

УДК 618.5-07:618.14-006.36

РОЖКОВСЬКА Н.М., ЖЕЛЕЗОВ Д.Н., КОСЕЙ Т.В.

Одеський національний медичний університет  
кафедра акушерства та гінекології №1, м.Одеса

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ НА МАТЦІ

*У статті представлено результати дослідження перебігу вагітності та пологів у жінок, що перенесли реконструктивні операції на матці. З метою виявлення алгоритму, який спрямований на зниження частоти акушерської та перинатальної патології у жінок, які перенесли до вагітності реконструктивні операції на матці на основі вивчення та оцінки клініко-ехографічних, гормональних та морфологічних особливостей стану міометрія та фетоплацентарного комплексу, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.*

*Матеріал і методи дослідження. В рамках дослідження вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 150 жінок з міомою матки в поєднанні чи без ендометріозу. Всіх досліджених розподілено на три групи. Всім пацієнткам проводились загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи в об'ємі консервативної міомектомії які включали наступні моменти: комбіноване доопераційне та післяопераційне лікування згідно Наказу МОЗ України № 582, що включало застосування агоністів гонадотропін-релізінг гормонів, антиоксидантну та симптоматичну терапію.*

*Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження встановлено, що проведення консервативної міомектомії під час кесарева розтину веде до збільшення тривалості операції і збільшення об'єму крововтрати ( $p < 0,05$ ). Також збільшується частота масивних крововтрат (більше 0,7 % маси тіла). Розширення об'єму операції веде до збільшення частоти переливань компонентів крові, вживання додаткових методик по зменшенню крововтрати.*

*Висновки. При поєднанні міоми матки розмірами більше 5 см та ендометріоза, збільшується ризик розвитку загрозливих передчасних пологів. Частота плацентарної дисфункції не залежить від розмірів міоми матки. Розродження жінок з лейоміомою матки та ендометріозом завжди супроводжувалось високим ризиком кровотеч та розміри вузла позитивно корелюють з об'ємом крововтрати під час операції.*

**Ключові слова:** ендометріоз, міома матки, міомектомія, реконструктивні операції на матці.

В останні роки проблема ендометріоза у поєднанні з міомою матки, ендометріоза та вагітності набуває особливої актуальності, що зумовлено підвищенням частоти даних патологій з 0,5–6% до 20% [3, 5]. Проблематика вибору стратегії та тактики ведення вагітності у жінок з міомою матки, міомою та ендометріозом охоплює низку питань, пов'язаних з різноманітними аспектами консервативно-пластичної хірургії в акушерстві, оцінюванням функціонального стану фетоплацентарного комплексу, методів розродження [9,10]. Серед вище вказаних патологій міома матки найбільш поширена пухлина репродуктивної системи, яка негативно впливає на перебіг вагітності та пологів [2, 7]. Поєднання міоми матки

та вагітності набуло особливої актуальності, що зумовлено зростанням частоти даної патології від 0,5–6,0 % до 20,0 % [2]. Відповідно, ендометріоз - патологічний процес, який формується на фоні порушень гормонального та імунного гомеостазу і характеризується розростанням тканини, ідентичній по структурі ендометрію, поза межами слизової оболонки матки [3,5,7]. Частота ендометріозу в жінок репродуктивного віку, за даними вітчизняної і зарубіжної літератури, коливається від 7,0 до 59,0 % [3, 5]. Патологія діагностується у 71,0 % жінок з вираженим больовим синдромом [7] та в 30,0 – 45,0 % жінок з безпліддям і хронічними тазовими болями [5, 7].

Проблематика стратегії та тактики ведення

вагітності у жінок з міомою матки та ендометріозу, як окремо так і в поєднанні, охоплює низку питань, пов'язаних з різноманітними аспектами консервативно-пластичної хірургії в акушерстві, оцінкою функціонального стану фетоплацентарного комплексу, методів розродження [10].

Наявність рубця на матці після міомектомії у вагітних та поєднання

ендометріозу визначає для акушерів нові проблеми – особливості гормонального фону, що залишились після операції та необхідність контролю за станом рубця, наявність спайкового процесу.

