою;

4-а група – 67 вагітних після консервативної міомектомії за розробленою нами методикою проведення операції.

Загальноприйнята тактика ведення жінок 3-ї групи полягала у веденні згідно з існуючими протоколами МОЗ України.

У жінок 4-ї групи під час проведення консервативної міомектомії проводили видалення одного або декількох вузлів з одночасним ушиванням ложа неперервним висхідним циркулярним швом, який запобігає формуванню мікрогематом, а також дозволяє відновити анатомічне розташування м'язів матки (патент на корисну модель «Спосіб виконання міомектомії під час кесаревого розтину», Зелінський О.О., Жовтенко О.В. МПК (2014.01): А61В1 17/00. Номер заявки у 2013 13842).

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, інструментальні, функціональні, лабораторні та морфологічні дослідження.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг вагітності у неоперованих жінок з ММ характеризується високою частотою загрози переривання вагітності. При розмірі вузлів більше 5 см цей показник значно вищий (56,8% та 31,7%). Усі інші ускладнення вагітності та пологів не залежать від розмірів вузла: плацентарна дисфункція – 31,8% та затримка розвитку плода – 9,8%.

Основними показаннями до консервативної міомектомії до вагітності були порушення менструальної функції (50,0%), больовий синдром (33,3%), порушення репродуктивної функції (26,2%), анемія (23,2%), дизуричні порушення (3,1%); при цьому поєднання показань мало місце у 35,4% випадків.

У жінок, які перенесли консервативну міомектомію до вагітності (3-я група), частота її ускладненого перебігу становить 64,4%, при цьому рівень загрози переривання спостерігався у 44,1% жінок; плацентарної дисфункції – у 30,5%; затримки розвитку плода – у 23,7%; передчасних пологів –

у 10,2%. Розродження жінок шляхом кесарева розвитку складає 94,9%; повторна міомектомія виконується у 23,5%, рівень субінволюції матки – у 10,2% та ендометриту – у 6,8% відповідно.

Особливості кровотоку маткових артерій у жінок після консервативної міомектомії полягають у поступовому збільшенні з 12–16 тиж вагітності частки нормальних та зменшення високорезистентних типів кривих швидкостей кровотоку у міру прогресування вагітності. Після 17 тиж доля нормальних кривих швидкостей кровотоку в перерахунку на одну маткову артерію складає 75,0%, при цьому криві з нульовими значеннями кінцевого діастолічного кровотоку не реєстрували.

У жінок після консервативної міомектомії з рубцем на матці виявлені порушення материнського кровотоку мають вогнищевий характер і не впливають на формування ворсинчастого дерева в цілому. У той самий час наявність у плаценті ділянок з недостатнім постачанням материнської крові значно знижує резервні здібності плаценти і її пристосувальну здатність до змін, що може проявитися у разі вірогідного

приєднання гострого порушення материнського або плодового кровотоку і призвести до розвитку дистресу плода.

Використання удосконаленої нами методики консервативної міомектомії (4-а група) дозволяє знизити загальну частоту ускладненого перебігу вагітності (з 64,4% до 32,8%) за рахунок зменшення рівня загрози переривання вагітності (з 44,1% до 20,9%); плацентарної дисфункції (з 30,5% до 17,9%); затримки розвитку плода (з 23,7% до 8,9%); передчасних пологів (з 10,2% до 3,0%), а також кесарева розтину (з 94,9% до 89,6%) та повторної міомектомії (з 23,5% до 17,1%).

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про високий ризик розвитку перинатальної патології у жінок з міомою матки, які були прооперовані до вагітності в обсязі консервативної міомектомії. Використання удосконаленої нами методики консервативної міомектомії та алгоритму діагностичних заходів дозволяє покращити перинатальні наслідки розродження жінок групи високого ризику.

