

РЕПРОДУКТИВНИЙ АНАМНЕЗ ЖІНОК ІЗ ЕНДОМЕТРІОЇДНОЮ ХВОРОБОЮ ТА РИЗИКИ ІНТРАПАРТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

ГАЛИЧ С.Р., КАЛАНЖОВА О.М., ЧУЄВА Т.П.

м. Одеса

Ендометріоїдна хвороба (ЕХ) впродовж багатьох десятиріч традиційно вважалася актуальною, переважно «гінекологічною» проблемою. Однак сучасна тенденція до зростання частоти захворювання серед жінок фертильного віку на 6-10% та значні успіхи, досягнуті науково-практичною спільнотою у його лікуванні, спонукали до вирішення низки виключно «акушерських» проблем цієї патології [1, 2, 4, 5, 7, 8]. Практика показала, що наслідком успішного прегравідарного лікування ЕХ завжди є настання вагітності високого ризику, що на шляху до відновлення у таких пацієнток репродуктивної функції є лише першим кроком, за яким постають завдання забезпечення виношування і народження здорової дитини [3, 6]. Малочислені публікації щодо особливостей ведення вагітності у жінок із ЕХ поєднуються практично повною відсутністю відомостей щодо особливостей розродження таких пацієнток, що диктує необхідність визначення провідних чинників ризику інтрапартальних ускладнень у них з подальшою розробкою адекватних, науково обґрунтованих рекомендацій по їх розродженню.

Метою даного дослідження було визначити особливості репродуктивного анамнезу пацієнток із ЕХ з позицій ризику інтрапартальних ускладнень.

Матеріали та методи дослідження

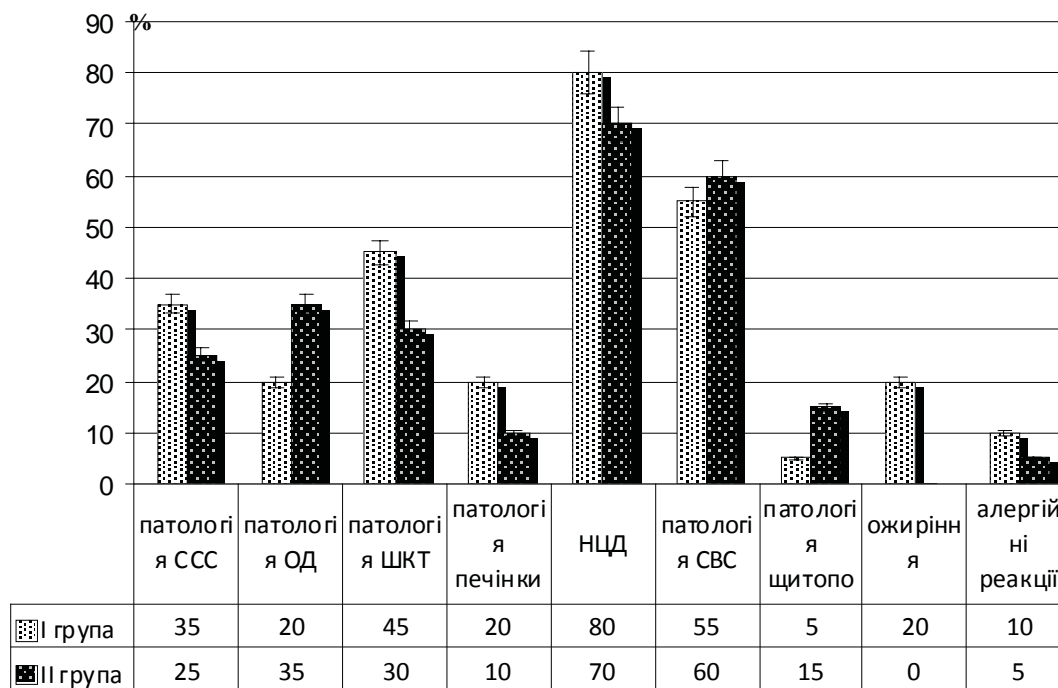
Проаналізовані 40 індивідуальних карт та історій пологів пацієнток із ЕХ, які народжували в КУ «Пологовий будинок №1» міста Одеси в 2007–2012 рр. Досліджувані були розподілені на 2 групи. До I групи увійшли 20 пацієнток, яким здійснювалось передгравідарне лікування ЕХ I та II ступенів тяжкості за класифікацією Американської асоціації фертильності (American Fertility Society - AFS, 1997) [7]. До II групи - 20 пацієнток, які мали розповсюджені форми ЕХ III та IV ступенем тяжкості (по 10 жінок в кожній групі). Ретельно вивчався гінекологічний, репродуктивний та соматичний анамнез.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням методів параметричної та непараметричної статистики в програмах Excel і Statistica. Для оцінки достовірності відмінностей показників застосовували t-критерій Стьюдента. Відмінності вважалися достовірними при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення

