

УДК 618.3-06: 618.14-006.36-089]-047.44
DOI 10.11603/24116-4944.2018.2.8941

©І. З. Гладчук, Д. М. Железов, Т. В. Коссей

Одеський національний медичний університет

АНАЛІЗ АКУШЕРСЬКИХ РЕЗУЛЬТАТІВ І ТА ІІ ТРИМЕСТРІВ ВАГІТНОСТІ В ЖІНОК ІЗ РІЗНИМИ ВИДАМИ МІОМЕКТОМІЇ ТА ЗОВНІШНІМ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ В АНАМНЕЗІ

Мета дослідження – зниження частоти акушерської патології в жінок із консервативною міомектомією та зовнішнім генітальним ендометріозом в анамнезі.

Матеріали та методи. Вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 100 жінок, що перенесли до вагітності консервативну міомектомію. Вагітні були розділені на дві групи залежно від методики проведеної операції і тактики ведення вагітності: I група – 50 жінок після консервативної міомектомії без видалення вогнищ ендометріозу; II група – 50 жінок після консервативної міомектомії та з видаленими вогнищами ендометріозу чи ендометріомою в анамнезі. Контрольна група – 50 жінок після кесаревого розтину з міомектомією матки.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведено аналіз частоти акушерських ускладнень по триместрах в обстежених пацієнтках залежно від проведеного оперативного втручання та використання лікувально-профілактичних заходів.

Висновки. Основним ускладненням була загроза переривання вагітності: 46,0 % – у I групі та 22,0 % – в II групі. Такі відмінності, на нашу думку, обумовлені використанням різних алгоритмів діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнтках після міомектомії. В II триместрі найчастішим ускладненням у вагітних основних груп був загрозовий пізній викидень, який в 2,3 раза частіше спостерігався при використанні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: консервативна міомектомія; зовнішній генітальний ендометріоз; вагітність; перший триместр; другий триместр; ускладнення.

АНАЛИЗ АКУШЕРСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ І ІІ ТРИМЕСТРОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ МИОМЭКТОМИИ И НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ В АНАМНЕЗЕ

Цель исследования – снижение частоты акушерской патологии у женщин с консервативной миомэктомией и наружным генитальным эндометриозом в анамнезе.

Материалы и методы. Изучено особенности клинического течения беременности и родов у 100 женщин, перенесших до беременности консервативную миомэктомию. Беременные были разделены на две группы в зависимости от методики проведенной операции и тактики ведения беременности: I группа – 50 женщин после консервативной миомэктомии без удаления очагов эндометриоза; II группа – 50 женщин после консервативной миомэктомии и с удаленными очагами эндометриоза или эндометриомой в анамнезе. Контрольная группа – 50 женщин после кесарева сечения с миомэктомией матки.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведен анализ частоты акушерских осложнений I и II триместров беременности в обследованных пациенток в зависимости от проведенного оперативного вмешательства и использования комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Выводы. Основным осложнением была угроза прерывания беременности: 46,0 % – в I группе и 22,0 % – во II группе. Такие отличия, по нашему мнению, обусловленные использованием разных алгоритмов диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у пациенток после миомэктомии. Во II триместре наиболее частым осложнением у беременных основных групп был угрожающий поздний выкидыш, который в 2,3 раза чаще наблюдался при использовании общепринятых лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: консервативная миомэктомия; наружный генитальный эндометриоз; беременность; первый триместр; второй триместр; осложнения.

ANALYSIS OF OBSTETRIC OUTCOMES OF THE FIRST AND SECOND TRIMESTER OF PREGNANCY IN WOMEN WITH DIFFERENT TYPES OF MYOMECTOMY AND EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS IN ANAMNESIS

The aim of the study – to reduce the frequency of obstetric pathology in women with conservative myomectomy and external genital endometriosis in anamnesis.

Materials and Methods. The peculiarities of the clinical course of pregnancy and childbirth in 100 women who had undergone conservative myomectomy before pregnancy were studied. Pregnant women were divided into two groups, depending on the method of the operation and the tactics of pregnancy: group I – 50 women after conservative myomectomy without removal of foci of endometriosis. Group II – 50 women after conservative myomectomy and removed foci of endometriosis or an endometrioma in history.

Results and Discussion. The analysis of the frequency of obstetric complications by trimester in the examined patients is carried out depending on the performed surgical intervention and the use of the treatment and prophylactic complex of measures.

Conclusions. The study showed that the complicated course of pregnancy in the first trimester was most common in women with a scar on the uterus after a myomectomy. In addition, often the threat of termination of pregnancy in the second trimester was observed in women with placental localization in the projection of the scar on the uterus, especially after the removal of multiple myoma nodes after the removal of interstitial nodes with centripetal growth. Less significant factors in the development of the threat of late miscarriage were the size of the removed myoma nodes and the types of directions of the incisions on the uterus.

