

УДК 618.3/.7-06: 618.14-006.36-089.844

## **THE PREVALENCE OF PREGNANCY AT THE MEMBRANESHIP IN ANAMNESIS**

**Zhelezov D.M., Salekh O.S.**

**Odessa National Medical University, Department of obstetrics and gynecology №1**

### **Summary**

Nowdays the combination of uterine myomas and pregnancy is an urgent problem due to the increased frequency of this pathology, "rejuvenation" and the negative influence of uterine myomas on the reproductive potential of women, pregnancy and labor.

Conservative myomectomy is the choice of surgery when the main goal in the treatment of myoma is to preserve the female reproductive function.

The authors conducted a study aimed to evaluate the clinical course of pregnancy in women who had a history of conservative myomectomy. The data of the conducted research testify that conservative myomectomy in history did not lead to increase complications during pregnancy in comparison with conservative treatment of uterine fibroids.

**Key words: pregnancy, conservative myomectomy, uterine myoma.**

## **ВПЛИВ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ**

**Железов Д.М., Салех О.С.**

**Одеський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології  
№1**

### **Резюме**

Поєднання міоми матки та вагітності, на сьогоднішній день є актуальною проблемою що зумовлено зростанням частоти даної патології, її «омолодженням» та

негативним впливом міоми матки на репродуктивний потенціал жінок, перебіг вагітності та пологів.

Консервативна міомектомія є операцією вибору, коли основним завданням при лікуванні міоми є збереження репродуктивної функції жінки.

Авторами проведено дослідження, метою якого було вивчення клінічного перебігу вагітності у жінок, які перенесли консервативну міомектомію в анамнезі. Дані проведеного дослідження свідчать про, що консервативна міомектомія в анамнезі не призвела до збільшення ускладнень у перебізі вагітності у порівненні з консервативним лікуванням міоми матки.

**Ключові слова:** вагітність, консервативна міомектомія, міома матки.

## **ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Железов Д.М., Салех А.С.**

**Одесский национальный медицинский университет, кафедра акушерства и  
гинекологии №1**

### **Резюме**

Сочетание миомы матки и беременности на сегодняшний день является актуальной проблемой, что обусловлено ростом частоты данной патологии, ее «омоложением» и отрицательным влиянием миомы матки на репродуктивный потенциал женщин, течение беременности и родов.

Консервативная миомэктомия является операцией выбора, когда основной задачей при лечении миомы является сохранение репродуктивной функции женщины.

Авторами проведено исследование, целью которого было изучение клинического течения беременности у женщин, перенесших консервативную миомэктомию в анамнезе. Данные проведенного исследования свидетельствуют, что консервативная миомектомия в анамнезе привела к увеличению осложнений в течении беременности в сравнении с консервативным лечением миомы матки.

**Ключевые слова:** беременность, консервативная миомэктомия, миома матки.

На сьогоднішній день поєднання міоми матки та вагітності набуло особливої актуальності, що зумовлено зростанням частоти даної патології [1], а також її негативним впливом на перебіг вагітності та пологів [2,3].

Міома матки є доброякісною моноклональною пухлиною, яка утворена міометрієм з різним співвідношенням м'язового та сполучнотканинного компоненту [4]. Частота міоми матки, за даними багатьох джерел, коливається від 20 до 50 % жінок [5,6]; серед жінок репродуктивного віку вона складає 30 % [7,8].

Сучасні уявлення про патогенез міоми матки включає широкий спектр механізмів виникнення й розвитку доброякісної проліферації м'язових волокон. При цьому єдиного уявлення щодо етіології міоми матки не сформувалось. В наш час виділяють основні тригерні фактори, такі як механічна травматизація матки (внаслідок абортів, пологів, оперативних втручань), інфекційно-запальний та хімічний вплив [9]. До факторів ризику розвитку міоми матки традиційно відносять пізнє менархе, надмірні та болючі менструації, високу частоту медичних абортів, наявність в анамнезі оперативних втручань, а також екстрагенітальної патології, особливо шлунково-кишкові, ендокринні, серцево-судинні порушення [10].

У зв'язку з «омолодженням» даної патології й негативним впливом міоми матки на репродуктивний потенціал жінок, перебіг вагітності та пологів, стан новонароджених [11], з'являється низка проблем при реалізації дітородної функції жінки й при виборі стратегії та тактики ведення вагітності у жінок з даною патологією. Найбільш ефективним методом лікування міоми матки залишається хірургічний, тому в наш час все більшої цінності набувають органозберігаючі операції при міомі матки [12; 13].

