

Клинико-анамнестические особенности женщин с миомой матки, планирующих беременность после миомэктомии

В.А.Хорольский
Краевая клиническая больница №2,
Перинатальный центр, Краснодар

Составлен клинико-социальный портрет женщин Краснодарского края фертильного возраста, планирующих беременность, после лапароскопической миомэктомии. Обследовано 300 женщин, проведен анализ зависимости частоты обращения женщины для прекоцепционного консультирования и ее отдельных социальных характеристик.

Ключевые слова: миома матки, лапароскопическая миомэктомия, прекоцепционное консультирование.

Clinical and Anamnestic Characteristics of Women with Uterine Fibroids Who Are Planning Pregnancy after Myomectomy

V.A.Khorolsky
Regional Clinical Hospital No.2, Perinatal
Center, Krasnodar

A clinical-social portrait of women of the Krasnodar Territory of fertile age planning pregnancy after laparoscopic myomectomy is made. A total of 300 women were examined and an analysis was made of the dependence of the woman's frequency of pre-conceptual counseling and her individual social characteristics.

Keywords: uterine fibroid, laparoscopic myomectomy, preconception counseling.

Миома матки (ММ) преимущественно выявляется у женщин фертильного возраста [1, 2]. Размеры, локализация, характер роста и клиническая симптоматика могут явиться показанием для фармакологического или хирургического лечения ММ [3–6]. Несмотря на приоритетность органосохраняющего лечения ММ [1, 5], невозможно гарантировано предупредить повторный рост ММ.

Наличие ММ в фертильном возрасте требует индивидуальных подходов к планированию беременности.

Несмотря на наличие рекомендаций по прекоцепционной подготовке у женщин [4, 7–9], единых клинических протоколов по прегравидарной и пре-

концепционной подготовке у женщин с ММ, тем более с рубцом на матке после миомэктомии, нет.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинико-анамнестических особенностей женщин с ММ, планирующих беременность после миомэктомии.

Материал и методы

Исследование проводилось в период с 2012 по июнь 2014 гг. на клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС КубГМУ – в перинатальном центре Краевой клинической больницы №2 (ККБ№2).

В Краснодарском крае за период 2012–2014 гг. под диспансерным наблюдением акушера-гинеколога (табл. 1) находилось 3 978 863 женщин фертильного возраста. Доля женщин с бесплодием составила 0,28%, с миомой матки – 1,32%. При оценке особенностей хирургического лечения ММ выяснилось, что частота выполнения надвлагалищной ампутации матки более, чем в 4,44 выше, чем миомэктомии.

Выяснилось, что частота беременности, наступившей у женщин после лечения ММ, крайне вариabельна, и по всей вероятности, зависит от различий в учете данных. Так, при анализе частоты спонтанно наступившей беременности в 22 районах КК были получены данные от 0,41% до 90%.

Частота применения различных фармакопрепаратов и их последовательной комбинации для лечения ММ в Краснодарском крае оказалась следующей: агонисты гонадолиберина – в 88%, КОК – в 80%, дюфастон – в 64%, визанну – в 48%, левоноргестел-ВМС – в 32%, эсмию – в 16%, 17-ОПК – в 16%, норколут – в 12%, мифепристон – в 8%.

Сведений о частоте прегравидарной и прекоцепционной подготовки у жительниц краснодарского края, о ее длительности и принципах нет.

Было проведено проспективное нерандомизированное контролируемое когортное исследование женщин с ММ, планирующих беременность после миомэктомии лапароскопическим доступом. Женщины были распределены на две клинические группы в зависимости от того, обращались они за прегравидарным и прекоцепционным консультированием.

В группу I (n=150) включались женщины, которым после миомэктомии проводилась антирецидивная терапия в послеоперационном периоде, и в течение не менее 12 мес были назначены КОК с целью контрацепции («свежий» рубец на матке после миомэктомии), регенерации и реабилитации миометрия.

В Группу II (n=150) включались женщины уже с наступившей спонтанной беременностью, которым не проводилась по разным причинам прегравидарная и прекоцепционная подготовка.

Для статистического анализа полученных результатов исследования использовались статистические пакеты Statistica 12.0, Microsoft Excel 2007. Рассчитывались: числовые характеристики вариационного ряда (N – число женщин; M – среднее значение (mean), Me – медиана, m – стандартная ошибка среднего; SD – стандартное отклонение, достоверность различных выборок (p) по t – критерию Стьюдента (для числа степеней свободы f=298, критическое значение t-критерия Стьюдента – 1,972 при уровне значимости $\alpha=0,05$).