Key words: conservative myomectomy; external genital endometriosis; pregnancy; first trimester; second trimester; complications.

ВСТУП. Наявність рубця на матці після міомектомії у вагітних, за даними ряду авторів, визначає для акушерів нові проблеми – особливості гормонального фону, що залишились після операції, та необхідність контролю за станом рубця, а також прогнозування і профілактику акушерських та перинатальних наслідків бажаної вагітності [1–3, 6].

Міома матки та вагітність питання актуальне, оскільки реєструється зростання частоти даної патології від 0,5–6,0 % до 20,0 % [1, 3, 6].

Проблема стратегії та тактики ведення вагітності в жінок із міомою матки та зовнішнім генітальним ендометріозом охоплює низку питань, пов'язаних із різноманітними аспектами консервативно-пластичної хірургії в акушерстві, оцінкою функціонального стану фетоплацентарного комплексу, методів розродження [1–3].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – зниження частоти акушерської патології в жінок, які перенесли до вагітності консервативну міомектомію. Нагляд за перебігом вагітності проводився в динаміці з 6–7 тижня вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 100 жінок, що перенесли до вагітності консервативну міомектомію. Вагітні були розділені на дві групи залежно від методики проведеної операції і тактики ведення вагітності:

I група – 50 жінок після консервативної міомектомії без видалення вогнищ ендометріозу.

II група – 50 жінок після консервативної міомектомії та з видаленими вогнищами ендометріозу чи ендометріозом в анамнезі.

Контрольна група – 50 жінок після кесаревого розтину з міомектомією матки.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи у пацієнок із міомою матки та ендометріозом, прооперованих в об'ємі консервативної міомектомії, включали такі моменти, як: комбіноване доопераційне та післяопераційне лікування згідно з наказом МОЗ України № 582, що включало застосування агоністів гонадотропін-рилізінг-гормонів, антиоксидантну, симптоматичну терапію [1, 7].

Пропонований нами алгоритм ведення пацієнок, прооперованих в об'ємі консервативної міомектомії, включав такі відмінності, як: видалення вузла з одночасним ушиванням ложа, лактаційна аменорея, особливості кровопостачання вагітної матки (оскільки міомектомія проводиться під час кесаревого розтину); наша хірургічна методика сприяє кращому загоєнню та формуванню повноцінного міометрія в зоні міомектомії.

Для виконання роботи для кожної пацієнтки була заведена спеціально розроблена нами карта обстеження й анкета-опитувальник.

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза проводили на апараті Toshiba Xario SSA-660A (Японія, 2007 р.) [5].

Лапароскопічну консервативну міомектомію та гістероскопію виконували пацієнткам у гінекологічних стаціонарах за загальноприйнятою методикою на устаткуванні фірми «Karl Storz» (Німеччина). Статистичну обробку отриманих результатів проводили для параметральних величин методом варіаційної статистики з визначенням критеріїв достовірності за Стьюдентом – Фішером, оцінка непараметральних величин виконувалася з використанням критерію з поправкою Йейта для малих значень [4].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Дані про частоту та характер ускладнень у I триместрі вагітності відображені в таблиці 1.

Аналізуючи таблицю 1, отримані відмінності, на нашу думку, зумовлені використанням різних алгоритмів діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у пацієнок після міомектомії.

Клінічні симптоми загрозливого викидня, які в більшості випадків проявлялися тягучим болем внизу живота і попереку, були відмічені відповідно по групах в 46,0 % і в 22,0 % жінок. Клінічні прояви абортів, що почався, такі, як мажучі кров'яністі виділення з піхви, були виявлені у 20,0 % жінок I групи і у 12,0 % пацієнок II групи. При ультразвуковому дослідженні у всіх цих вагітних виявлялося локальне підвищення тону міометрія, а в жінок з абортів, що почався, було діагностовано часткове відшарування плодового яйця.

Тактика лікування загрози переривання вагітності відповідала протоколам МОЗ України.

Лікування в умовах стаціонару було проведене 32,0 % жінкам I групи і 12,0 % – II групи. Всі інші вагітні отримували терапію в амбулаторних умовах.

Таким чином, проведене дослідження показало, що ускладнений перебіг вагітності в першому триместрі найчастіше мав місце в жінок із рубцем на матці після міомектомії на тлі загальноприйнятого алгоритму ведення вагітності. Найбільшу частку вагітних з ускладненим перебігом 1 триместру склали жінки старше 35 років, з локалізацією хоріона в проекції рубця матки, через який при міомектомії були видалені множинні міоматозні вузли великих розмірів з їх переважно інтерстиціальним і субмукозним розташуванням.

