

Перебіг вагітності і розродження у жінок з рубцем на матці після міомектомії із застосуванням ендоскопічних технологій

М.Л. Кузьоменська, С.Л. Чирва

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: вивчення особливостей відновлення репродуктивної функції, перебігу вагітності і розродження у жінок з рубцем на матці після міомектомії із застосуванням ендоскопічних технологій.

Матеріали та методи. Дослідження проводили у три етапи. На першому етапі проаналізовано перебіг післяопераційного періоду після міомектомії у 180 жінок репродуктивного віку, з яких 80 хворим (1-а група) виконано лапаротомічну міомектомію з ушиванням ложа міоми двоярядними синтетичними швами; 50 пацієнткам (2-а група) – лапароскопічну міомектомію із ушиванням ложа двоярядними синтетичними швами і 50 жінкам (3-я група) – лапароскопічну міомектомію з біполярною коагуляцією ложа. На другому етапі, через 6 міс після хірургічного лікування, всі пацієнтки були обстежені для виключення ознак неповноцінності рубця міометрія і прогнозування можливості ведення пологів природними шляхами. Діагностичний комплекс включав ультразвукове дослідження (УЗД), гістероскопію і гістеросальпінгографію. Протягом третього етапу проаналізовано перебіг вагітності та спосіб розродження у 115 (63,8%) жінок зі 180, у яких бажана вагітність настала в інтервалі від 6 міс до 5 років.

Результати. Аналіз післяопераційного періоду засвідчив, що застосування електрокоагуляції погіршує його перебіг. Так, у 12% пацієнток 3-ї групи протягом 6 діб зберігався субфебрилітет, що більше у 3,2 разу, ніж у 1-й, та у 3 рази, ніж у 2-й групах. Достовірно вищими у 3-й групі також були показники ШОЕ і лейкоцитарного індексу. На фоні збільшення кількості лейкоцитів у пацієнток 3-ї групи також відзначено несприятливе формування рубця, що проявлялося у формі більшої відносної площі судинного компонента.

На межі міометрія і рубця після міомектомії лейкоцитарні інфільтрати було знайдено у 18,2% пацієнток 1-ї групи та у 30,7% – 2-ї групи, а після коагуляції ложа – у 100%. Тому пологи природними шляхами доцільно планувати у пацієнток після міомектомії з ушиванням стінки матки незалежно від оперативного доступу. Проте відзначено деякі переваги лапароскопічного доступу з коагуляцією ложа – найменша тривалість операції та менший обсяг інтраопераційної крововтрати.

Після прегравідарного проведення комплексу діагностичних маніпуляцій у 47 вагітних зі 115 виявлені ознаки неповноцінності рубця на матці після міомектомії, що стало показанням до проведення планового кесарева розтину (КР). Але частота виявлення неповноцінного рубця була різною у кожній групі: у 1-й і 2-й групах плановий КР виконано кожній четвертій жінці, у 3-й групі – вже кожній другій. Ці дані свідчать про несприятливий вплив лапароскопічної коагуляції ложа міоми на заживання рубця міометрія.

У структурі показань до екстреного КР у всіх порівняльних групах превалювання аномалії пологової діяльності. Причому у 3-й групі цей факт повністю був пов'язаний із загрозою розриву матки і «розповзання» рубця, у той час як у роділь 1-й і 2-й груп – майже у 2 рази рідше.

У 35 пацієнток з рубцем на матці після міомектомії відбулися самовільні термінові пологи живими доношеними дітьми без асфіксії, з них – у 18 роділь 1-ї групи та у 15 – 2-ї групи, і тільки 2 жінки з 3-ї групи народили *per vias naturalis*.

Заключення. Спосіб проведення міомектомії не впливає у майбутньому на настання і перебіг вагітності, але має значення для спроможності самовільних пологів. У жінок, які не виконали репродуктивної програми, необхідно ушивати стінки матки при міомектомії незалежно від доступу.

Електрокоагуляція ложа після видалення міоми зумовлює підвищення частоти загрозового розриву матки у 2 рази. Вирішальну роль у веденні пологів з рубцем міометрія відіграє не товщина нижнього сегмента, а наявність клінічних проявів його неспроможності (локальна болісність нижнього сегмента матки, кров'янисті виділення зі статевих шляхів, гіпоксія плода).

Ключові слова: міома матки, міомектомія, ушивання ложа, електрокоагуляція, вагітність, рубець на матці.

The course of pregnancy and childbirth in women with a scar on the uterus after myomectomy using endoscopic technologies

M.L. Kuzomenska, S.L. Chyrva

The objective: to study the features of the restoration of reproductive function, the course of pregnancy and childbirth in women with a scar on the uterus after myomectomy using endoscopic technologies.