Відповідно до мети і завдань роботи добір пацієнток здійснювався із дотриманням принципу рандомізації. Критеріями включення до груп було настання спонтанної одноплідної вагітності після передгравідарного лікування безпліддя, обумовленого ЕХ. Середній вік обстежених жінок достовірно не розрізнявся і становив у пацієнток I групи $(27,84 \pm 0,36)$ років, у II групі – $(28,03 \pm 0,11)$ років ($p > 0,05$). Серед жінок із ЕХ в анамнезі, незалежно від ступеня тяжкості захворювання, переважали пацієнтки старшого репродуктивного віку - 28–33 роки (55,0 та 45,0%) ($p > 0,05$) та 34–39 років (I – 35,0%; II – 40,0%).

При оцінці стану соматичного здоров'я жінок з ЕХ було встановлено, що найчастіше у них діагностувалася нейроциркуляторна дистонія за різними типами (80% та 70%) та захворювання сечовивідної системи (55% та 60%). Гастроентерологічна патологія (65% та 40%) була представлена захворюваннями шлунково-кишкового тракту (45% та 30%) та патологією печінки і жовчовивідних шляхів (20% та 10%). Ураження серцево-судинної системи мали (35% та 25%) пацієнток, захворювання органів дихання (20 та 35%), ожиріння (20,0%), патологія щитоподібної залози (5% та 15%), алергійні реакції (10% та 5%) (рис.1). Соматичні захворювання перебували в стадії ремісії та не загострювались під час вагітності.



ССС – серцево-судинна система

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

НЦД – нейроциркуляторна дистонія

ОД – органи дихання

ЖВП – жовчовивідні шляхи

СВС – сечовивідна система

Рис.1 Структура екстрагенітальних захворювань у обстежених жінок

Гінекологічний анамнез у вагітних із ЕХ здебільшого був обтяжений патологією запального походження (таблиця 1).

Таблиця 1

Гінекологічна патологія у обстежуваних жінок

Гінекологічна патологія	Групи			
	I група (n=20)		II група (n=20)	
	абс.	%	абс.	%
Запальні захворювання піхви	16	80,0	17	85,0
Хронічні запальні захворювання органів малого таза	13	65,0	19	95,0
Патологічні зміни шийки матки	9	45,0	14	70,0

Вивчення характеру становлення менструальної функції (табл. 2) показало, що у переважної кількості досліджуваних (57,5%) менархе з'явилося у віці 12–14 років. Пізніше менархе (25%) реєструвалося однаково часто у жінок із ЕХ в обох групах дослідження ($p > 0,05$). Збільшення тривалості менструального циклу (більше 30 днів) виявлено у 25% випадків і було характерним виключно для пацієнток II групи. Гіперменструальний синдром мав місце у 75% пацієнток (тривалість 5–7 днів – 57,5%, подовження менструальних кровотеч – 35%). Скочення менструальних кровотеч зареєстровано лише серед пацієнток II групи (15%). Регулярний менструальний цикл одразу встановився у 10% досліджуваних жінок.

Таблиця 2

Характеристика менструальної функції у досліджуваних жінок

Особливості менструальної функції	I група (n=20)		II група (n=20)		Усього (n=40)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Менархе:						
до 11 років	4	20,0	3	15,0	7	17,5
12-14 років	11	55,0	12	60,0	23	57,5
після 15 років	5	25,0	5	25,0	10	25,0
Тривалість менструального циклу						
21–27 днів	4	20,0	1	5,0	5	12,5
28–30 днів	16	80,0	14	70,0	30	75,0
>30 днів	0	0	5	25,0	5	12,5
Тривалість менструації						
до 4 днів	0	0	3	15,0	3	7,5
5–7 днів	13	65,0	10	50,0	23	57,5
>7 днів	7	35,0	7	35,0	14	35,0
Встановлення циклу						
одразу	3	15,0	1	5,0	4	10,0
протягом року	17	85,0	19	95,0	36	90,0
Менструації						
рясні	17	85,0	11	55,0	28	70,0
помірні	3	15,0	5	25,0	8	20,0
мізерні	0	0	4	20,0	4	10,0

У вагітних, які перенесли передгравідарне лікування ЕХ, безплідність тривала від 1,5 до 17 років – у середньому ($5,1 \pm 1,6$) років (табл. 3).

