

УДК 618.3/5:618.14-006.363.03+615.036.2

**В.Л. Дронова¹, О.І. Дронов^{1,2,3}, Р.С. Теслюк¹,
О.М. Мокрик¹, Л.О. Рощина¹, Ю.П. Бакунець^{1,2,3}**

Клініко-статистичний аналіз виявлення захворюваності на лейоміому матки у пацієнток під час вагітності та пологів

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

³Київська міська клінічна лікарня № 10, Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2020. 2(82): 35-41; doi 10.15574/PP.2020.82.35

For citation: Dronova VL, Dronov OI, Tesliuk RS, Mokryk OM et al. (2020). Clinical and statistical analysis of detection of the incidence of uterine leiomyoma in patients during pregnancy and childbirth. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2(82): 35-41. doi 10.15574/PP.2020.82.35

Мета — провести клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності та пологів у жінок із лейоміомою матки; визначити особливості соматичного та репродуктивного здоров'я родиль і породіль, ускладнення вагітності, хірургічної допомоги в пологах, стану новонароджених.

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороб 405 вагітних жінок із лейоміомою матки, із них 205 народили, а 200 перебували на стаціонарному лікуванні в період 2009–2018 рр.

Результати та висновки. Лейоматозні вузли виявлено під час вагітності у 96 (46,8%) пацієнток, лейоміому матки діагностовано до вагітності у 109 (53,2%) жінок. Фіброматозні вузли тіла матки розташовані субсерозно у 59% вагітних, інтрамурально — у 41%. Підслизових вузлів не виявлено. З популяції пацієнток, які народжували, 79 (38,5%) жінок розроджені шляхом операції кесаревого розтину, 53 (25,8%) жінкам проведено консервативну міомектомію. У 7 випадках під час операції кесаревого розтину виконано неповну гістеректомію без додатків, в 1 випадку — екстирпацію матки з трубами. У популяції вагітних, які перебували на стаціонарному лікуванні, лейоматозні вузли виявлено під час вагітності у 86 (43%) жінок, лейоміому матки діагностовано до вагітності у 114 (57%) жінок. Вузли на матці розташовані субсерозно у 56% вагітних, інтрамурально — у 44%. Субмукозних вузлів не виявлено. Також не відмічено маткових кровотеч у зв'язку з лейоміомою. Оперативні втручання у жінок із приводу видалення лейоматозних вузлів під час вагітності проведено тільки в 3 випадках: у 2 вагітних із гігантською інтрамурально-субсерозною фіброміомою; вузли здавлювали, деформували порожнину матки і здавлювали правий сегмент печінки, у третьому випадку діагностовано некроз вузла, розташований субсерозно. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: клініко-статистичний аналіз, лейоміома матки, вагітність та пологи, оперативні втручання.

Clinical and statistical analysis of detection of the incidence of uterine leiomyoma in patients during pregnancy and childbirth

V.L. Dronova¹, O.I. Dronov^{1,2,3}, R.S. Tesliuk¹, O.M. Mokryk¹, L.O. Roshchyna¹, Yu.P. Bakunets^{1,2,3}

¹SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named of academician O.M. Lukyanova NAMS of Ukraine», Kyiv

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

³Kyiv City Clinical Hospital No.10, Ukraine

Purpose. This article is devoted to the problem of the incidence of uterine leiomyoma at gravidants. Clinical and statistical analysis included the course of pregnancy and labor, the features of somatic and reproductive health at gravidants, complications of pregnancy, perenatal surgical care, the condition of newborns.

Materials and methods. The case histories of 405 pregnant women with uterine leiomyoma were analyzed; 205 of which gave birth, and 200 were hospitalized in the period 2009–2018.

Results and Conclusions. In the examined patients, leiomyomatous nodes were found at 96 (46.8%), at 109 (53.2%) women, uterine leiomyoma was diagnosed before pregnancy. Fibromatous nodes of the uterus were more often subserous (at 59% of pregnant women) and intramural (at 41%). The submucosal nodes were not detected. From the patients at whom have taken place labor — 79 (38.5%) women were delivered by cesarean section, and conservative myomectomy was performed at 53 (25.8%) women. At seven cases, during cesarean section surgery, the incomplete hysterectomy without uterine appendages was performed, in one case was performed the complete hysterectomy with tubes. In a population of pregnant women who were hospitalized, leiomyomatous nodes were detected at 86 women (43%). At 114 (57%) women, the uterine leiomyoma was diagnosed before pregnancy. The nodes on the uterus were more often located subserosally (at 56% of pregnant women) and intramurally (at 44%). The submucosal nodes were not detected. Surgical interventions at women regarding the ectomia of leiomyomatous nodes during pregnancy were carried out in only three cases: in two pregnant women with giant intramural-subserous fibromioma; the nodes were squeezed, the uterine cavity was deformed, and the right segment of the liver was squeezed. In the third case, the necrosis of a node that was located subserous was diagnosed.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of this Institute. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest were declared by the authors.