Materials and methods. The study was conducted in three stages. At the first stage, the course of the postoperative period after myomectomy in 180 women of reproductive age was analyzed, of which 80 patients (1 group) underwent laparotomy myomectomy with suturing of the bed with two-row synthetic sutures; 50 patients (2 group) – laparoscopic myomectomy with suturing of the bed with two-row synthetic sutures and 50 women (3 group) – laparoscopic myomectomy with bipolar coagulation of the bed.

In the second stage, 6 months after surgery, all patients were examined to rule out signs of inferiority of the myometrial scar and predict the possibility of natural childbirth. The diagnostic complex included ultrasound (US), hysteroscopy and hysterosalpingography. During the third stage, the course of pregnancy and the method of delivery in 115 (63,8%) women out of 180 in whom the desired pregnancy occurred in the range from 6 months to 5 years were analyzed.

Results. Analysis of the postoperative period showed that the use of electrocoagulation worsens its course. So, in 12% of patients in group 3, subfebrile condition persisted for 6 days, which is 3.2 times more than in 1, and 3 times more than in 2 groups. ESR and

leukocyte index were also significantly higher in 3 group. Against the background of an increase in leukocytes in patients of 3 group, unfavorable scar formation was also observed, which manifested itself in the form of a larger relative area of the vascular component. At the border of the myometrium and scar after myomectomy, leukocyte infiltrates were found in 18,2% of patients in 1 group and in 30,7% in 2 group, and after coagulation of the bed – in 100%. Therefore, it is advisable to plan natural childbirth in patients after myomectomy with suturing of the uterine wall, regardless of surgical access. However, there are some advantages of laparoscopic access with coagulation of the bed – the shortest duration of the operation and less intraoperative blood loss.

After pre-pregnancy complex of diagnostic manipulations in 47 pregnant women out of 115 revealed signs of inferiority of the scar on the uterus after myomectomy, which was an indication for routine caesarean section (CS). But the frequency of detection of a defective scar was different in each group: in 1 groups and 2, the planned CS was performed for every fourth woman, in 3 group - for every second. These data indicate an adverse effect of laparoscopic coagulation of the fibroid bed on the healing of the myometrial scar.

In the structure of indications for emergency CS in all comparative groups prevailed anomalies of labor, and in 3 group this fact was entirely associated with the threat of uterine rupture and scarring, while in parturients 1 and 2 groups - almost 2 times less often.

In 35 patients with a scar on the uterus after myomectomy there were spontaneous preterm births by live full-term infants without asphyxia, of which 18 gave birth to group 1, 15 – 2 group, and only 2 women from 3 group gave birth per vias naturalis.

Conclusions. The method of carrying out myomectomy does not affect the onset and course of pregnancy in the future, but it does matter on the ability of independent childbirth. In women who have not completed the reproductive program, it is necessary to suture the walls of the uterus during myomectomy, regardless of access.

Electrocoagulation of the bed after removal of fibroids contributes to an increase in the frequency of threatening uterine rupture by 2 times. The decisive role in the management of childbirth with a myometrial scar is played not by the thickness of the lower segment, but by the presence of clinical manifestations of its failure (local soreness of the lower segment of the uterus, spotting from the genital tract, fetal hypoxia).

Keywords: uterine fibroids, myomectomy, suturing of the bed, electrocoagulation, pregnancy, scar on the uterus.

Течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке после миомэктомии с использованием эндоскопических технологий М.Л. Кузёменская, С.Л. Чирва

Цель исследования: изучение особенностей восстановления репродуктивной функции, течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после миомэктомии с использованием эндоскопических технологий.

Материалы и методы. Исследование проводили в три этапа. На первом этапе проанализировано течение послеоперационного периода после миомэктомии у 180 женщин репродуктивного возраста, из которых: 80 больным (1-я группа) выполнена лапаротомическая миомэктомия с ушиванием ложа миомы двухрядными синтетическими швами; 50 пациенткам (2-я группа) – лапароскопическая миомэктомия с ушиванием ложа двухрядными синтетическими швами и 50 женщинам (3-я группа) – лапароскопическая миомэктомия с биполярной коагуляцией ложа.

На втором этапе, через 6 мес после хирургического лечения, все пациентки обследованы для исключения признаков неполноценности рубца миометрия и прогнозирования возможности ведения родов естественными путями. Диагностический комплекс включал ультразвуковое исследование (УЗИ), гистероскопию и гистеросальпингографию. На третьем этапе проанализированы течение беременности и способ родоразрешения у 115 (63,8%) женщин из 180, у которых желанная беременность наступила в интервале от 6 мес до 5 лет.