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Зниження частоти акушерської та перинатальної патології у жінок, які перенесли до вагітності реконструктивні операції на матці на основі вивчення та оцінки клініко-ехографічних, гормональних та морфологічних особливостей стану міометрія та фетоплацентарного комплексу, а також удосконалення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчено особливості клінічного перебігу вагітності і пологів у 150 жінок з міомою матки в поєднанні чи без ендометріозу, яких було розподілено на наступні групи:

I група – 50 жінок після міомектомії та ендометріозу прооперованих;

II група – 50 жінок після міомектомії, але без вилучення вогнищ ендометріозу.

Контрольна група – 50 жінок з міомектомією під час кесарева розтину.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи у пацієток з міомою матки та ендометріозом, прооперованих в об'ємі консервативної міомектомії включали наступні моменти: комбіноване доопераційне та післяопераційне лікування згідно Наказу МОЗ України № 582, що включало застосування агоністів гонадотропін-рилізінг гормонів, антиоксидантну та симптоматичну терапію.

Пропонований нами алгоритм ведення пацієток, прооперованих в об'ємі консервативної міомектомії, включав наступні відмінності: видалення вузла з одночасним ушиванням ложа, лактаційна аменорея, особливості кровопостачання вагітної матки (так як міомектомія проводиться

під час кесаревого розтину); наша хірургічна методика сприяє кращому загоєнню та формуванню повноцінного міометрія в зоні міомектомії.

Антибіотикопрофілактика проводилася всім пацієткам одноразово інтраопераційно: цефалоспориної III покоління в у поєднанні з метронідазолом.

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

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

Для оцінки кровотоку застосовували метод кольорового доплерівського картування маткових артерій і судин в області рубця на матці. Оцінювали наявність локусів кровотоку і рівномірність їх розподілу в області енуклеації вузлів. Вимірювали індекс резистентності і систоло-діастолічне відношення маткових артерій і судин міометрія в області рубця [8,9,10].

Лапароскопічну консервативну міомектомію та гістероскопію виконували пацієткам в гінекологічних стаціонарах за загальноприйнятою методикою на устаткуванні фірми «Karl Storz» (Німеччина) [2,3,4].

Гормональні дослідження включали визначення вмісту в сироватці крові ЛГ, ФСГ, пролактину, тестостерону, естрадіолу і прогестерону по загальноприйнятій методиці [7].

Методи дослідження під час вагітності.

На підставі комплексного ультразвукового обстеження на апараті «Toshiba Xario SSA-660A» (Японія, 2007 р.) проводили вимір фетометричних параметрів по стандартній методиці, а також визначали локалізацію, товщину, стадію структурності плаценти з оцінкою ступеня її ультразвукової зрілості по загальноприйнятій методиці [1].

Допплерометричне дослідження матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку здійснювали на тому ж апараті на підставі аналізу кривих швидкостей кровотоку (КШК) в артерії пуповини і маткових артеріях вагітної, з визначенням індексів судинного опору: індексу резистентності (ІР), пульсаційного індексу (ПІ), систоло-діастолічного відношення (СДВ) [10].

У режимі кольорового доплерівського картування визначали локалізацію внутрішньо-пухлинного кровотоку (центральний або периферичний), характер інтенсивності кровотоку (ламінальний або турбулентний). При імпульс-

но-хвильовій доплерометрії оцінювали криві швидкостей кровотоку артерій, розташованих по периферії і в центрі міоматозних вузлів. Визначали ІР, ІІІ і СДВ в міоматозних вузлах. Визначали також максимальну швидкість артеріального і венозного кровотоку. При диференціальній діагностиці простої і проліферуючої міоми використовували клініко-морфологічну характеристику простої і проліферуючої міоми, а також УЗ-критерії у визначенні клініко-патогенетичного варіанту міоми [1,8,9].

У обстежених жінок за показаннями в залежності від перебігу вагітності та стану фетоплацентарного комплексу досліджувався вміст в периферичній крові основних гормонів: пролактину (ПРЛ), естріолу (ЕЗ), прогестерону (ПГ), плацентарного лактогену (ПЛ), хоріонічного гонадотропіну (ХГ), кортизолу (К), дегідроепіандростерон-сульфата (ДГЕА-С), тестостерону (Т), 17-оксипрогестерону (17-ОП) і плацентарних білків:  $\alpha$ -фетопротеїну, плацентарного  $\alpha$ 1-мікроглобуліна (ПАМГ-1 або РР12),  $\alpha$ 2-мікроглобулін фертильності (АМГФ або РР14), трофічний  $\beta$ -глікопротеїд (ТБГ або SP1). Визначення гормонів і плацентарних білків проводилося методом імуноферментного аналізу за загальноприйнятими методиками [7].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили для параметральних величин методом варіаційної статистики з визначенням критеріїв достовірності по Стьюденту – Фішеру, оцінка непараметральних величин виконувалася з використанням критерію з поправкою Йейта для малих значень. Порівняння номінальної ознаки в зв'язаних вибірках вироблялося за допомогою критерію Макнімана. Відмінності між порівнюваними величинами вважали статистично достовірними при рівні значущості  $p < 0,05$  [6].

