УДК 618.1–006.526–06:618.2/7

©Н.В. Ревчук

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК ІЗ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ – У статті представлено результати клінічного обстеження жінок із генітальним ендометріозом під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, виявлені відмінності та особливості.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ – В статье представлены результаты клинического обследования женщин с генитальным эндометриозом во время беременности, родов и послеродового периода, обнаруженные отменности и особенности.

PREGNANCY, DELIVERY AND POSTPARTUM PECULIARITIES IN WOMEN WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS – The results of clinical assessment of women with genital endometriosis during pregnancy, delivery and postpartum period have been presented in the article, distinctions and peculiarities have been revealed.

Ключові слова: генітальний ендометріоз, вагітність, пологи, післяпологовий період, ускладнення.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, беременность, роды, послеродовый период, осложнения.

Key words: genital endometriosis, pregnancy, delivery, postpartum period, complications.

ВСТУП Генітальний ендометріоз – широко поширене захворювання у жінок репродуктивного та перименопаузального віку. Існують одиничні повідомлення, що дана патологія зустрічається і в підлітковому віці [14, 16, 17]. Ендометріоз є хронічним прогресуючим і рецидивним захворюванням, від якого страждають, за даними різних літературних джерел, від 12 до 60 % жінок репродуктивного віку [1, 21-23, 25].

У жінок із різними формами ендометріозу вагітність перебігає згідно з даними останніх досліджень із значними відхиленнями від норми. Більшість пацієнток із ендометріозом вагітніє після тривалого лікування або після використання методів екстракорпорального запліднення, що вимагає в подальшому ретельного спостереження за перебігом вагітності і програмованого розродження [1, 2, 8].

За даними А. Стрижакова, середня кількість вагітностей (в тому числі, які закінчилися пологами) при безсимптомному перебігу ендометріозу достовірно вища, ніж у хворих із класичними його ознаками.

Згідно з даними інших авторів, 30-40 % хворих на ендометріоз страждають від безпліддя і стільки ж від невиношування вагітності [12, 15].

Відповідно до останніх досліджень, ендометріоз асоціюється із звичними викиднями. Отримана інформація вказує на те, що у жінок із ендометріозом викидень відбувається у 40-60 % випадків, порівнюючи із 15-25 % вагітних без проявів ендометріозу [1, 11, 18]. Після проведеного хірургічного лікування ці показники достовірно знижуються.

Згідно з даними інших науковців, у більшості пацієнток із звичним викиднем виявляється ендометріоз, не залежно від його стаді . При цьому проведене хірургічне лікування (абляція ендометріо дних вогнищ) достовірно не зменшує частоту випадків звичного викидня [1, 4].

Порівняльне дослідження, проведене професором David Healy (2009) в Австралі , показало, що у жінок із ендометріозом після IVF-лікування у два рази частіше відбувалися передчасні пологи порівняно із здоровими пацієнтками.

Falconer та співавт., проаналізувавши дані більше ніж 1,4 мільйона жінок у Швеці , які народжували в період 1992-2006 рр., дослідили, що у жінок із ендометріозом на 33 % вищий ризик передчасних пологів. При цьому ризик передчасних пологів суттєво не відрізнявся у жінок, які використовували допоміжні репродуктивні технологі , щоб завагітніти, і тими, які завагітніли самостійно. Хоча самі по собі допоміжні репродуктивні технологі можуть підвищувати ризик передчасних пологів.

У жінок із ендометріозом також було відмічено, що частота кесаревого розтину була у 1,5-2 рази вищою, ніж у здорових вагітних [3, 10].

Також згідно з даними деяких авторів, жінки із ендометріозом більш схильні до розвитку прееклампсі , передчасного відшарування плаценти та передчасних пологів [24]. На думку інших, частота пізнього гестозу у жінок із ендометріозом нижча, ніж в інших [10].

Згідно з даними інших досліджень, у групі жінок із ендометріозом під час вагітності переважав контингент старше 35 років, вищими показниками передчасних пологів, істміко-цервікальною недостатністю із подальшою хірургічною корекцією та вищим показником проведених кесаревих розтинів. Щодо стану новонароджених, то достовірно різниці між групами не спостерігали [11].