Key words: clinical and statistical analysis, uterine leiomyoma, pregnancy, labor, surgical interventions.

Клиніко-статистический анализ выявления заболеваемости лейомиомой матки у пациенток при беременности и родах

В.Л. Дронова¹, А.И. Дронов^{1,2,3}, Р.С. Теслюк¹, А.Н. Мокрик¹, Л.О. Рощина¹, Ю.П. Бакунец^{1,2,3}

¹ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

³Киевская городская клиническая больница № 10, Украина

Цель — провести клинко-статистический анализ течения беременности и родов у женщин с лейомиомой матки; определить особенности соматического и репродуктивного здоровья рожениц и родильниц, осложнения беременности, хирургической помощи в родах, состояния новорожденных.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезней 405 беременных женщин с лейомиомой матки, из них 205 родили, а 200 находились на стационарном лечении в период 2009–2018 гг.

Результаты и выводы. Лейомиоматозные узлы обнаружены при беременности у 96 (46,8%) пациенток, лейомиома матки диагностирована до беременности у 109 (53,2%) женщин. Фиброматозные узлы тела матки расположены субсерозно у 59% беременных, интрамурально — у 41%. Подслизистые узлы не выявлены. Из популяции родивших пациенток 79 (38,5%) женщин родоразрешены путем операции кесарева сечения, причем 53 (25,8%) женщинами проведена консервативная миомэктомия. В 7 случаях при операции кесарева сечения выполнена неполная гистерэктомия без придатков, в 1 случае — экстирпация матки с трубами. В популяции беременных, находившихся на стационарном лечении, лейоматозные узлы обнаружены при беременности у 86 (43%) женщин, лейомиома матки диагностирована до беременности у 114 (57%) женщин. Узлы на матке расположены субсерозно у 56% беременных, интрамурально — у 44%. Субмукозные узлы не выявлены. Также не отмечено маточных кровотечений в связи с наличием миомы. Оперативные вмешательства у женщин по поводу удаления лейоматозных узлов во время беременности проведены только в 3 случаях: у 2 беременных с гигантской интрамурально-субсерозно фибромиомой; узлы сдавливали, деформировали полость матки и сдавливали правый сегмент печени; в третьем случае диагностирован некроз узла, расположенного субсерозно.

Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования утвержден Локальным этическим комитетом указанного в работе учреждения. На проведение исследований получено информированное согласие женщин.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: клиничко-статистический анализ, лейомиома матки, беременность и роды, оперативные вмешательства.

Вступ

Сьогодні викликає певну настороженість стан здоров'я вагітних жінок, а також зростання вагітних із доброякісними пухлинами матки, у т.ч. лейомиою матки [3, 12]. Останніми роками лейомиома матки є найчастішим гінекологічним захворюванням серед жінок репродуктивного віку, яке спостерігається приблизно у 30% пациенток віком від 35 років [4, 5, 12], також зростає кількість вагітних із цією патологією.

Значна кількість негативних факторів природного й соціального довкілля в поєднанні з індивідуальними особливостями організму жінки часто призводить до порушень адаптаційних механізмів й розвитку певних зрушень у нейроендокринній системі, що може стати пусковим моментом у формуванні лейомиоми матки.

Сучасні фахівці розглядають лейомиому матки як еколого-психосоматичний процес, що виявляється ішемічною хворобою матки [3, 12, 22]. Вагітність є додатковим стресорним фактором для жіночого організму.

Відомо, що в жінок із лейомиою матки спостерігається багато ускладнень під час вагітності і пологів (ранні гестози, загроза переривання вагітності, преєклампсія), погіршується стан плода і новонародженого [7, 10].

Під час вагітності, як правило, відмічається значний ріст лейоматозних вузлів, тому складно прогнозувати її наслідки як для матері, так і для плода.

Незважаючи на значну кількість робіт про взаємозв'язок двох процесів — патологічного (лейомиома) й фізіологічного (вагітності), в літературі існують різні, іноді навіть проти-

лежні, рекомендації щодо виношування вагітності, особливостей перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та, безумовно, оперативного лікування вагітних. Усе це обумовлює актуальність цієї роботи.

Мета дослідження — провести клініко-статистичний аналіз виявлення захворюваності на лейомиому матки в пацієнток під час вагітності та пологів для удосконалення існуючих, а також розробки нових методів перинатальної хірургічної допомоги вагітним із лейомиою матки, розробки єдиного протоколу з цієї проблеми.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано історії хвороб 405 вагітних жінок із лейомиою матки, із них 205 народили, а 200 перебували на стаціонарному лікуванні в період 2009–2018 рр.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл обстежених вагітних, які народили, (n=205) за віком наведено в таблиці 1.