Таблиця 3

Вплив ступеня ЕХ на порушення репродуктивної функції досліджуваних пацієнток

Вид безплідності	Стадія захворювання									
	I (n=11)		II (n=9)		III (n=14)		IV (n=6)		Всього (n=40)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первинна	9	81,8	7	77,8	5	35,7	2	33,3	23	57,5
Вторинна	2	18,2	2	22,2	9	64,3	4	66,7	17	42,5

Серед досліджуваних пацієнток із ЕХ в анамнезі кількість жінок із первинною безплідністю сягала 23 (57,5%) і достовірно перевищувала кількість пацієнток із вторинною безплідністю – 17 (42,5%) ($p < 0,05$). У більшості жінок первинна безплідність була обумовлена легким і середнім ступенем розповсюдженості ендометріозу: I – 9 (81,8%) і II – 7 (77,8%). Тоді як у пацієнток із ЕХ III та IV ступенів превалювала здебільшого частота вторинного безпліддя: 9 (64,3%) та 4 (66,7%) випадків відповідно ($p < 0,05$). У пацієнток із найтяжчою формою ЕХ (IV ступінь) частота вторинної безплідності 4 (66,7%) реєструвалася вдвічі більше ніж безплідність первинна – 2 (33,3%) ($p < 0,05$). Серед жінок із вторинною безплідністю у 12 (30%) осіб в анамнезі були пологи, у 15 (37,5%) – артифіціальні аборти, у 8 (20%) – мимовільні аборти в терміні до 12 тиж., у 6 (15,0%) – аборти, що не відбулися, в терміні 5–9 тиж. Чоловічий чинник безплідності був виключений у всіх досліджуваних обох груп.

Усі варіанти лапароскопічних хірургічних втручань, використаних у лікуванні ЕХ на передгравідарному етапі представлені у таблиці 4.

Таблиця 4

Варіанти лапароскопічних хірургічних втручань серед досліджуваних

Вид лапароскопічних операцій	Кількість пацієнтів	
	абс.	%
Екцизія ендометріюїдних гетеротопій	26	65,0
Енуклеація ендометріом	17	42,5
Оваріотомія з коагуляцією стінок ендометріом	21	52,5
Резекція яєчника	13	32,5
Адгезіолізис	34	85,0
Загалом	40	100

Передгравідарне двохетапне комбіноване лікування ЕХ, поєднане з гормономодулюючою терапією та лапароскопічним хірургічним втручанням, отримали виключно жінки II групи із III та IV ступенем захворювання (табл. 5). Частота використання гормонотерапії у до- та післяопераційному періодах істотно не відрізнялася та становила 12 (60%) і 8 (40%) клінічних випадків відповідно ($p > 0,05$).

Таблиця 5

Особливості використання гормонотерапії під час лікування ЕХ у передгравідарному періоді

Гормонотерапія	III стадія ЗГЕ (n=14)		IV стадія ЗГЕ (n=6)		Усього (n=20)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Доопераційна	8	40,0	4	20,0	12	60,0
Післяопераційна	6	30,0	2	10,0	8	40,0

Передгравідарне гормональне лікування полягало у використанні жінками II групи до або після операції в безперервному режимі протягом 3–6 міс. одного з препаратів: депо-провера – 4 (20%); декапептилу депо – 9 (45%); золадексу – 4 (20%) чи бусереліну – 3 (15%).

У пацієнок I групи бажана вагітність наставала найчастіше в перші 6 міс. після передгравідарного лікування ЕХ: 8 (72,7%) випадків – у пацієнок із I ступенем тяжкості захворювання та 6 (66,7%) випадків – серед жінок із II ступенем тяжкості ЕХ. Наші результати відповідають даним, отриманим більшістю інших авторів стосовно перших 6 місяців як найбільш сприятливого терміну для настання вагітності при лікуванні безплідності, асоційованої з ендометріозом [4, 5, 8]. У зазначений термін серед жінок із I ступенем тяжкості ЕХ в анамнезі вагітність наставала в 2,5 рази частіше – 8 (72,7%), ніж у наступні півроку – 3 (27,3%). Для пацієнок із II і III ступенем захворювання перші 6 міс. також були найсприятливішими відносно частоти настання бажаної вагітності – 6 (66,7%) та 8 (57,1%) відповідно. Впродовж наступного півроку показник частоти настання вагітності у таких пацієнок продовжував свідчити про ефективне лікування безплідності, асоційованої з ЕХ, але як серед жінок із II ступенем захворювання – 2 (22,2%), так і з III – 5 (35,7%) його значення достовірно зменшилися ($p < 0,05$). Частота настання вагітності у представниць із IV ступенем захворювання у перші 6 міс. та впродовж наступного року не розрізнялась і становила 2 (33,3%) випадки ($p > 0,05$).