Результаты. Анализ послеоперационного периода показал, что применение электрокоагуляции ухудшает его течение. Так, у 12% пациенток 3-й группы в течение 6 сут сохранялся субфебрилитет, что больше в 3,2 раза, чем в 1-й, и в 3 раза, чем во 2-й группах. Достоверно выше в 3-й группе также были показатели СОЭ и лейкоцитарного индекса. На фоне увеличения количества лейкоцитов у пациенток 3-й группы также отмечено неблагоприятное формирования рубца, что проявлялось в форме большей относительной площади сосудистого компонента.

На границе миометрия и рубца после миомэктомии лейкоцитарные инфильтраты найдены у 18,2% пациенток 1-й группы и у 30,7% – 2-й группы, а после коагуляции ложа – у 100%. Поэтому роды естественными путями целесообразно планировать у пациенток после миомэктомии с ушиванием стенки матки независимо от оперативного доступа. Однако отмечены некоторые преимущества лапароскопического доступа с коагуляцией ложа – наименьшая продолжительность операции и меньший объем интраоперационной кровопотери.

После прегравидарного проведения комплекса диагностических манипуляций у 47 беременных из 115 обнаружены признаки неполноценности рубца на матке после миомэктомии, что стало показанием для проведения планового кесарева сечения (КС). Но частота выявления неполноценности рубца была разной в каждой группе: в 1-й и 2-й группах плановое КС выполнено каждой четвертой женщине, в 3-й группе – уже каждой второй. Эти данные свидетельствуют о неблагоприятном влиянии лапароскопической коагуляции ложа миомы на заживления рубца миометрия.

В структуре показаний к экстренному КС во всех сравниваемых группах преобладали аномалии родовой деятельности. Причем в 3-й группе этот факт полностью был связан с угрозой разрыва матки и «расползанием» рубца, в то время как у рожениц 1-й и 2-й групп – почти в 2 раза реже.

У 35 пациенток с рубцом на матке после миомэктомии произошли самопроизвольные срочные роды живыми доношенными детьми без асфиксии, из них – у 18 рожениц 1-й группы, у 15 – 2-й группы, и только 2 женщины из 3-й группы родили per vias naturalis.

Заключение. Способ проведения миомэктомии не влияет в будущем на наступление и течение беременности, но имеет значение для способности самостоятельных родов. У женщин, не выполнивших репродуктивной программы, необходимо ушивать стенки матки при миомэктомии независимо от доступа.

Электрокоагуляция ложа после удаления миомы способствует повышению частоты угрожающего разрыва матки в 2 раза. Решающую роль при ведении родов с рубцом миометрия играет не толщина нижнего сегмента, а наличие клинических проявлений его несостоятельности (локальная болезненность нижнего сегмента матки, кровянистые выделения из половых путей, гипоксия плода).

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, ушивание ложа, электрокоагуляция, беременность, рубец на матке.

Міома матки (ММ) – це гормонозалежна доброякісна пухлина міометрія, поява і прогресуючий ріст якої є результатом цілого комплексу порушень в організмі жінки: нейрогуморальних, генетичних, запальних та інших, які пригнічують репродуктивну функцію та погіршують перебіг захворювання [1]. Захворюваність на ММ – важлива проблема у сучасній гінекології, над вирішенням якої працює багато дослідників. Адже наявність цієї патології негативно впливає на перебіг вагітності та пологів [2]. Останніми роками проблема поєднання ММ та вагітності набула особливої актуальності, що зумовлено підвищенням частоти даної патології з 0,5–6% до 20% [3].

Особливу настороженість викликає ріст частоти даної патології серед жінок раннього репродуктивного віку, що призводить до порушення їхньої репродуктивної функції. Так, частота первинного безпліддя у цих хворих коливається від 18 до 24%, а вторинного – у межах 25%, через що збереження репродуктивної функції у жінок на фоні ММ, особливо після міомектомії, набуває вже соціальної значущості [5].

Проблема стратегії і тактики ведення вагітності у жінок з ММ охоплює низку питань, пов'язаних з різноманітними аспектами консервативно-пластичної хірургії в акушерстві, оцінюванням функціонального стану фетоплацентарного комплексу, методів розродження [6]. Наявність рубця на матці після міомектомії у вагітних визначає для акушерів нові проблеми, що залишилися після операції, та необхідність контролю за станом рубця [7, 8].

Незважаючи на постійну увагу до проблеми ведення вагітності у жінок з ММ після реконструктивних операцій, залишається низка запитань, що потребують доповнення та уточнення. Зокрема, результати перебігу вагітності та пологів залежно від методики проведення реконструктивних операцій, формування повноцінного рубця на матці та критерії оцінювання спроможності рубця. Закономірно постає питання і про оптимальний метод розродження у даної групи вагітних.