За даними таблиці 1, пацієнтки були поділені на п'ять вікових груп. Переважну більшість становили особи віком до 36 років — 109 (53,2%), тобто жінки працездатного і репродуктивного віку. Це підтверджує літературні дані про лейомиому матки в молодому репродуктивному віці.

Серед обстежених жінок 53 вагітні проживали в Київській та інших областях України, 152 жінки

Таблиця 1

Розподіл вагітних, які народили, за віком, (n=205)

Вікова група, роки	21–25	26–30	31–35	36–40	від 41
Абс. (%)	37 (18,04)	31(15,12)	41 (20)	68 (33,17)	28 (13,7)

Таблиця 2

Структура перенесених інфекційних захворювань в анамнезі вагітних, які народили, (n=205)

Захворювання	Значення показника, абс. (%)
Епідемічний паротит	24 (11,7)
Вітряна віспа	128 (62,4)
Кір	32 (15,6)
Краснуха	31 (15,12)
Скарлатина	2 (0,97)
ГРВІ	110 (53,7)
Грип	138 (67,3)
Герпес	24 (11,7)
Цитомегаловірус	9 (4,4)
Хвороба Боткіна	11 (5,37)

мешкали в м. Києві. Із групи обстежених були: 123 (60%) службовці, 31 (15,12%) робітниця, 49 (23,9%) домогосподарок, 2 (0,97%) інваліди.

Серед обстежених жінок 148 пацієнок перебувають у шлюбі, 46 – незаміжні, 11 – одинокі.

Дані про перенесені інфекції в обстежених жінок, які народили, наведено в таблиці 2.

За даними таблиці 2, більшість жінок мали в анамнезі перенесені дитячі інфекції та вірусні захворювання, а також різні захворювання з хронічними джерелами інфекції.

Дані таблиці 3 висвітлюють структуру екстрагенітальної захворюваності в анамнезі обстежених вагітних, які народили.

Як видно з таблиці 3, у більшості жінок спостерігалися захворювання шлунково-кишкового тракту та функціональні захворювання серцево-судинної системи, більшість яких представлена вегетосудинною астенією за змішаним типом.

Дані літератури свідчать про етіологічну роль у виникненні, розвитку та рості фіброматозних вузлів запальних та інших гінекологічних захворювань в анамнезі.

Структура перенесених гінекологічних захворювань в анамнезі вагітних, які народили, наведена в таблиці 4.

Таблиця 3

Екстрагенітальні захворювання в анамнезі вагітних, які народили, (n=205)

Захворювання	Значення показника, абс. (%)
Хронічний гастрит	17 (8,3)
Хронічний пієлонефрит	16 (7,8)
Жовчнокам'яна хвороба	3 (1,5)
Хронічний холецистит	22 (10,7)
Соматоформна вегетативна дисфункція за змішаним типом	43 (20,97)
Хронічний бронхіт	8 (3,9)
Хронічний дуоденіт	9 (4,4)
Хронічний тонзиліт	33 (16,1)
Апендектомія	27 (13,2)

Таблиця 4

Гінекологічна захворюваність в анамнезі вагітних, які народили, (n=205)

Захворювання	Значення показника, абс. (%)
Цервіцит	58 (28,3)
Хронічний сальпінгофорит	61 (29,8)
Ендометріоз	18 (8,8)
Безплідність	29 (14,1)
Хронічний вагініт	39 (19,02)
Полікістоз яєчників	23 (11,21)
Порушення менструальної функції	24 (11,7)

За даними таблиці 4, переважними серед запальних захворювань статевих шляхів були хронічні сальпінгофорити, вагініти й цервіцити.

Порушення менструальної функції виявлено у 24 (11,7%) пацієнок. З них у 12 жінок встановлено початок менструації після 16 років, а згодом діагностовано синдром полікістозних яєчників, у 3 з яких встановлено часті затримки менструації до двох місяців з персистенцією фолікула. У 10 пацієнок виявлено в анамнезі альгодисменорею різного ступеня вираженості, у 7 жінок – гіперполіменорею.

Безплідність серед обстежених відмічено у 29 (14,1%) осіб. Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез виявлено практично у всіх обстежених: штучні аборти – у 53 (25,9%) жінок, 2 та більше штучних абортів – у 38 (18,5%) пацієнок, самовільні аборти – у 62 (30,24%) осіб, понад 2 самовільні аборти – у 13 (6,4%) жінок, завмерлі вагітності – у 18 (8,8%) пацієнок.

Терміни завмирання вагітності в анамнезі: до 12 тижнів вагітності – у 12 (5,9%) жінок; від 12 до 22 тижнів – у 4 (1,95%) пацієнок; після 22 тижнів – у 2 (0,97%) осіб.

Структура перенесених гінекологічних операцій наведена в таблиці 5.