Серед органозберігаючих операцій при міомі матки найбільшу популярність має консервативна міомектомія. Протягом останніх років продовжують постійно вдосконалюватись й набирати популярність альтернативні хірургічні лікувальні методи, а саме емболізація маткових артерій (ЕМА), резектоскопічне видалення субмукозних вузлів, фокусна ультразвукова абляція міоматозних вузлів, міолізис, кріоміолізис [14].

При виборі того чи іншого хірургічного методу лікування міоми матки слід пам'ятати про репродуктивні плани пацієнтки [6,15].

Консервативна міомектомія є операцією вибору, коли основним завданням при лікуванні міоми є збереження репродуктивної функції жінки. Показання до консервативної міомектомії визначаються наявністю симптомів міоми матки, розмірів пухлини, бажанням зберегти матку та покращити репродуктивну функцію [16,14].

В залежності від показань консервативна міомектомія може бути виконана вагінальним, трансцервікальним, лапароскопічним або лапаротомним доступом [17].

При виконанні реконструктивно-пластичних операцій при міомі матки у молодих пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією важливо дотримуватись принципів мінімально травматичної хірургії. Мікрохірургічна техніка попереджує кровотечі,

утворення спайок і післяопераційні ускладнення [14]. Однак, ведення вагітності а також вибір способу розродження у жінок з рубцем на матці є складним завданням і потребує від лікарів особливої уваги та високого професіоналізму.

На базі ООПЦ (м. Одеса) у 2007-2017 році було проведено дослідження мета, якого полягала у вивченні клінічного перебігу вагітності у жінок, які перенесли консервативну міомектомію в анамнезі. Нами було проведено нагляд за перебігом вагітності у 100 жінок з 6-7 тижня вагітності. Середній вік жінок складав  $31,1 \pm 1,1$  років. Вагітних було розділено на дві групи:

I група — 52 вагітні після консервативної міомектомії в анамнезі;

II група — 48 вагітних, які лікувались консервативно із застосуванням гормональних засобів.

При видаленні субсерозного або інтерстиціального вузла проводили поперечний перетин серозної оболонки до тканини міоми довжиною  $2/3$  діаметра вузла. Після виділення міоматозного вузла на його ложе поперемінно з обох сторін накладали гемостатичні м'язово-м'язові шви та відновлювали серозний покрив матки за допомогою серозно-серозних швів поверх яких накладали гемостатичні П-подібні шви. У післяопераційному періоді проводили ранню активізацію хворих, застосовували з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень компресійний трикотаж I класу компресії та позиціонування кінцівок. У перший менструальний цикл після проведеної міомектомії у пацієнток I групи та у пацієнток II групи застосовували агоністи релізіну гормону, загальна тривалість застосування препаратів склала 3 місяці, після чого хворих переводили на комбіновані оральні контрацептиви (КОК) на три місяці з наступним переходом на контрацептивний режим до планової вагітності. Стан медикаментозної аменореї зберігали протягом 6-7 місяців. для профілактики рецидивів міоми.

Обсяг обстеження під час вагітності та при наявності показів оперативне розродження жінок обох клінічних груп здійснювалось шляхом кесаревого розтину (КР) відповідно до вимог діючого наказу МОЗ України від 27.12.2011 року № 977 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»».

Визначали кількість ускладнень вагітності та пологів у різних клінічних групах.

Статистична обробка проводилася методами дисперсійного та кореляційного аналізу із використанням програмного забезпечення Statistica 10.0 (Dell StatSoft Inc., США).

Результати дослідження.

За даними УЗД, проведеного в III триместрі плацента розташовувалася по передній стінці у вагітних I групи у 33 (64,3 %) та у II групі 26 (53,3 %), по задній стінці — у 12 (21,4 %) та 14 (30,0 %), у ділянці дна — у 7 (14,3 %) та у 8 (16,7 %) відповідно. В одному випадку у вагітної з I групи відзначалася низька плацентажія, випадків центрального передлежання плаценти не було. Гіперплазія плаценти зустрічалася у кожної третьої жінки в обох групах спостереження (відповідно 32,1 % та 33,3 %). Гіпоплазія плаценти, кальциноз, деструктивні зміни в плаценті спостерігалися в 26 (50 %) і 26 (53,3 %) відповідно. Наявність цих змін трактувалася як прояв дисфункції.

Помірне маловоддя спостерігалось в I групі у 15 жінок (28,6 %), а у II групі — у 16 (33,3 %). Багатоводдя мало місце у 9 (17,8 %) і 10 (20,0 %) випадках відповідно. Частота прееклампсії у групах порівняння склала відповідно 6 (10,7 %) та 6 (13,3 %). Залізодефіцитна анемія виникала у 20 (39,3 %) та у 21 (43,3 %) випадків.