Таким чином, враховуючи те, що ендометріоз в останні роки діагностують все частіше, ведення таких пацієнток вимагає особливого підходу на всіх етапах вагітності та розродження.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ У Тернопільському обласному перинатальному центрі було обстежено 120 вагітних жінок репродуктивного віку від 21 до 42 років, (середній вік становив (31,5±3,26) років), до основно групи увійшли 60 жінок із клінічними ознаками генітального ендометріозу, а до контрольно – 60 жінок без гінекологічно та соматично патологі .

Оцінювали дані, отримані внаслідок загально-клінічного (включаючи гінекологічне) обстеження, УЗД органів малого таза.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Більшість жінок основно групи належала до віково категорі 26-30 років, тоді як в контрольній групі перша та друга вікова категорі були представлені майже однаково (54,8 % і 40,5 % відповідно). Також у групі контролю не було жінок віком старше 36 років,

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

тоді як у основній групі х було 7 (11,6 %). Середній вік в основній групі становив (30,12±1,4) років, а в групі контролю – (23,78±1,5) роки.

Проведений аналіз перебігу дано вагітності в обстежених групах показав, що в основній групі загроза переривання вагітності мала місце у 5,9 раза частіше, ніж серед пацієнток контрольно групи, і потребувала госпіталізаці із проведенням терапі на збереження вагітності відповідно до наказів МОЗ Укра ни. З приводу загрози передчасних пологів було госпіталізовано 18,3 % вагітних із ендометріозом напротивагу 8,3 % вагітних із контрольно групи (p≤0,001). При аналізі перебігу вагітності у пацієнток досліджуваних груп звернуло на себе увагу те, що серед вагітних із ендометрізом частота раннього та пізнього гестозів була у 1,67-3,56 раза нижчою, ніж серед пацієнток контрольно групи. А плацентарну недостатність відмічено у 4,6 раза частіше (p≤0,001), (табл. 1).

Наприкінці вагітності у пацієнток основно та контрольно груп були відмічені наступні показники гемоглобіну та еритроцитів: (97,4±4,61) г/л і (113±6,82) г/л (p≤0,05) та (2,84±0,21)*10^{12} /л і (3,35±0,36)*10^{12} /л (p≤0,05) відповідно (табл. 1).

Затримка внутрішньоутробного розвитку плода I ступеня мала місце у 10 (16,7 %) пацієнток основно групи, II ступеня – у 2 (3,3 %). З них у 8 (66,7 %) – відмічено симетричний тип ЗВУР, а у 4 (33,3 %) – асиметричний (табл. 1).

Таблиця 1. Структура ускладнень вагітності у пацієнток досліджуваних груп

Ускладнення вагітності	Групи жінок			
	основна група, n=60		контрольна група, n=60	
	абс. число	%	абс. число	%
Загроза переривання вагітності в I триместрі	21	35*	5	8,3
Загроза передчасних пологів	11	18,3	7	11,7
Ранній токсикоз	6	10	10	16,7
Плацентарна недостатність	23	38,3*	7	11,7
Пізній гестоз:				
– легкого ступеня;	2	3,3*	8	13,3
– середнього ступеня;	1	1,7*	5	8,3
– тяжкого ступеня	–		2	3,3
Залізодефіцитна анемія	27	45*	4	6,7
ЗВУР плода	12	20*	5	8,3

Примітка. * – p<0,001.

При порівнянні показників, отриманих при кардіотокографі , ми встановили, що базальна ЧСС плодів у вагітних основно групи в 1,2 раза була меншою, ніж аналогічний показник у вагітних контрольно групи, також достовірно відрізнялися показники амплітуди осциляцій в обох групах і відповідно становили (5±0,75) уд./хв та (8±1,01) уд./хв. У результаті сума балів за шкалою Фішера становила у вагітних основно групи (5,8±0,7) балів, а у контрольній групі – (8±0,8) балів (p≤0,05). Отримані дані свідчать про внутрішньоутробне страждання плода у вагітних основно групи (табл. 2).

Таблиця 2. Результати кардіотокографічних обстежень у жінок досліджуваних груп (за шкалою Фішера і співавт., 1976)

Дані кардіотокографі	Групи жінок	
	основна група, n=60 (M±m)	контрольна група, n=60 (M±m)
Базальна ЧСС, хв	119±17*	138±23
Амплітуда осциляцій, уд./хв	5±0,75*	8±1,01
Частота осциляцій, хв	5±0,73	6±0,84
Акцелераці	2±0,8*	6±0,7
Децелераці	середньо тяжкості dip III	dip 0
Сума балів за шкалою Фішера	5,8±0,7*	8±0,8

Примітка. * – p<0,05.