Операції на органах малого тазу в анамнезі обстежених жінок виконано у 27 (13,2%) пацієнок, з них консервативну міомектомію – у 8 (3,9%) жінок, клиноподібну резекцію яєчників – у 19 (9,3%) пацієнок, з них у 15 – з лапароскопічним доступом, у 2 осіб проведено лапаротомію у зв'язку з безплідністю.

Таблиця 5

Перенесені гінекологічні операції в анамнезі вагітних, які народили, (n=205), абс. (%)

Вид операції	Значення показника
Консервативна міомектомія	8 (3,9)
Клиноподібна резекція яєчників	19 (9,3)
Роз'єднання злук, дрילінг яєчників	2 (0,97)

Таблиця 6

Ускладнення вагітності в жінок, які народили, абс. (%)

Група вагітних	n=205	Ускладнення вагітності				
		ранній гестоз	пreekлампсія	загроза переривання	анемія	загроза дистресу плода
З одним вузлом	141	28 (13,7)	27 (13,2)	97 (47,3)	59 (28,8)	63 (30,7)
З множинними вузлами	64	51 (24,9)	47 (22,90)	108 (52,7)	69 (33,7)	110 (53,7)

Слід зазначити, що першовагітних було 72 (35,1%) жінки, повторновагітних — 133 (64,9%) пацієнтки.

У групі дослідження виявлено один лейоматозний вузол у 141 (68,8%) вагітної, множинну лейоміому матки — у 64 (31,2%) жінок.

Лейоматозні вузли виявлено під час вагітності у 96 (46,8%) жінок, лейоміому матки діагностовано до вагітності у 109 (53,2%) пацієнток. Фіброматозні вузли тіла матки розташовані субсерозно у 59% вагітних, інтрамурально — у 41% жінок. Підслизових вузлів не виявлено. А також не відмічено маткових кровотеч, пов'язаних із лейоміомою.

Дані про перебіг вагітності в обстежених вагітних із лейоміомою матки залежно від кількості вузлів на матці наведено в таблиці 6.

За даними таблиці 6, вагітність у жінок із лейоміомою матки значно частіше відносно здорових вагітних супроводжувалася серйозними ускладненнями, найчастіше — загрозою переривання вагітності. Таку загрозу однаково часто виявлено у вагітних з одним вузлом на матці (97 жінок, або 47,3%) і множинною лейоміомою (108 жінок, або 52,7%).

Відмічено високу частоту ускладнень вагітності в жінок із лейоміомою матки, зокрема, ранні токсикози, пreekлампсію, анемію й дистрес плода. При цьому ранній гестоз, пreekлампсію і дистрес плода достовірно частіше виявлено у вагітних із множинною лейоміомою матки. Отримані нами дані співпадають із даними літератури про велику кількість ускладнень вагітності в жінок із множинною лейоміомою матки.

Переважну більшість пологів у пацієнток зафіксовано в термін 38–39 тижнів у 93,5% випадків за наявності одного вузла, у 81,7% — при множинній лейоміомі. Передчасні пологи зареєстровано у 6,4% і 19,3% жінок відповідно.

Таблиця 7

Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар від матерів із лейоміомою матки (n=205)

Оцінка за шкалою Апгар, бал	4–5	6–7	8–8
Абс. (%)	9 (4,4)	112 (54,63)	84 (40,97)

Таким чином, при множинній лейоміомі частіше розвивалися передчасні пологи. У цих жінок частіше були й ускладнення в пологах.

Найчастішими ускладненнями були загроза дистресу плода і слабкість пологової діяльності.

Отримані дані про перебіг пологів також співпадають з аналізом літературних даних, де вказується на велику кількість ускладнень у пологах при лейоміомі матки.

Показаннями до операції були низькорозташовані лейоматозні вузли, що перешкождали просуванню плода родовим каналом, — у 16 випадках, у 3 жінок діагностовано передчасне відшарування плаценти.

Слід зазначити, що операції зазвичай проведено за відносними показниками, які необхідно було враховувати. Серед них група з 23 жінок, яких розглядали як вікові першороділлі, із них 9 пацієнток із первинною безплідністю проліковано протягом тривалого часу, у тому числі лейоміому — консервативними методами, слабкість пологової діяльності визначено у 13 жінок, загрозу дистресу плода в пологах — у 9 жінок.

Усього народили 205 жінок, із них 79 (38,5%) жінок розроджені шляхом операції кесаревого розтину, при чому 53 (25,8) особам проведено консервативну міомектомію. У тих пацієнток, які народжували через природні статеві шляхи у зв'язку з фіброміомою і не потребували оперативного розродження, проведено ручну ревізію стінок порожнини матки у 15 (7,32%) випадків.

У 7 випадках під час операції кесаревого розтину виконано неповну гістеректомію без додатків, в 1 випадку — екстирпацію матки з трубами.

Дані про оцінку стану новонароджених за шкалою Апгар наведено в таблиці 7.