В обох клінічних групах плід знаходився у головному передлежанні. Оперативне розродження виконане у 45 (85,7 %) жінок I групи та 42 (86,7 %) — II групи. Основними показаннями до ургентного кесаревого розтину в I групі були: неспроможність рубця на матці; первинна слабкість пологової діяльності, що не піддавалась медикаментозному лікуванню, передчасний розрив плодових оболонок, дисточія шийки матки, клінічно вузький таз. В II групі показання до кесарьового розтину були: механічна перешкода проходження плоду через пологові шляхи, первинна слабкість пологової діяльності, яка не піддавалась медикаментозному лікуванню, тяжка прееклампсія та показання екстрагенітального характеру.

Середня тривалість перебування в стаціонарі у жінок обох груп практично не відрізнялась та становила  $(7,3 \pm 0,3)$  та  $(7,2 \pm 0,2)$  ліжко-дня відповідно ( $p > 0,05$ ).

#### Висновки

1. Поєднання міоми матки та вагітності є актуальною проблемою, що зумовлено зростанням частоти даної патології у жінок репродуктивного віку, а також її можливим негативним впливом на перебіг вагітності та пологів.

2. Найбільш ефективним методом лікування міоми матки є хірургічний, а тому усе більшої цінності набувають органозберігаючі операції при міомі матки, а саме консервативна міомектомія.

3. Дані проведеного дослідження свідчать про те, що консервативна міомектомія в анамнезі не призвела до збільшення ускладнень у перебізі вагітності у порівнянні з консервативним лікуванням міоми матки.

## Література

1. Фролова И.И. Лейомиома матки: морфология и вопросы этиопатогенеза / И.И. Фролова // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. — 2014. — Т. 3, № 4. — С. 76–79.
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. Адамян Л.В. Влияние объема и доступа при гистеректомии на психоэмоциональное состояние женщин / Л.В. Адамян, С.И. Аскольская, Т.А. Кудрякова и др. // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М., 2015. — С. 178–186
4. Феофилова М.А. Этиология и патогенез миомы матки, ее взаимосвязь с состоянием здоровья и репродуктивной функцией женщин (обзор литературы) / М.А. Феофилова, Е.И. Томарева, Д.В. Евдокимова // Вестник новых медицинских технологий. — 2017. — Т. 24, № 4. — С. 249–260.
5. Su W.H. Typical and atypical clinical presentation of uterine myomas / W.H. Su, We.L. Lee. M.H. Cheng // Journal of the Chinese Medical Association. — 2012. — Vol. 75. — P. 487-493.
6. Сидорова И.С. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста. / И.С. Сидорова, А.Л. Унанян, М.Б. Фгуув и др. // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2012. — №4. — С. 22-28.
7. Vines A.I. The association between self-reported major life events and the presence of uterine fibroids / A.I. Vines, M. Ta, D.A. Esserman // Women's Health Issues. — 2010. — Vol. 20. — P. 294-298
8. Wise L. Lifetime abuse victimization and risk of uterine leiomyomata in black women / L. Wise, J.R. Palmer, L. Rosenberg // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2013. — Vol. 208. — P. 272.
9. Буянова С.Н. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки / С.Н. Буянова, М.В. Мгелиашвили, С.А. Петракова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — Т.8. — №6. — С. 45-50.
10. Буянова С.Н. Современные аспекты роста миомы матки. / С.Н. Буянова, Н.В. Юдина // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2012. — Т. 12. — № 4. — С. 42-48.

11. Можейко Л.Ф. Исходы беременности и родов у женщин с миомой матки / Л.Ф. Можейко, М.Л. Лапотко, В. Карбанович // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2012. — №5. — С. 389-391.
12. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева. — М.: МЕД — пресс-информ, 2004. — 400 с
13. Коротких И.Н. Оценка репродуктивного здоровья женщин после консервативной миомэктомии / И.Н. Коротких, И.Ю. Кураносова // Журнал теоретической и практической медицины. — 2007. — Т. 5. — № 1. — С. 113—114.
14. Климанов А.Ю. Опыт лапароскопического органосохраняющего лечения при миоме матки / А.Ю. Климанов, А.А. Дубинин, М.Т. Тугушев // Проблемы репродукции. — 2009. — Специальный выпуск. — С. 107.
15. Chang K.M.. Fertility and pregnancy outcomes after uterine artery occlusion with or without myomectomy. / K.M. Chang, M.J. Chen, M.H. Lee // Taiwan J Obstet Gynecol. — 2012. — Vol.51 (3). — P.331-335.
16. Ищенко А.И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение / А. И. Ищенко, М. А. Ботвин, В. И. Ланчинский. — М.: Издательство дом Видар, 2010. — 6 — 9; 19 — 27 с.
17. Линде В.А. Миома матки и миомэктомия / В. А. Линде, М. С. Добровольский, Н. Н. Волков // — М., 2010. — С. 96.