Результаты исследования

Средний возраст женщин, включенных в настоящее исследование, составил $29,62 \pm 0,24$ лет, однако в исследование были включены женщины от 21 до

Число женщин	Годы		
	2012	2013	2014
Число женщин фертильного возраста	1329678	1322304	1326881
Число женщин с бесплодием (Код по МКБХ: N97)			
Всего	5420	6034	6311
С диагнозом, установленным впервые в жизни	2010	2325	2614
Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года	3403	3728	3873
Число женщин с ММ (Код по МКБ Х: D25) на учете в ЖК			
Состоит на учете в ЖК	18457	17465	16476
Из них впервые взяты на учет	5766	5760	5949
Число женщин с хирургическим лечение ММ			
Надвлагалищная ампутация матки	1955	2370	1945
Миомэктомия	332	644	435

Параметр	N	%	M	Me	Min	Max	SD	m
Возраст	300	100,0	29,62	29	21,0	40,0	4,18187	0,241440
Характеристика удаленных миоматозных узлов								
Длительность заболевания ММ, годы	300	100,0	3,50667	3	0,0	15,0	2,71930	0,156999
Возраст впервые выявленной ММ, годы	300	100,0	26,07	26	20,0	34,0	2,64609	0,152772
Количество удаленных узлов	300	100,0	1,4	10	1,0	5,0	0,64916	0,037479
Субсерозная локализация, количество узлов	43	14,3333	1,04651	1	1,0	3,0	0,30500	0,046512
Субсерозно-интерстициальная локализация, количество узлов	276	92,0	1,11957	1,0	1,0	3,0	0,33604	0,020227
Интерстициальная локализация, количество узлов	59	19,6667	1,11864	1,0	1,0	2,0	0,32614	0,042460
Размер максимального удаленного доминантного узла, мм	195	65,0	55,56923	50,0	25,0	150,0	23,14564	1,657494
Максимальный размер узла, оставшегося после миомэктомии, мм	150	50,0	15,81333	15,0	11,0	22,0	2,68325	0,219086
Количество оставшихся после миомэктомии узлов	150	50,0	2,24667	2,0	1,0	5,0	1,01622	0,082974
Количество оставшихся узлов через 6 мес после миомэктомии	150	50,0	0,91333	1,0	0,0	4,0	0,67493	0,055108
Максимальный размер оставшихся через 6 мес миоматозных узлов (на фоне последующего приема КОК)	150	50,0	8,94	11,0	0,0	22,0	5,49219	0,448436
Репродуктивный анамнез								
Число абортов	300	100,0	1,09667	1,0	0,0	4,0	0,98177	0,056682
Число родов в анамнезе	300	100,0	0,34667	0,0	0,0	1,0	0,47670	0,027522
Выкидыши	32	10,6667	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,00
Срок беременности при выкидыше	32	10,6667	7,0	7,0	5,0	11,0	1,27000	0,224507
Неразвивающаяся беременность	26	8,6667	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
Количество фертильных циклов после прекращения приема КОК до наступления беременности	300	100,0	3,99333	3,0	1,0	12,0	2,18231	0,125996
Возраст рубца после миомэктомии до наступления беременности, мес	147	49,0	15,93878	16,0	12,0	22,0	1,83656	0,151477
Особенности настоящей беременности								
На сколько увеличился миоматозный узел, мм	150	50,0	3,9	0,0	0,0	50,0	9,76004	0,796904

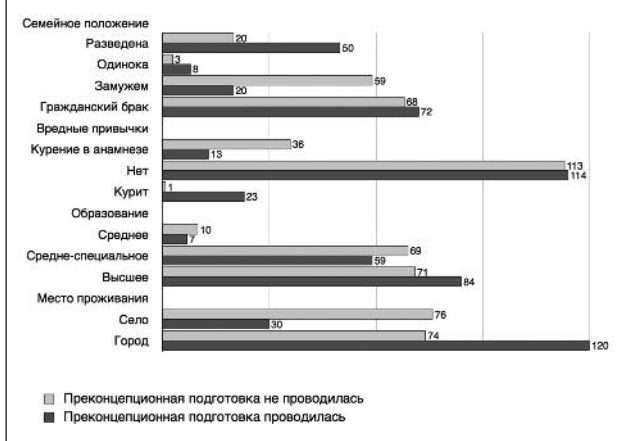
40 лет (табл. 2). Минимальный возраст женщин с впервые выявленной ММ мог составлять 20 лет, а у некоторых женщин длительность заболевания ММ могла достигать 15 лет. Несмотря на проведенную миомэктомию, у женщин группы II отсутствовала медицинская документация, согласно которой представлено о количестве удаленных миоматозных узлов, их размерах, локализации, способах восстановления дефекта миометрия после удаления узлов, наложения швов и т.д. Таким образом, данные сведения, приведенные в табл. 2, относятся только к женщинам группы I.

Заслуживает внимания тот факт, что количество фертильных циклов составило $4,0 \pm 0,13$. При этом у ряда женщин группы II беременность наступила в течение первых 6 мес после миомэктомии, у одной женщины – в последующем после миомэктомии менструальном цикле.

Для женщин группы I возраст рубца после миомэктомии до наступления беременности составил $15,94 \pm 0,15$ (Me=16, SD=1,85, Min–Max=12,0–22,0) мес.