## Беременность и роды у женщин с миомой матки после реконструктивных операций О.В. Жовтенко

**Цель исследования:** снижение частоты акушерской и перинатальной патологии у женщин, которые перенесли до беременности консервативную миомэктомию, на основе изучения клинико-эхографических, гемодинамических, эндокринологических, метаболических и морфологических особенностей состояния фетоплацентарного комплекса, а также усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.** Изучены особенности клинического течения беременности и родов у 266 женщин с миомой матки (в анамнезе не было оперативного лечения), которые были разделены на две группы в зависимости от размеров миоматозных узлов. Изучены особенности клинического течения беременности и родов у 126 женщин, которые перенесли до беременности консервативную миомэктомию. Беременные были разделены на две группы в зависимости от методики проведенной операции и тактики ведения беременности.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком риске развития перинатальной патологии у женщин с миомой матки, которые не были прооперированы до беременности в объеме консервативной миомэктомии.

**Заключение.** Использование усовершенствованной нами методики хирургического лечения миомы матки и алгоритма диагностических мероприятий позволяет улучшить перинатальные исходы родоразрешения женщин группы высокого риска.

**Ключевые слова:** миома матки, реконструктивные операции, беременность, роды.

## Pregnancy and labors at women with a hysteromyoma after reconstructive operations O.V. Zhovtenko

**The objective:** depression of frequency of obstetric and perinatal pathology at women who transferred before pregnancy a conservative myomectomy is on the basis of studying the clinical-echographical, hemodynamic, endocrinologic, metabolic and morphological features a condition of fetoplacental complex, and also improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Patients and methods.** Features of a clinical course of pregnancy and labors at 266 women with a hysteromyoma (in the anamnesis there was no expeditious treatment), which were divided into two groups depending on the sizes of myomatous knots are studied. Features of a clinical course of pregnancy and labors at 126 women who transferred a conservative myomectomy before pregnancy are studied. Pregnant women were divided into two groups from a technique of the performed operation and tactics of conducting pregnancy.

**Results.** Results of the conducted researches testify to high risk of development of perinatal pathology at women with a hysteromyoma who were operated before pregnancy in volume of a conservative myomectomy.

**Conclusion.** Use of the algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions added with us allows to improve perinatal outcomes of a delivery of women of group of high risk.

**Key words:** hysteromyoma, reconstructive operations, pregnancy, labors.

## Сведения об авторе

Жовтенко Олеся Викторовна – Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Одесского национального медицинского университета, 65026, г. Одесса, пер. Валиховский, 2; тел.: (097) 941-16-86

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки / Е.М. Вихляева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2014. – № 3. – С. 21–23.
2. Влияние объема и доступа при гистеректомии на психоэмоциональное состояние женщин / Л.В. Адамян, С.И. Аскольская, Т.А. Кудрякова [и др.] // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2015. – С. 178–186.
3. Кирющенко А.П. Миома матки / А.П. Кирющенко // Врач. – 2006. – № 1. – С. 2–5.
4. Брехман Г.И. Миома матки: психосоциальные аспекты, консервативное лечение и профилактика / Г.И. Брехман, Б.Ф. Мазорчук. – М., 2006. – 220 с.
5. Фролова И.И. Лейомиома матки: морфология и вопросы этиопатогенеза / И.И. Фролова // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2014. – Т. 3, № 4. – С. 76–79.

6. Цой А.С. Лапароскопическая консервативная миомэктомия / А.С. Цой // Проблемы репродукции. – 2015. – № 2. – С. 26–28.
7. Евдокимова В.В. Профилактика і діагностика тромботичних ускладнень після гінекологічних операцій у хворих з антифосфоліпідним синдромом: Дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 / В.В. Евдокимова. – К., 2008. – 157 с.
8. Васильченко Н.П. Лечение больных миомой матки и его эффективность / Н.П. Васильченко, В.Н. Фириченко // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 2. – С. 7–10.
9. Samsioe G. Medical and surgical strategies for treating urogynecological disorders / G. Samsioe // Int. J. Fertil. – 2013. – Vol. 41. – P. 135–141.

Статья поступила в редакцию 11.01.17