При оцінці біофізичного профілю плода за шкалою A.M. Vintzeleos et al., 1983 р. відповідно до суми балів було виявлено, що задовільний стан плода був у 77,4 % пацієнток контрольно групи та лише у 25 % пацієнток основно групи, сумнівний – у 22,6 % та 68,3 % відповідно. А також серед пацієнток основно групи у 8,3 % і 1,7 % вагітних відмічався незадовільний та критичний стан плода (табл. 3), в результаті чого було вирішено родорозрішення жінок шляхом кесаревого розтину.

15 жінок (25 %) із основно групи народили в терміні 35–37 тижнів, решта – 38–42, з групи контролю передчасні пологи в терміні 35–37 тижнів були лише у 2 (3,3 %) жінок. У 33,3 % вагітних основно групи було родорозрішення шляхом кесаревого розтину і лише в 18,3 % жінок із групи контролю.

Усі кесареві розтини виконували за акушерськими показаннями. Щодо пацієнток основно групи, основними показанннями до оперативного родорозрішення була неспроможність старого післяопераційного

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

рубця на матці (50 %), дистрес плода (25 %), а також клінічно вузький таз (15 %). Серед пацієнток контрольно групи це були також неспроможність старого післяопераційного рубця на матці (36,4 %), клінічно вузький таз (27,3 %), сідничне передлежання плода та центральне передлежання плаценти – по 18,2 % (табл. 4).

Таблиця 3. Результати оцінки біофізичного профілю плода у пацієнток досліджуваних груп

Сума балів	Основна група, n=60		Контрольна група, n=60	
	абс. число	%	абс. число	%
4-5	1*	1,7	–	–
6-7	5*	8,3	–	–
8-9	41*	68,3	19	31,7
10-12	15*	25	41	68,3

Примітка. * – p<0,001.

Таблиця 4. Показання до проведення кесаревого розтину в обох групах

Показання	Основна група, n=20		Контрольна група, n=11	
	абс. число	%	абс. число	%
Неспроможність старого післяопераційного рубця на матці	8	50*	3	36,4
Клінічно вузький таз	3	15*	3	27,3
Сідничне передлежання плода при його масі більше 3600 г	–		2	18,2
Дистрес плода	5	25	–	–
Центральне передлежання плаценти	2	108	2	18,2
Безпліддя	2	10	1	9,1

Примітка. * – p<0,05.

Оцінюючи акушерські ускладнення, було виявлено, що у 76,7 % жінок із ендометріозом пологи ускладнювалися передчасним розривом навколоплодових мембран, у 15 % – дистресом плода, у 8,3 % – первинною та вторинною слабкістю пологово діяльності, у 3 жінок була гіпотонічна кровотеча (табл. 5).

Серед проведених втручань при пологах у жінок досліджуваних груп на першому та другому місці були епізіотомія, епізіорафія (30 % та 15 % відповідно) і зашивання розривів шийки, піхви та промежини (23,3 % та 17 % відповідно), (p≤0,05). У пацієнток основно групи також були накладання акушерських порожнинних (3,3 %) та вихідних щипців (5 %), (табл. 6).

Таблиця 5. Структура ускладнень під час пологів у жінок досліджуваних груп

Ускладнення під час пологів	Основна група, n=60		Контрольна група, n=60	
	абс. число	%	абс. число	%
Передчасний розрив навколоплодових мембран	46	76,7	24	40
Дистрес плода	5	8,3*		
Аномалі пологово діяльності	5	8,3*	2	3,3
Розриви шийки матки, піхви, промежини	14	23,3	12	20
Гіпотонічна кровотеча	3	5		–
Щільне прикріплення плаценти	9	15*	1	1,7
Кровотрата, мл				
100-300	6	10*	38	63,3
301-500	36	60*	14	23,3
501- і більше	18	30*	8	13,3

Примітка. * – p<0,001.

Таблиця 6. Структура втручань під час пологів у жінок досліджуваних груп

Проведені втручання	Основна група, n=60		Контрольна група, n=60	
	абс. число	%	абс. число	%
Епізіотомія, епізіорафія	18	30*	10	16,7
Зашивання розривів	14	23,3	12	20
Ручне відділення та видалення плаценти	9	15*	1	1,7
Акушерські порожнинні щипці	2	3,3	–	–
Акушерські вихідні щипці	3	5	–	–

Примітка. * – p<0,001.