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток складав  $28,6 \pm 3,1$  років. При оцінці репродуктивного анамнезу жінок встановлено, що першовагітними в І групі були 17 пацієнток, що склало 34,0 %, в ІІ групі 16 (32,0 %), в контрольній групі 15 (30,0 %). Кількість першонароджуючих в І групі – 25 пацієнток (50,0 %); у ІІ – 27 (54,0 %); у контрольній групі – 28 (56,0 %). Отримані дані свідчать, що більшість жінок з міомою матки та ендометріозом були першородящими, але повторно вагітними. Мимовільне переривання вагітності в І групі зареєстроване у 8 пацієнток (16,0 %), в ІІ групі в

7 (14,0 %), що порівняно з контрольною групою – 7 пацієнток (14,0 %). У обстежених пацієнток І групи в анамнезі спостерігалось первинне безпліддя в 1,3 рази частіше, ніж в ІІ (відповідно 8,0 % (4) і 6,0 % (3)). Вторинне безпліддя частіше спостерігалось також в І групі, чим в ІІ (відповідно 8,0 % (4) і 4,0 % (2)). У контрольній групі первинне безпліддя зустрічалось у 2,0 % жінок (1) та було зумовлене недостатністю лютеїнової фази, вторинного - не було. Проте достовірних відмінностей між групами не виявлено ( $p > 0,05$ ) Отримані дані підтверджують думку ряду авторів про обтяжений репродуктивний анамнез жінок з міомою матки та ендометріозом [2].

Серед основних варіантів генітальної патології у обстежених пацієнток можна відмітити сальпінгоофорити: ІІ група – 12,0 % та І – в 10,0 %, а також цервіцит шийки матки – І група – 16,0 % та ІІ – в 18,0 % відповідно.

Серед основних особливостей міоматозних вузлів можна відмітити їх середню кількість у І групі –  $2,2 \pm 0,43$ ; а у ІІ –  $2,4 \pm 0,48$ . Середній розмір вузлів в І групі складав  $4,32 \pm 1,92$  см, а в ІІ –  $3,48 \pm 1,12$  см. Субсерозна міома матки реєструвалась в І групі у 36,0 % жінок, в ІІ – в 42,0 %. Субсерозно-інтрамуральна відповідно в 64,0 % та 58,0 % спостережень. Гіперплазія ендометрія в І групі у 26,0 % жінок, в ІІ – в 32,0 %. З ендометріозом відповідно в 74,0 % та 68,0 % спостережень. Вагітність та пологи у жінок з міомою матки та ендометріозом є предметом незначних наукових досліджень і це питання раніше, практично, не вивчалось.

Згідно отриманих нами результатів у І групі фізіологічний перебіг вагітності зареєстрований лише у 16,0 % пацієнток, а в ІІ – в 14,0 %. При цьому основними варіантами ускладнень були загроза переривання у І половин вагітності (30,0 % та 36,0 %); загроза передчасних пологів (50,0 % та 32,0 %), тобто, при поєднанні міоми матки розмірами більше 5 см та ендометріоза, збільшується ризик розвитку загрозованих передчасних пологів.

На підставі результатів ехографічного дослідження і доплерометрії проведена оцінка стану фетоплацентарного комплексу і стану плодів у пацієнток з міомою матки і без неї в ІІІ триместрі вагітності.

Так, частота плацентарної дисфункції не залежала від розмірів міоми матки (І група – 28,0 % та ІІ – 32,0 %), також як і затримка розвитку плода (12,0 % та 8,0 % відповідно). При цьому всі пацієнтки всіх груп отримували

загальноприйнятту терапію, направлену на поліпшення матково-плацентарного кровотоку.