З таблиці 7 видно, що більшість дітей мала високу оцінку за шкалою Апгар. Більшість дітей народилася з оцінкою за Апгар 6–7 балів. Серед новонароджених було 78 дівчаток і 127 хлопчиків.

Виявлені ускладнення пологів вказують на необхідність віднесення пацієнток до групи високого ризику з акушерської та перинатальної патології.

Таблиця 8

Розподіл вагітних, які перебували на стаціонарному лікуванні, (n=200) за віком

Вікова група, роки	21–25	26–30	31–35	від 36
Абс. (%)	4 (2)	69 (34,5)	78 (39)	49 (25,5)

Таблиця 9

Розподіл вагітних, які перебували на стаціонарному лікуванні, (n=200) за соціальним статусом, абс. (%)

Службовці	Робітниця	Домогосподарки	Інваліди
120 (60)	28 (14)	51 (25,5)	1 (0,5)

Слід зазначити, що у 12 жінок виявлено субінволюцію матки, у 3 – лохіометру. Інших ускладнень не визначено. Не було некрозу вузлів і порушень кровообігу в них. У всіх породиць не відмічено протипоказань для годування дитини груддю.

Таким чином, у жінок із лейоміомою матки встановлено значні ускладнення вагітності та пологів. При цьому більш тяжкі ускладнення виявлено в жінок із множинною лейоміомою матки.

Далі проаналізовано історії хвороб 200 вагітних із лейоміомою матки, які перебували на стаціонарному лікуванні.

Розподіл цих вагітних за віком наведено в таблиці 8.

З аналізу наведених у таблиці 8 даних видно, що обстежені жінки були переважно у віці від 29 років. Серед обстежених жінок 111 вагітних проживали у м. Києві та Київській області, 89 жінок – в інших областях.

Розподіл жінок, які перебували на стаціонарному лікуванні, за соціальним статусом наведено в таблиці 9.

З таблиці 9 видно, що переважна більшість обстежених жінок була службовцями та домогосподарками.

Таблиця 10

Структура інфекційної захворюваності вагітних, які перебували на стаціонарному лікуванні, (n=200)

Захворювання	Значення показника, абс. (%)
Епідемічний паротит	52 (26)
Вітряна віспа	142 (71)
Кір	90 (45)
Краснуха	66 (33)
Скарлатина	10 (5)
ГРВІ	184 (92)
Грип	162 (81)
Ангіна	122 (61)
Цитомегаловірусна інфекція	54 (27)
Герпесвірусна інфекція	58 (29)
Хвороба Боткіна	16 (8)

Таблиця 11

Структура екстрагенітальної захворюваності вагітних, які перебували на стаціонарному лікуванні, (n=200)

Захворювання	Значення показника, абс. (%)
Хронічний гастрит	36 (18)
Хронічний пієлонефрит	26 (13)
Жовчнокам'яна хвороба	2 (4)
Хронічний холецистит	34 (17)
Соматоформна вегетативна дисфункція за змішаним типом	62 (31)
Хронічний бронхіт	28 (14)
Пневмонія	16 (8)
Хронічний дуоденіт	14 (7)
Хронічний тонзиліт	22 (11)
Апендицит	48 (24)

Визначено структуру перенесених інфекцій у вагітних. Дані про перенесені інфекції в обстежених вагітних по групах наведено в таблиці 10.

За даними таблиці 10, більшість жінок мала в анамнезі перенесені дитячі інфекції, вірусні й запальні захворювання, а також страждали на різні захворювання з хронічними джерелами інфекції.

Важливо відзначити фактори, що негативно впливають на перебіг вагітності, зокрема, це група екстрагенітальних захворювань.

Дані про екстрагенітальну захворюваність наведено в таблиці 11.

Отримані дані співпадають із літературними даними про значну кількість супутньої екстрагенітальної патології – функціонального захворювання серцево-судинної системи, порушення функції шлунково-кишкового тракту та печінки, хронічного бронхіту, пневмонії та інших.

У літературі існують дані про визначальну етіологічну роль у розвитку і рості лейоміом – запальних та інших гінекологічних захворювань в анамнезі.

Дані про перенесені гінекологічні захворювання наведено в таблиці 12.

Таблиця 12

Структура гінекологічної захворюваності в анамнезі вагітних, які перебували на стаціонарному лікуванні, (n=200)

Захворювання	Значення показника, абс. (%)
Ерозія шийки матки	54 (27)
Хронічний сальпінгофорит	58 (29)
Ендометріоз	22 (11)
Кіста яєчників	28 (14)
Вагініт	62 (31)
Полікістоз яєчників	18 (9)
Безплідність	26 (13)
Порушення менструальної функції	22 (11)

Таблиця 13

Перенесені гінекологічні операції в анамнезі вагітних, які перебували на стаціонарному лікуванні, (n=200)

Вид операції	Значення показника, абс. (%)
Консервативна міомектомія	11 (5,5)
Клиновидна резекція яєчників	15 (7,5)
Роз'єднання злук, дрелінг яєчників	20 (10)

За даними аналізу, переважними серед запальних захворювань статевих шляхів були хронічні сальпінгофорити, кольпіти та ерозії шийки матки. Значних порушень менструальної функції в обстежених жінок не було, альгодисменорею в поєднанні з гіперполіменореєю виявлено у 9 (4,5%) жінок, нерегулярний менструальний цикл — у 13 (6,5%) пацієнток.