Загальна тривалість пологів у жінок основно та контрольно груп була: у першовагітних основно групи – (7,9±1,2) год, повторновагітних – (5,7±0,86), а у контрольній групі – (12,1±1,4) і (7,9±1,01) год відповідно, що достовірно відрізнялася від показників групи контролю (p<0,01).

Проведені дослідження виявили деякі відмінності між новонародженими у жінок контрольно групи та

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

новонародженими від жінок із ендометріозом контрольно груп.

Важливо відмітити і те, що у новонароджених від матерів із ендометріозом, стан за шкалою Апгар був достовірно гіршим, ніж у новонароджених від матерів із групи контролю (6,39±0,11/7,45±0,1 та 5,42±0,16/6,79±0,13 на 1 і 5 хв відповідно у недоношених та 8,0±0,06/8,95±0,03 та 7,38±0,08/8,24±0,07 у доношених контрольно та основно груп ($p \leq 0,05$)). Хоча дана закономірність не прослідковується за масою та зростом новонароджених від матерів із обох обстежених груп (табл. 7).

Таблиця 7. Стан новонароджених у породіль досліджуваних груп

Термін пологів	Тривалість вагітності, тижн.	Показники			
		стан новонародженого за шкалою Апгар		маса новонародженого, г	ріст новонародженого, см
		на 1 хв	на 5 хв		
Контрольна група (n=60)					
35-37	36,5±0,34	6,5±0,11	7,5±0,1	2660±58	48±0,42
38-42	39,4±0,06	8,00±0,06	8,95±0,03	3340±65	51,9±0,42
Основна група (n=60)					
35-37	35,5±0,23	5,42±0,16*	6,79±0,13*	2606±62	48,2±0,51
38-42	38,2±0,06	7,38±0,08*	8,24±0,07*	3270±48	52,1±0,31

Примітка. * – $p<0,05$.

У ранній та пізній післяпологовий періоди відмічали такі ускладнення: маткова кровотеча у 5 % породіль основно групи і 1,2 % – породіль контрольно групи, порушення інволюці матки (субінволюція) у 8,3 % та 3,6 % відповідно. Лохіометра мала місце у 30 % пацієнток із ендометріозом та 3,6 % пацієнток контрольно групи. До лікарні з приводу лактостазу звернулося 13,3 % породіль основно групи та 7,1 % породіль контрольно (табл. 8).

Таблиця 8. Ускладнення у ранній та пізній післяпологовий періоди у пацієнток досліджуваних груп

Ускладнення в післяпологовий період	Основна група, n=60		Контрольна група, n=60	
	абс. число	%	абс. число	%
Ранній післяпологовий період				
Маткова кровотеча	3	5*	1	1,7
Пізній післяпологовий період				
Субінволюція матки	5	8,3*	3	5
Лактостаз	8	13,3	6	10
Субфебрилітет	31	51,7*	10	16,7
Лохіометра	18	30*	3	5

Примітка. * – $p<0,01$.

ВИСНОВКИ 1. Серед вагітних жінок основно групи більшість належала до віково групи 26-35 років (67,7 %). Тоді як основу групи контролю склали жінки віком від 19 до 30 років (94,8 %), що свідчить про настання вагітності у більш зрілому віці серед пацієнток із ендометріозом.

2. У жінок з основно групи виявлено, що передчасні пологи відбулися у 10,4 раза частіше, ніж у контрольній групі. Розродження шляхом кесаревого розтину було в третини пацієнток основно групи, на противагу одній десятій пацієнток із групи контролю. Загальна тривалість пологів у вагітних із ендометріозом була в 1,5 раза меншою і пологи супроводжувалися ускладненнями зі сторони матері та дитини у 3 рази частіше порівняно із пацієнтками групи контролю. Стан новонароджених жінок із ендометріозом достовірно не відрізнявся від стану новонароджених у контрольній групі.

3. Післяпологовий період у породіль із ендометріозом характеризувався матковими кровотечами (5 %), субфебрилітетом (51,7 %), лактостазом (13,3 %), субінволюцією матки (8,3 %), лохіометрою (30 %).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Bruce A. Medical management of endometriosis and infertility / Bruce A. //Fert. Steril. 2000. – Vol.73 (№ 1,6). – P. 1089–1096.

2. Bryann Bromley Adenomyosis: Sonographic Findings and Diagnostic Accuracy / Bryann Bromley, Thomas D. Shipp, Beryl Benacerraf // J. Ultrasound Med. – 2000. – № 19. – P. 529–534.