Особливості II триместру вагітності представлені на рисунку 1. У I групі найчастішими ускладненнями були: загрозливий пізній викидень (32,0 %), легка форма анемії вагітних (24,0 %) та істміко-цервікальна недостатність (ІЦН), яка була діагностована в 14,0 % вагітних. У II групі загрозливий пізній викидень спостерігався у 14,0 % жінок, анемія вагітних – в 16,0 % і в 8,0 % пацієнок була діагностована ІЦН. У контрольній групі у 10,0 % жінок спостерігалася легка форма анемії вагітних і в 6,0 % – загрозливий пізній викидень.

Отже, в II триместрі найчастішим ускладненням у вагітних основних груп був загрозливий пізній викидень,

Таблиця 1. Ускладнення вагітності у пацієнок після міомектомії в I триместрі

Ускладнення	Групи пацієнок					
	I група, n=50		II група, n=50		Контрольна група, n=50	
Ранній токсикоз	12	24,0	6	12,0	5	10,0
Загроза переривання вагітності, з них:	23	46,0	11	22,0	3	6,0
– загрожуючий викидень;	12	24,0	7	14,0	4	8,0
– аборт, що розпочався	10	20,0	6	12,0	–	–

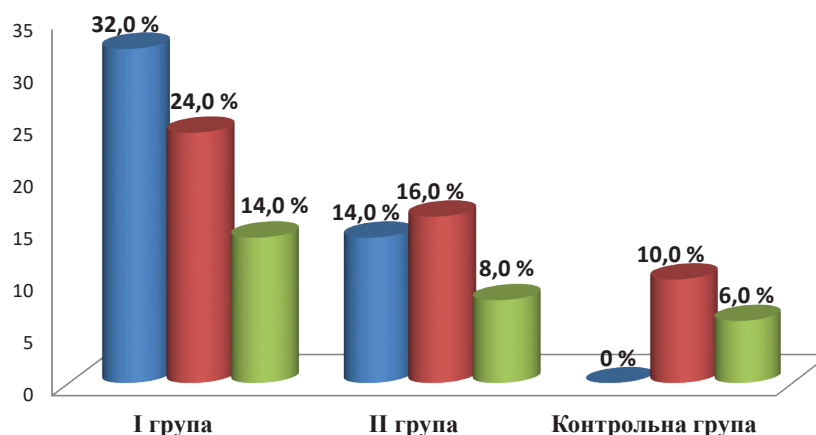


Рис. 1. Ускладнення II триместру вагітності.

який в 2,3 рази частіше спостерігався при використанні загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів. Клінічно загрозовий пізній викидень проявлявся тягучим болем внизу живота та попереку. При ультразвуковому дослідженні спостерігалось локальне підвищення тону м'язів міометрія. Ознаки загрози переривання вагітності в першому і другому триместрах зберігалися у 20,0 % жінок I групи і в 10,0 % – II групи.

Аналізуючи вік вагітних жінок з ознаками загрози переривання вагітності в першому триместрі, було виявлено, що в обох групах загроза пізнього викидня частіше спостерігалась у пацієнок старше 35 років (28,0 %).

Дані про вплив окремих чинників, пов'язаних із попередньою міомектомією, на частоту розвитку загрози пізнього викидня свідчать, що дана патологія у пацієнок обох груп після видалення поодиноких міоматозних вузлів спостерігалась у 20,0 % випадках, а після видалення множинних вузлів частота загрози переривання вагітності була вищою в 2 рази і склала 42,0 % випадків. Після видалення міоматозних вузлів невеликих розмірів (до 5 см) загроза пізнього викидня спостерігалась в обох групах рідше, ніж при видаленні великих міоматозних вузлів (більше 5 см) (14,0 % порівняно з 28,0 %).

У пацієнок обох груп, що перенесли операцію з приводу видалення субсерозних міоматозних вузлів, загрози пізнього викидня діагностовано не було. У вагітних після видалення інтерстиціальних вузлів, що не деформують порожнину матки, ця патологія спостерігалась у 24,0 %

пацієнок, а після видалення інтерстиціальних вузлів з центрипетальним ростом і субмукозним розташуванням – в 38,0 % випадках. Після міомектомії з розтином порожнини матки загроза пізнього викидня спостерігалась у 50,0 % пацієнок обох груп, а без розтину порожнини матки – відповідно у 16,0 % жінок.

Лікування вагітних із загрозою пізнього викидня в другому триместрі проводилося лише в умовах стаціонару.

Тактика лікування загрози переривання вагітності відповідає протоколам МОЗ України.

Жінкам з ІЦН використовували п'єсарії. При анемії вагітних призначали препарати заліза під контролем рівня гемоглобіну в крові.