Щодо обтяженого гінекологічного анамнезу отримано такі дані: штучні аборти — у 82 (41%) жінок, самовільні аборти — у 38 (19%) пацієнток, завмерлі вагітності переважно в I триместрі — у 18 (9%) осіб.

Вагомим фактором для проведення аналізу є відомості про оперативні втручання на органах малого тазу в анамнезі жінок із вищевказаною патологією.

Структура перенесених гінекологічних операцій наведена в таблиці 13.

Оперативні втручання на органах малого тазу в анамнезі жінок: консервативна міомектомія — у 11 (5,5%) жінок, клиноподібна резекція яєчників — у 15 (7,5%) пацієнток, операції, пов'язані з безплідністю, — у 20 (10%) осіб.

У групі дослідження було 72 першовагітні і 128 повторновагітних жінок.

Слід зазначити, що 1 фіброматозний вузол виявлено в 146 (73%), вагітних, множинну фіброміому матки — у 54 (27%) жінок. Лейоматозні вузли виявлено під час вагітності у 86 (43%) жінок, лейоміому матки діагностовано до вагітності у 114 (57%) пацієнток. Вузли на матці розташовано субсерозно у 56% вагітних, інтрамурально — у 44% жінок. Субмукозних вузлів не виявлено. А також не відмічено маткових кровотеч у зв'язку з лейоміомою.

У дослідженнях виявлено, що оперативні втручання в жінок із приводу видалення лейоматозних вузлів під час цієї вагітності проведено тільки в 3 випадках: у 2 вагітних із гігантською інтрамурально-субсерозною фіброміомою; вузли здавлювали, деформували порожнину матки і здавлювали правий сегмент печінки,

у третьому випадку діагностовано некроз вузла, розташованого субсерозно.

Висновки

Виявлено підвищення частоти лейоміому матки в жінок молодого репродуктивного віку (у 53% до 35 років) і збільшення кількості вагітних із цією патологією.

У вагітних із лейоміомою матки в анамнезі відмічено високу частоту перенесених соматичних і гінекологічних запальних захворювань, ріст лейоматозних вузлів під час вагітності, високу частоту ускладнень під час вагітності і в пологах (загроза переривання вагітності, преeklampsія, слабкість пологової діяльності).

В обстежених жінок, які народили, лейоматозні вузли виявлено під час вагітності у 96 (46,8%) випадках, лейоміому матки діагностовано до вагітності у 109 (53,2%) пацієнток. Фіброматозні вузли тіла матки розташовані субсерозно у 59% вагітних, інтрамурально — у 41% жінок. Підслизових вузлів не виявлено.

Серед жінок, які народжували, 79 (38,5%) пацієнток розроджені шляхом операції кесаревого розтину, при чому 53 (25,8) жінкам проведено консервативну міомектомію. У 7 випадках під час операції кесаревого розтину виконано неповну гістеректомію без додатків, в 1 випадку — екстирпацію матки з трубами.

У популяції жінок, які перебували на стаціонарному лікуванні, у I та II триместрах вагітності один фіброматозний вузол виявлено у 146 (73%) вагітних, множинну фіброміому матки — у 54 (27%) жінок. Лейоматозні вузли виявлено під час вагітності у 86 (43%) жінок, лейоміому матки діагностовано до вагітності в 114 (57%) жінок. Вузли на матці розташовані субсерозно у 56% вагітних, інтрамурально — у 44% жінок. Субмукозних вузлів не виявлено. А також не відмічено маткових кровотеч у зв'язку з лейоміомою.