При сравнительной оценке социальных характеристик женщин в зависимости от проведения прекоцепционного консультирования определены отличия (см. рисунок). Оказалось, что среди женщин

Рис. 1. Отличительные социальные характеристики женщин, получавших и не получавших прекоцепционное консультирование после миомэктомии



группы I жительниц города было значительно больше ($n=120$), чем у женщин группы II ($n=74$), ($\chi^2=30,869$; $p<0,01$). Не выявлено достоверного отличия в числе женщин группы I и группы II с высшим образованием ($n=84$ vs. $n=71$, $\chi^2=2,256$; $p>0,05$). Курение было достоверно чаще выявлено у женщин группы I ($n=23$), чем у женщин группы II ($n=1$) ($\chi^2=21,920$; $p<0,01$), что требует дополнительного изучения. Однако число женщин с курением в анамнезе было выявлено с большей частотой у женщин группы II ($n=36$), чем в группе I ($n=13$, $t=3,67$, $p<0,05$).

Так же представляют интерес полученные данные о том, что среди женщин группы II замужних женщин было больше ($n=59$), чем в группе I ($n=20$) ($26,136$; $p<0,01$). Если число женщин, находящихся в гражданском браке было сопоставимо у женщин группы I и группы II ($n=72$ и $n=68$, соответственно), то разведенных женщин было достоверно больше в группе I ($n=50$, $t=4,21$, $p<0,05$), чем в группе II ($n=20$).

Таким образом, в настоящем исследовании была установлена значимость некоторых клинико-социальных характеристик у женщин фертильного возраста, планирующих беременность после лапароскопической миомэктомии. Отсутствие прекоцепционного консультирования у данных женщин сопряжено с проживанием в сельской местности, что требует внедрения в амбулаторно-поликлиническую службу мероприятий современных методов обследования, дистанционного консультирования или направления для обследования в территориальные центры. Известно, что наступление беременности в течение 6–12 мес после миомэктомии чревато высокими рисками невынашивания беременности,

аномалией прикрепления плаценты, несостоятельности рубца на матке, разрывом матки в родах и др. Информирование женщин в раннем послеоперационном периоде о необходимости контрацепции, выполнения рекомендаций врача по реабилитационному и антирецидивному лечению является мерой сохранения фертильности женщины, улучшения прогноза исходов последующих беременностей матери и плода.

Литература

1. Адамьян Л.В. и др. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных /Под ред. Л.В.Адамьян (проект). М.: 2014; 100. / Adamjan L.V. i dr. Mioma матки: diagnostika, lechenie i reabilitacija. Klinicheskie rekomendacii po vedeniju bol'nyh /Pod red. L.V.Adamjan (proekt). M.: 2014; 100. [in Russian]
2. Адамьян Л.В., Козаченко А.В., Ревазова З.В. Новые подходы к медикаментозному лечению симптомной миомы матки (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2013; 3: 21–23. / Adamjan L.V., Kozachenko A.V., Revazova Z.V. Novye podhody k medikamentoznomu lecheniju simptomnoj miomy матки (obzor literatury). Problemy reprodukcii. 2013; 3: 21–23. [in Russian]
3. Зацепин А.В., Новикова В. А., Васина И.Б. Сравнение эффективности фармакологических методов антирецидивного лечения миомы матки после консервативной миомэктомии. Кубанский научный медицинский вестник 2012; 2 (131):88–92. / Zacepin A.V., Novikova V. A., Vasina I.B. Sravnenie jeffektivnosti farmakologicheskikh metodov antirecidivnogo lechenija miomy матки после konservativnoj miomjektomii. Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik 2012; 2 (131):88–92. [in Russian]
4. Краснополский В.И., Логутова Л.С., Зароченцева Н.В. и др. Прекоцепционная подготовка женщин с невынашиванием беременности и хроническим эндометритом (учебное пособие). СПб.: 2014; 31. / Krasnopol'skij V.I., Logutova L.S., Zarochenceva N.V. i dr. Prekoncepcionnaja podgotovka zhenshhin s nevyshivaniem beremennosti i hronicheskim jendometritom (uchebnoe posobie). SPb.: 2014; 31. [in Russian]
5. Кулаков В.И. Гинекология: национальное руководство/ под ред. В.И.Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 1072. / Kulakov V.I. Ginekologija: nacional'noe rukovodstvo/ pod. red. V.I.Kulakova, I.B. Manuhina, G.M. Savel'evoj. M.: GJeOTAR-Media, 2009; 1072. [in Russian]
6. Тихомиров А.Л. Новые возможности патогенетической терапии миомы матки. Гинекология. 2013; 3: 67–70. / Tihomirov A.L. Novye vozmozhnosti patogeneticheskoj terapii miomy матки. Ginekologija. 2013; 3: 67–70. [in Russian]
7. Bialystok L., Poole N., Greaves L. Preconception care. Canadian Family Physician. 2013; 59: 1037–1039.
8. Chandranipapongse W., Koren G. Preconception counseling for preventable risks. Canadian Family Physician. 2013; 59: 237–239.
9. Mavrelis D. et al. The natural history of fibroids. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010; 35: 238–242.

Сведения об авторе:

Хорольский Вадим Александрович – к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии, заведующий родильным отделением, Краевая клиническая больница № 2, Перинатальный центр, Краснодар