Лапаротомічні операції додатково обтяжували анамнез 8 (40%) вагітних I групи та 11 (55%) жінок II групи. Так, в I групі у 2 (10%) жінок настанню теперішньої вагітності передувала тубектомія з приводу порушеної трубної вагітності, апендектомія визначалася в анамнезі у 5 (25%) вагітних, а попередні пологи шляхом кесаревого розтину – у 3 (15%)

пацієнок. Серед оперативних втручань, що передували настанню вагітності у пацієнок з ЕХ в II групі визначалися холецистектомія – 4 (20%) та апендектомія – 7 (35%), 7 (35%) жінок зазначеної групи мали оперативне розродження в анамнезі.

Висновки

1. Отримані дані дозволяють стверджувати, що пацієнтки з ендометріюїдною хворобою в анамнезі здійснюють свої репродуктивні наміри здебільшого у зрілому віці: 28–33 роки (у I групі – 55%, у II групі – 45%); 34–39 років (у I групі – 35%, у II групі – 40%) ($p>0,05$).
2. Оцінка стану соматичного здоров'я пацієнок із ендометріюїдною хворобою в анамнезі демонструє значне його обтяження екстрагенітальними захворюваннями, питома вага яких перевищує середні популяційні показники, виглядає несприятливою основою для плацентації та подальшого розвитку фето-плацентарного комплексу.
3. Становленню менструальної функції більшості з числа пацієнок із ендометріюїдною хворобою притаманна первинна дисфункція репродуктивної системи, що полягало у тривалому встановленні менструального циклу (відповідно 55% та 60%) та наявності гіперменструального синдрому (80% та 70%) ($p>0,05$).
4. До несприятливих чинників ризику виникнення інтрапартальних ускладнень слід віднести гінекологічний анамнез пацієнок із ендометріюїдною хворобою, обтяжений здебільшого патологією інфекційно-запального характеру (80% та 95%) ($p>0,05$).
5. Застосування передгравідарної гормонотерапії потребує подальшого ретельного вивчення ендокринного профілю гестаційної адаптації та передпартальної регуляції у таких пацієнок, з метою прогнозування та попередження у них інтрапартальних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Галич С. Р. Особливості перебігу вагітності та розродження жінок після ендоскопічних хірургічних втручань з приводу безпліддя / С. Р. Галич, І. В. Шпак, І. О. Четверікова // Всеукр. конф. з ендоскопічної хірургії : матеріали. – Одеса, 2003. – С. 36–38.
2. Запорожан В. М. Оперативна гінекологія / В. М. Запорожан. – Одеса : Одеський медуніверситет, 2006. – 447 с.
3. Особенности клинического течения беременности и родов, морфологическая картина послета у женщин, пролеченных ранее по поводу генитального эндометриоза / Л. В. Боровкова, Т. С. Качалина, Т. В. Панова, Т. В. Сумина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – № 2. – С. 33–38.
4. Перспективи ендохірургії в гінекології / В. М. Запорожан, І. З. Гладчук, Н. М. Рожковська [та ін.] // Вісник наукових досліджень. – 2002. – № 2 (додаток). – С. 10–12.
5. Репродуктивна функція у хворих із генітальним ендометріозом / Л. І. Іванюта, С. О. Іванюта, О. Д. Дубенко, І. І. Ракша // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 1. – С. 179–180.
6. Татарчук Т. Ф. Проблема эндометриоза в аспекте прегравидарной подготовки / Т. Ф. Татарчук, Н. Ф. Захаренко, В. П. Ковбасий // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3. – С. 13–16.
7. Laparoscopic surgery for endometriosis: How often do we need to re-operate? / Y. Cheong, P. Tay, F. Luk [et al.] // Journal of obstetrics and gynaecology. – 2008. – Vol. 28, № 1. – P. 82–85.
8. Szamatowicz M. Endometriosis–still an enigmatic disease. What are the causes, how to diagnose it and how to treat successfully? / M. Szamatowicz // Gynecological endocrinology. – 2008. – Vol. 24, № 10. – P. 535–536.