У дослідженні встановлено, що оперативні втручання в жінок для видалення лейоматозних вузлів під час вагітності проведено в 3 випадках: у 2 вагітних із гігантською інтрамурально-субсерозною фіброміомою; вузли здавлювали, деформували порожнину матки і здавлювали правий сегмент печінки, у третьому випадку діагностовано некроз вузла, розташованого субсерозно.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Buyanova SN, Logutova LS, Gukasyan SA, Yudina NV. (2012). Miomektomiya vo vremya beremennosti — osoznannaya neobhodimost. Materialy VI Vserossiyskogo foruma «Mat i ditya». Moskva: 20–21. [Буянова СН, Логутова ЛС, Гукасян СА, Юдина НВ. (2012). Миомэктомия во время беременности — осознанная необходимость. Материалы VI Всероссийского форума «Мать и дитя». Москва: 20–21].
2. Buyanova SN, Logutova LS, Schukina NA i dr. (2012). Miomektomiya вне i vo vremya beremennosti: pokazaniya, osobennosti hirurgicheskoy taktiki i anestezii, predoperatsionnaya podgotovka i reabilitatsiya. Posobie dlya vrachev. Moskva: MAKS-Press: 18. [Буянова СН, Логутова ЛС, Щукина НА и др. (2012). Миомэктомия вне и во время беременности: показания, особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация. Пособие для врачей. Москва: МАКС-Пресс: 18].
3. Vasilchenko NP, Firichenko VN. (2015). Lechenie bolnykh miomoy matki i ego effektivnost. Akusherstvo i ginekologiya. 2: 7–10. [Васильченко НП, Фириченко ВН. (2015). Лечение больных миомой матки и его эффективность. Акушерство и гинекология. 2: 7–10].
4. Vihlyayeva EM. (2014). O strategii i taktike vedeniya bolnykh s miomoy matki. Vestnik Rossiyskoy assotsiatsii akusherov-ginekologov. 3: 21–23. [Вихляева ЕМ. (2014). О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 3: 21–23].
5. Dolyk PS. (2016). Pidvyshchennia vidnovlennia reproduktyvnoy funktsii u zhinkov z leiomiomoiu matky pislia laparoskopichnoy miomektomii. Zbirnyk naukovykh prats spivrobitynyk NMAPO imeni P.L. Shuryuka. 25; 5 (2): 98–101. [Долик ПС. (2016). Підвищення відновлення репродуктивної функції у жінок з лейоміомою матки після лапароскопічної міомектомії. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. 25; 5 (2): 98–101].
6. Makarenko MV, Hovsieiev DO, Sysa OM, Tian OV. (2015). Osoblyvosti perebihu vahitnosti, polohiv ta pisliapohohovo periodu u vahitnykh z leiomiomoiu matky health of woman. 6 (102): 111–113. [Макаренко МВ, Говсеев ДО, Сиса ОМ, Тянь ОВ. (2015). Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у вагітних з лейоміомою матки. Здоров'я жінчини. 6 (102): 111–113].
7. Mamedova ZT, Kurbonova MH, Davlyatova GK, Yuldasheva AK. (2009). Akusherskaya taktika pri vedenii beremennykh s miomoy matki. Doklady Akademii nauk Respubliki Tadzhikistan. 52; 8: 651–655. [Мамедова ЗТ, Курбонова МХ, Давлятова ГК, Юлдашева АК. (2009). Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки. Доклады Академии наук Республики Таджикистан. 52; 8: 651–655].
8. Mihalevich SI, Kapusta AV. (2011). Beremennost, rodyi i poslerodovoy period u zhenschin s miomoy matki. Meditsinskie novosti. 2: 18–25. [Михалевич СИ, Капуста АВ. (2011). Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки. Медицинские новости. 2: 18–25].
9. Petrakova SA, Buyanova SN, Mgeliasvili MV. (2009). Vozmozhnosti miomektomii v korrektsii reproduktyvnoy zdorovya zhenschin s miomoy matki. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 1: 30–35. [Петракова СА, Буянова СН, Мгелиашвили МВ. (2009). Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки. Российский вестник акушера-гинеколога. 1: 30–35].
10. Rozhkovska NM, Zhelezov DN, Kossei TV. (2018). Doslidzhennia perebihu vahitnosti ta polohiv u zhinkov, yakі perenesly rekonstruktyvni operatsii na mattsi. Zbirnyk naukovykh prats AAHU. 2/42: 138–143. [Рожковська НМ, Железов ДН, Коссей ТВ. (2018). Дослідження перебігу вагітності та пологів у жінок, які перенесли реконструктивні операції на матці. Збірник наукових праць ААГУ. 2/42: 138–143].
11. Samsonov AE, Ryimashevskiy AN, Volkov AE, Terehina LA. (2013). Osobennosti vliyaniya miomoy matki na techenie beremennosti. Tavricheskii mediko-biologicheskii vestnik. 16; 2; 1 (62): 205–207. [Самсонов АЕ, Рымашевский АН, Волков АЕ, Терехина ЛА. (2013). Особенности влияния миомы матки на течение беременности. Таврический медико-биологический вестник. 16; 2; 1 (62): 205–207].
12. Semeniak AV, Yuzko OM, Nitsovych IR. (2018, VII). Leiomioma matky ta vahitnist. Neonatolohiia, khirurgiia ta perynatalna medytyna. 2 (28): 93–98. [Семеняк АВ, Юзько ОМ, Ніцович ІР. (2018, VII). Лейоміома матки та вагітність. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2 (28): 93–98].