### References

1. Frolova I.I. Uterine leiomyomas: morphology and etiopathogenesis. / I.I. Frolova // Issues of obstetrics, gynecology and perinatology. — 2014. — Т. 3, № 4. — P. 76-79.
2. Vikhlyayeva E. M. The strategy and tactics of managing patients with uterine myoma / E.M. Vikhlyayeva // Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists. — 2014. — № 3. — P. 21-23.
3. Adamyan L.V. The impact of volume and access during hysterectomy on the psycho-emotional state of women / L.V. Adamyan, S.I. Askolskaya, T.A. Kudryakova et al. // Laparoscope and hysteroscopy in the diagnosis and treatment of gynecological diseases. — М., 2015. — P. 178-186.
4. Feofilova M.A. Etiology and pathogenesis of uterine fibroids, its relationship with the state of health and the reproductive function of women (literature review) / M.A. Feofilova, Ye.I. Tomareva, D.V. Yevdokimova // Bulletin of new medical technologies. — 2017. — Т. 24, №4. — P. 249-260.

5. Su W.H. Typical and atypical clinical presentation of uterine myomas / W.H. Su, We.L. Lee. M.H. Cheng // Journal of the Chinese Medical Association. — 2012. — Vol. 75. — P. 487-493.
6. Sidorova I.S. The current state of the issue of the pathogenesis, clinic, diagnosis and treatment of uterine fibroids in women of reproductive age / I.S. Sidorova, A.L. Unanyan, M.B. Fguuv // Obstetrics, gynecology and reproduction. — 2012. — № 4. — P. 22-28.
7. Vines A.I. The association between self-reported major life events and the presence of uterine fibroids / A.I. Vines, M. Ta, D.A. Esserman // Women's Health Issues. — 2010. — Vol. 20. — P. 294-298
8. Wise L. Lifetime abuse victimization and risk of uterine leiomyomata in black women / L. Wise, J.R. Palmer, L. Rosenberg // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2013. — Vol. 208. — P. 272.
9. Buyanova S.N. Modern ideas about the etiology, pathogenesis and morphogenesis of uterine fibroids / S.N. Buyanova, M.V. Mgelishvili, S.A. Petrakova // Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist. — 2008. — T.8. — №6. — P. 45-50.
10. Buyanova S.N. Modern aspects of the growth of uterine fibroids / S.N. Buyanova, N.V. Yudina // Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist. — 2012. — T. 12. — № 4. — P. 42-48.
11. Mozheyko L.F. Based on pregnancy and childbirth in women with uterine myoma / L.F. Mozheyko, M.L. Lapotko // Reproductive health. Eastern Europe. — 2012. — №5. — p. 389-391.
12. Vikhlyayeva E.M. Guidelines for the diagnosis and treatment of uterine leiomyoma / EM. Vikhlyayeva. — M.: MED — press-inform, 2004. — 400 p.
13. Korotkikh I.N. Evaluation of women's reproductive health after conservative myomectomy / I.N. Korotkikh, I.Yu. Kuranosova // Journal of theoretical and practical medicine. — 2007. — T. 5. — № 1. — P. 113—114.
14. Klimanov A. Yu. Experience of laparoscopic organ preservation treatment for uterine myoma / A.Yu. Klimanov, A.A. Dubinin, M.T. Tugushev // Reproduction problems. — 2009.- Special Edition. — P. 107.
15. Chang K.M.. Fertility and pregnancy outcomes after uterine artery occlusion with or without myomectomy. / K.M. Chang, M.J. Chen, M.H. Lee // Taiwan J Obstet Gynecol. — 2012. — Vol.51 (3). — P. 331-335.
16. Ishchenko A.I. Uterine myoma: etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment / A. I. Ishchenko, M. A. Botvin, V. I. Lanchinsky. — M.: Publishing House Vidar, 2010. — 6-9, 19-27 p.



17. Linde V.A. Uterine myoma and myomectomy / V. A. Linde, M. S. Dobrovolsky, N. N. Volkov // — M., 2010. — P. 96.