3. Prediction of pregnancy in infertile women based on the ASRM's revised classification for endometriosis / [Guzick D.S., Canis M., Silliman N.P. et al.] // Fertil Steril.– 1997. – Vol. 67. – P. 822–836.

4. Hansen K.A. A review of current management of endometriosis in 2006: an evidence-based approach / Hansen K.A., Eyster K.M. // S. D. Med. – 2006. – №59(4). – P. 153–159.

5. Hastings Julie M. A baboon model for endometriosis: implications for fertility / Hastings Julie M., Fazleabas Asgerally T. // Reproductive Biology and Endocrinology. – 2006. – № 4, (Suppl 1). – P. 7.

6. Ovulation suppression for endometriosis / [Hughes E. et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2003. – Vol. 3. – P. 155–156.

7. Hughes E.G. The effectiveness of ovulation induction and intrauterine insemination in the treatment of persistent infertility: a meta-analysis / Hughes E.G. //Hum. Reprod. – 1997. – Vol. 12. – P. 1865–1872.

8. Hughes E.G. A quantitative overview of controlled trials in endometriosis-associated infertility / Hughes E.G., Fedorkow D.M., Collins J.A. //Fertil. Steril. – 1993. – Vol. 59. – P. 963–970.

9. Women who are not exposed to spermatozoa and infertile women have similar rates of stage I endometriosis / [Matorras R., Rodriguez F., Pijoan J.I. et al.] Fertil. Steril. – 2001; – Vol. 76. – P. 923–928.

10. McCluggage W.G. Pregnancy associated endometriosis with pronounced stromal myxoid change / McCluggage W.G., Kirk S.J. // Journal of clinical Pathology. – 2000. – P. 241–242.

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

11. High pregnancy rate, quality of life/sexuality, and low recurrence rate after multidisciplinary radical laparoscopic resection of deep and colorectal endometriosis / [Meuleman C.L.C., Beks N., D'Hoore A. et al.] //Eur. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – № 123. – P. 1–9.

12. Olsen J. Measuring time to pregnancy: methodological issues to consider / Olsen J., Juul S., Basso O. // Hum. Reprod. – 1998. Vol. 13. – P. 1751–1756.

13. Witz C.A. Pathogenesis of endometriosis / Witz C.A. // Gynecol. Obstet. Invest. – 2002. – Vol.53, Suppl 1. – P. 52–62.

14. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: руководство для врачей. – М., Медицина. – 2006. – С. 411.

15. Анциферова Ю.С., Сотникова Н.Ю., Посисеева Л.В., Шор А.Л. Роль цитокинов перитонеальной жидкости в развитии наружного генитального эндометриоза и бесплодия, ассоциированного с эндометриозом//Акушерство и гинекология. – 2003. – № 5. – С. 41–44.

16. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриоидная болезнь. – СПб.: Н-Л, 2002. – 452 с.

17. Буянова С.Н., Сенчакова Т.Н., Булычева Е.С. Тактика ведения больных с наружновнутренним эндометриозом // Гинекология. – 2001. – Т. 3, № 2.

18. Гаврилова Т.Ю. Новые аспекты в патогенезе аденомиоза // В материалах VI Российского форума "Мать и дитя". – Москва, 2004. – С. 319–320.

19. Грищенко В.І., Щербина М.О., Потапова Л.В. Ендометріоз // Гінекологія. – Харків: Основа, 2003. – С. 291–307.

20. Давыдов А.И., Пашков В.М., Ультразвуковая диагностика аденомиоза: состояние проблемы // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т. 2, № 3. – С. 90–93.

21. Іванюта Л.І., Хасаян О.В. Результати клінічного обстеження неплідних жінок буковинського регіону//Буковинський медичний вісник. – 2007. – – Т. 11, № 1.

22. Коханевич Є.В., Гончарові Я.О. Геніальний ендометріоз: діагностика і лікування // Укра нський медичний часопис. – 2005. – № 5 (37). – С. 102–108.

23. Кравчук І.І. Проблеми і дослідження етіологі і патогенезу ендометріозу // Нова медицина. – 2004. – № 2 (13). – С. 49–51.

24. Кузьмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю. и др. Эндометриоз: этиология и патогенез. Проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 2. – С. 8–10.

25. Стрижаков А.Н., Тумилович Л.Г. Эндометриоз // Справочник по акушерству и гинекологии. – М., 1996. – С. 292–296.

Отримано 02.11.10

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com