13. Smirnova TA, Pavshuk LI. (2014). Sovremennyye podhody k lecheniyu miomoy matki u molodykh zhenschin s tselyu sohraneniya reproduktyvnoy funktsii. Byulleten sibirskoy meditsiny. 13 (1): 145–152. [Смирнова ТА, Павшук ЛІ. (2014). Современные подходы к лечению миомы матки у молодых женщин с целью сохранения репродуктивной функции. Бюллетень сибирской медицины. 13 (1): 145–152].
14. Startseva MN, Tshay VB, Geyman AG. (2007). Blizhayshe i otdalennyye oslozheniya pri laparoskopicheskii operatsiyah v ginekologicheskoy praktike. Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. 3 (44): 83–86. [Старцева МН, Цхай ВБ, Гейман АГ. (2007). Ближайшие и отдаленные осложнения при лапароскопических операциях в гинекологической практике. Сибирское медицинское обозрение. 3 (44): 83–86].
15. Tihomirov AL, Lubin DM. (2006). Mioma matki. Moskva: 176. [Тихомиров АЛ, Лубин ДМ. (2006). Миома матки. Москва: 176].
16. Hripunova GI. (2011). Taktika rodorazresheniya beremennykh s miomoy matki. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. 7; 2: 401–403. [Хрипунова ГИ. (2011). Тактика родоразрешения беременных с миомой матки. Саратовский научно-медицинский журнал. 7; 2: 401–403].
17. Schukina NA, Buyanova SN, Babunashvili EL i dr. (2012). Vzaimosvyaz retseptornogo statusa polovykh steroidov, vaskulyarizatsii i tempa rosta miomoy matki. Materialy VI Rossiyskogo foruma «Mat i ditya». Moskva: 260–261. [Щукина НА, Буянова СН, Бабунашвили ЕЛ и др. (2012). Взаимосвязь рецепторного статуса половых стероидов, васкуляризации и темпа роста миомы матки. Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». Москва: 260–261].
18. Bulun SE. (2013). Uterine fibroids. N Engl J Med. 369 (14): 1344–1355. doi: 10.1056/NEJMr1209993.
19. Euzebus Chinonye Ezugwu, Chukwuemeka Anthony Iyoke, Frank Okechukwu Ezugwu, George Ugwu. (2014). Successful pregnancy following myomectomy for giant uterine fibroid in an infertile woman. J reprod infertil. 15; 4: 233–236.
20. Kaymak O. (2009). Myomectomy during cesarean section. Obstet gynecol. 114; 3: 611–615.
21. Kinugasa-Taniguchi Y, Ueda Y, Hara-Ohyagi C. (2011). Impaired delivery outcomes in pregnancies following myomectomy compared to myoma-complicated pregnancies. J Reprod Med. 56; 3–4: 142–148.
22. Mas A, Tarazona M, Dasi Carrasco J, Estaca G, Cristobal I, Monleon J. (2017). Updated approaches for management of uterine fibroids. Int J of Womens Health. 9: 607–617. doi: 10.2147/IJWH.S138982.
23. Nappi L, Matteo M, Giardina S et al. (2008). Management of uterine giant myoma. Arch gynecol obs. 78 (1): 61–63.
24. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society of Reproductive Surgeons. (2008). Myomas and reproductive function. Fertil. Steril. 90; 5: 125–130.
25. Redecha MJr, Mizickova M, Javorka V et al. (2013). Pregnancy after uterine artery embolization for the treatment of myomas: a case series. Arch Gynecol Obstet. 287; 1: 71–76.
26. Vitale SG, Tropea A, Rossetti D et al. (2013). Management of uterine leiomyomas in pregnancy: review of literature. Updates Surg. 30.
27. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaefer S, Geppert K. (2012). Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. BMC Women's Health. 12 (1): 6. doi: 10.1186/1472-6874-12-6.

Відомості про авторів:

Дронова Вікторія Леонідівна — д.мед.н., проф., заст. директора ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України» з наукової роботи, керівник відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 489-53-63. orcid.org/0000-0002-3863-8910.

Дронов Олексій Іванович — д.мед.н., проф., зав. каф. загальної хірургії №1 НМУ імені О.О. Богомольця, науковий керівник Київського центру хірургії захворювань печінки, жовчаних протоків і підшлункової залози, лікар-онкогинеколог відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 489-53-63. <https://orcid.org/0000-0003-4033-3195>

Теслюк Роман Святославович — к.мед.н., ст.н.с. відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 489-53-63.

Мокрик Олександра Миколаївна — к.мед.н., ст.н.с. відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 489-53-63. orcid.org/0000-0002-9587-0740.

Рошина Лариса Олександрівна — к.мед.н., асистент каф. загальної хірургії №1 НМУ імені О.О. Богомольця, провідний науковий співробітник відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8.

Бакунець Юрій Петрович — к.мед.н., н.с. відділення оперативної гінекології ДУ «ІПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8.

Стаття надійшла до редакції 11.02.2020 р.; прийнята до друку 01.06.2020 р.