Нами не виявлено залежності міоми матки і частоти виникнення раннього токсикозу та прееклампсії, маловоддя і багатоводдя. За нашими даними частота некрозу вузла розмірами більше 5 см спостерігалася в 6,0 %. За наявності міоми матки менше 5 см даного ускладнення не було.

Також в нашому дослідженні наявність міоми матки та ендометріозу не спровокувала жодного випадку перинатальних втрат, передчасного відшарування плаценти і декомпенсованих форм плацентарної дисфункції.

Всіх пацієнок досліджуваних груп було розроджено шляхом кесарева розтину після 37 тижнів. У всіх групах виконували планове оперативне розродження. У I групі показаннями для операції послужила множинна міома матки. У II групі: тазове передлежання плода 28,0 %, рубець на матці 36,0 % (18), міопія високого ступеня 10,0 %.

Об'єм крововтрати під час операції у пацієнок I групи складав  $720,5 \pm 180,1$  мл, що склало 0,8 % маси тіла вагітних, а у пацієнок II групи –  $650,5 \pm 120,5$  мл, тобто 0,6 % маси тіла вагітної. Нами виявлено, що розміри вузла в першій групі позитивно корелюють з об'ємом крововтрати під час операції ( $r=+0,6$  – прямий зв'язок).

Розродження жінок з лейоміомою матки та ендометріозом завжди супроводжується високим ризиком кровотеч. За нашими даними, у 5 пацієнок (10,0 %) I групи і у 1 пацієнтки (2,0 %) II групи у зв'язку з гіпотонічною кровотечею під час операції була виконана додаткова перев'язка внутрішніх маткових артерій. Органовидаляючих операцій (екстирпацій і надпихвових ампутацій) в наших спостереженнях не було.

Так, в I групі масивна крововтрата зареєстрована в 14,0 % пацієнок, в II – в 8,0 %.

Тривалість перебування в стаціонарі пацієнок I групи, в середньому, склала  $7,0 \pm 1,5$  днів. Пацієнтки II групи, в середньому, знаходилися в стаціонарі  $6,0 \pm 1,5$  днів.

Нами не виявлено післяопераційних ускладнень ні у однієї жінки. Ні в однієї з пацієнок післяопераційний період не був ускладнений внутрішньочеревною кровотечею.

## ВИСНОВКИ

При поєднанні міоми матки розмірами біль-

ше 5 см та ендометріоза, збільшується ризик розвитку загрозливих передчасних пологів. Частота плацентарної дисфункції не залежить від розмірів міоми матки. Нами не виявлено залежності наявності міоми матки і частоти виникнення раннього токсикозу та прееклампсії, маловоддя і багатоводдя. В нашому дослідженні наявність міоми матки та ендометріозу не спровокувала жодного випадку перинатальних втрат, передчасного відшарування плаценти і декомпенсованих форм плацентарної дисфункції. Розродження жінок з лейоміомою матки та ендометріозом завжди супроводжувалось високим ризиком кровотеч та розміри вузла позитивно корелюють з об'ємом крововтрати під час операції.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабкина Т.М. Эхографические и доплерографические методы исследования в акушерстве // Клиническая медицина. – 2014. – № 5. – С. 37-42.
2. 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.
3. Запорожан В.М. Лікування хворих на зовнішній ендометріоз: аналіз десятирічного досвіду / В.М. Запорожан, І.З. Гладчук, Н.М. Рожковська, С.М. Непорада // II Український конгрес по мінімальній інвазивній хірургії. – Т. 5, №3, – К., 2011. – С. 34. 58.
4. Коханевич Е.В. Лапароскопия: история, общие вопросы и принципы. Эндохирургическая тактика при генитальном эндометриозе / Е.В. Коханевич, О.А. Берестовой, В.В. Коноплянко // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2010. – № 4(19). – С. 12-20.
5. Кузмичев Л.Н. Эндометриоз: этиология и патогенез, проблемы бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения / [Л.Н. Кузмичев, Б.В. Леонов, В.Ю. Смольникова, Л.Б. Киндарова, А.А. Беляева] // Акуш. и гинеко. – 2010. – №3. – С.8-10.
6. Минцер А.П. Статистические методы исследования при проведении научных исследований // Практическая медицина. – 2014. – № 4. – С. 76-79.
7. Назаренко Т. А. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин / Т. А. Назаренко, Э. Р. Дуринян, С. Г. Перминова // Гинекология. – 2004. – №6. – С. 323–325.