ВИСНОВКИ. Проведене дослідження показало, що ускладнений перебіг вагітності в першому триместрі найчастіше мав місце в жінок із рубцем на матці після міомектомії. Крім того, найчастіше загроза переривання вагітності в II триместрі спостерігалась в жінок із локалізацією плаценти в проекції рубця на матці, особливо після видалення множинних міоматозних вузлів; після видалення інтерстиціальних вузлів з центрипетальним ростом. Менш значущими чинниками у розвитку загрози пізнього викидня були розміри видалених міоматозних вузлів та види напрямів розрізів на матці.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Вивчення взаємозв'язку між швидкістю росту міоматозних вузлів та рецептивністю ендометрія.

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. Жовтенко О. В. Акушерські та перинатальні наслідки розродження жінок з лейоміомою матки / О. В. Жовтенко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – К., 2015. – Вип. 24, кн. 6, ч. 1. – С. 21–25.
3. Краснополський В. І. Беременность и прогестерон-зависимая миома матки / В. И. Краснополский, П. В. Сергеев, Н. Д. Гаспарин // Росс. вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 32–38.
4. Минцер А. П. Статистические методы исследования при проведении научных исследований / А. П. Минцер // Практическая медицина. – 2014. – № 4. – С. 76–79.

5. Озерская И. А. Ультразвуковая дифференциальная диагностика узлов миометрия в зависимости от гистологического строения опухоли / И. А. Озерская, А. А. Девицкий // Медицинская визуализация. – 2014. – № 2. – С. 110–121.

6. Писарева О. Л. Оценка эффективности восстановления репродуктивной функции женщин с субмукозной миомой матки / О. Л. Писарева, К. В. Чайка // Здоровье женщины. – 2014. – № 9 (95). – С. 143–145.

7. Агонист прогестерона дидрогестерон (дюфастон) как препарат для лечения угрожающего аборта / М. А. Репина, Н. Е. Лебедева, Л. П. Жданюк, О. П. Иванова // Журн. акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. XIII, вып. 1. – С. 36–38.

REFERENCES

1. Vikhlyayeva, E.M. (2014). O strategii i taktike vedeniya bolnykh s miomoy matki [The strategy and tactics of managing patients with uterine myoma]. *Vestnik Rossiyskoy assotsiatsii akusherov-ginekologov – Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists*, 3, 21-23 [in Russian].
2. Zhovtenko, O.V. (2015). Akusherski ta perynatalni naslidky rozrodzhennia zhinok z leiomiomoiu matky [Obstetric and perinatal consequences of childbirth women with leiomyoma of the uterus]. *Zbirnyk naukovykh prats spivrobotnykiv NMAPO imeni P.L. Shupyka – Collection of Scientific Works of Workers of NAMAPE by P.L. Shupyk*. Kyiv (pp. 21-25) [in Ukrainian].
3. Krasnopolskiy, V.I., Sergeev, P.V., & Gasparin, N.D. (2013). Beremennost i progesteron-zavisimaya mioma matki [Pregnancy and progesterone-dependent uterine myoma]. *Ros. vestnik akushera-ginekologa – Russian Herald of Obstetrician-Gynecologist*, 3, 3, 32-38 [in Russian].
4. Mintser, A.P. (2014). Statisticheskiye metody issledovaniya pri provedenii nauchnykh issledovaniy [Statistical methods of research in conducting scientific research]. *Prakticheskaya meditsina – Practical Medicine*, 4, 76-79 [in Russian].
5. Ozerskaya, I.A., & Devitskiy, A.A. (2014). Ultrazvukovaya differentsialnaya diagnostika uzlov miometriya v zavisimosti ot gistologicheskogo stroyeniya opukholi [Ultrasonic differential diagnosis of myometrium nodes depending on the histological structure of the tumor]. *Meditsinskaya vizualizatsiya – Medical Imaging*, 2, 110-121 [in Russian].
6. Pisareva, O.L., & Chayka, K.V. (2014). Otsenka effektivnosti vosstanovleniya reproduktivnoy funktsii zhenshchin s submukoznoy miomoy matki [Evaluation of the effectiveness of restoring the reproductive function of women with submucous myoma of the uterus]. *Zdorovye zhenshchiny – Women's Health*, 9 (95), 143-145 [in Russian].
7. Repina, M.A., Lebedeva, N.E., Zhdanyuk, L.P., & Ivanova, O.P. (2011). Agonist progesterona didrogesteron (dyufaston) kak preparat dlya lecheniya ugrozhayushchego aborta [The progesterone agonist dydrogesterone (dyufaston) as a drug for the treatment of threatening abortion]. *Zhurn. akusherstva i zhenskikh bolezney – Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, XIII, 1, 36-38 [in Russian].

Отримано 02.04.18