8. 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.
9. Пенжоян Г.А. Эхография матки и доплерография сосудов малого таза при различной активности аденомиоза / Г.А. Пенжоян, Г.В. Гудков, И.И. Куценко // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т.3, №5. – С.45-51.
10. Стрижаков А. Н. Становление и развитие внутриплацентарного кровообращения при физиологической беременности / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко, Л. Г. Ковалева // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 2. – С. 16–21.

## РЕЗЮМЕ

### ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ

РОЖКОВСКАЯ Н.Н., ЖЕЛЕЗОВ Д.Н.,  
КОСЕЙ Т.В.

В статье представлены результаты исследования течения беременности и родов у женщин, перенесших реконструктивные операции на матке. С целью выявления алгоритма направленного на снижение частоты акушерской и перинатальной патологии у женщин, перенесших до беременности реконструктивные операции на матке на основе изучения и оценки клинико-эхографических, гормональных и морфологических особенностей состояния миометрия и фетоплацентарного комплекса, а также совершенствование алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Материал и методы исследования.** В рамках исследования изучены особенности клинического течения беременности и родов у 150 женщин с миомой матки в сочетании или без эндометриоза. Всех пациенток было разделено на три группы. Всем исследованным проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, в объеме консервативной миомэктомии, которые включали следующие моменты: комбинированное дооперационное и послеоперационное лечение согласно Приказу МОЗ Украины № 582, включавшее применение агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов, антиоксидантов и симптоматической терапии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам исследования установлено, что проведение консервативной миомэктомии во время кесарева сечения ведет к увеличению продолжительности операции и увеличение объема кровопотери ( $p < 0,05$ ). Также увеличивается частота массивных кровопотерь (более 0,7% массы тела). Расширение объема операции ведет к увеличению частоты переливаний компонентов крови, использование дополнительных методик по уменьшению кровопотери.

**Выводы.** При сочетании миомы матки размерами более 5 см и эндометриоза, увеличивается риск развития угрожающих преждевременных родов. Частота плацентарной дисфункции зависит от размеров миомы матки. Родоразрешения женщин с лейомиомой матки и эндометриозом всегда сопровождалось высоким риском кровотечений и размеры узла положительно коррелируют с объемом кровопотери во время операции.

**Ключевые слова:** эндометриоз, миома матки, миомэктомия, реконструктивные операции на матке.

## SUMMARY

### RESEARCH OF THE PROCESS OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WHO HAVE TRANSFERED RECONSTRUCTIVE OPERATIONS ON THE UTERUS

ROZHKOVSKA N.N, ZHELEZOV D.N,  
KOSSEI T.V.

This article presents the results of study of the course of pregnancy and labor in women who underwent reconstructive operations on the uterus. In order to identify the algorithm, aimed at reducing the frequency of obstetric and perinatal pathology in women who underwent reconstructive operations on the uterus before pregnancy, reconstructive operations on the uterus on the basis of studying and evaluating the clinical, echographic, hemodynamic, hormonal and morphological features of the myometrium and fetoplacental complex state, as well as the improvement of the diagnostic and therapeutic algorithm -prophylactic measures.

**Material and methods.** The study examined the clinical course of pregnancy and childbirth in 150 women with uterine myoma in combination or without endometriosis. All studied were divided into three groups. All the examined patients

underwent conventional medical and prophylactic measures in the amount of conservative myomectomy which included the following: combined preoperative and postoperative treatment according to the Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 582, including the use of gonadotropin-releasing hormone agonists, antioxidant, symptomatic therapy.

**Results of the study and their discussion.**

Based on the results of the study, it was found that carrying out a conservative myomectomy during cesarean section leads to increased duration of the operation and increased in amount of blood loss ( $p < 0.05$ ). Also, the frequency of massive blood loss increases (more than 0.7% of body weight). Expansion of the operation size leads to an increase in the

frequency of transfusions of blood components, the use of additional techniques to reduce blood loss.

**Conclusions.** When combining uterine myoma with the size of more than 5 cm and endometriosis, the risk of developing threatening premature births increases. The frequency of placental dysfunction depends on the size of the uterine fibroids. Delivery of women with leiomyoma of the uterus and endometriosis has always been accompanied by a high risk of bleeding and the size of the node positively correlates with the volume of blood loss during the operation.

**Key words:** endometriosis, uterine myoma, myomectomy, reconstructive operations on the uterus