Аналіз сучасних інформаційних даних доводить, що за останні десятиліття накопичений певний багаж знань щодо репродуктивної функції жінок з ММ, структури рубця на матці після міомектомії і вибору методу розродження. Сьогодні більшість вітчизняних і зарубіжних акушерів-гінекологів надають перевагу лапароскопічному доступу з використанням дворядних швів або коагуляції [9, 10].

І хоча вагітність, пологи і післяпологовий період у пацієнок з ММ створюють певну небезпеку для матері і плода, диференційований підхід до рекомендації збереження вагітності у жінок з різними клінічними проявами захворювання, ведення вагітних відповідно до груп ризику, ретельне спостереження за розвитком вагітності, застосування патогенетично обґрунтованої профілактики і лікування ускладнень сприятимуть значному зниженню їхньої частоти у матері і майбутньої дитини, зменшенню кількості оперативних втручань, поліпшенню показників перинатальної захворюваності та смертності.

Мета дослідження: вивчення особливостей відновлення репродуктивної функції, перебігу вагітності

і розродження у жінок з рубцем на матці після міомектомії із застосуванням ендоскопічних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети дослідження проводили у три етапи.

На першому етапі проаналізовано перебіг післяопераційного періоду після проведеного хірургічного лікування з приводу ММ у 180 жінок репродуктивного віку, з яких:

- 80 хворим (1-а група) виконано лапаротомічну міомектомію з ушиванням ложа міоми дворядними синтетичними швами;
- 50 пацієнткам (2-а група) – лапароскопічну міомектомію з ушиванням ложа дворядними вузловими синтетичними швами;
- 50 жінкам (3-я група) – лапароскопічну міомектомію з біполярною коагуляцією ложа.

Пацієнтки з ММ були у віці від 20 до 41 років, тобто знаходились у репродуктивному періоді і за віковими характеристиками достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$).

У всіх пацієнок показанням до проведення хірургічного лікування слугувала наявність одинарного міоматозного вузла діаметром понад 4,5 см, локалізованого на передній стінці матки, і бажання у майбутній перспективі реалізувати свою репродуктивну функцію. Усі операції виконані у плановому порядку без розтину порожнини матки, через що пацієнткам було дозволено зачаття через 6 міс після виписки, гормональної реабілітації (КОК) і проведення прекоцепційної профілактики (за 3 міс до планування вагітності).

Пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Ретельно вивчали дані анамнезу, менструальну і репродуктивну функції, проводили бімануальне піхвове обстеження, виконували загальноклінічні та лабораторні тести, УЗД органів малого таза, оцінювали обсяг оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, а також проводили додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем.

На другому етапі, через 6 міс після хірургічного лікування, усі пацієнтки були обстежені для виключення ознак неповноцінності рубця міометрія і прогнозування можливості ведення пологів природними шляхами. Діагностичний комплекс включав ультразвукове дослідження, гістроскопію і гістросальпінгографію.

У ході третього етапу дослідження проаналізовано перебіг вагітності та спосіб розродження у 115 (63,8%) жінок зі 180, у яких бажана вагітність настала в інтервалі від 6 міс до 5 років. Окрім УЗД і оцінювання товщини міометрія передньої стінки матки, проведено порівняльне оцінювання ефективності індукції пологів антипрогестинами і простагландінами і сформульовані ознаки неспроможності рубця на матці після міомектомії.

Математичне і статистичне оброблення даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica», визначення статис-

тичної значущості відмінностей – із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більш ніж у половини жінок, яких включено до дослідження (n=180), показанням до консервативно-пластичної операції на матці був субсерозний або інтерстиціально-субсерозний міоматозний вузол діаметром 4,5–7 см. У 52 (65%) жінок 1-ї групи розмір вузла дорівнював 6–7 см ($6,01 \pm 0,9$), що свідчило про пізню діагностику і відсутність адекватної гормональної терапії до операції. У пацієнок 2-ї і 3-ї груп цей показник становив $5,88 \pm 0,13$ і $6,2 \pm 0,11$ відповідно ($p > 0,05$). Вибір на користь хірургічного лікування був зумовлений тим, що у цих хворих настала фаза анатомічних порушень і розраховувати на успіх гормональної терапії вже було неможливо.

Друге місце у структурі показань до хірургічного лікування належить фактору безпліддя на фоні ММ – у 51 (28,3%) пацієнтки спостерігалось зниження репродуктивної функції з перспективою її втрати. На третьому місці – синдром гіперполіменореї, що призводить до зниження рівня гемоглобіну і розвитку анемії, з приводу чого прооперовано 22 (12,3%) жінки.

За соматичною патологією пацієнтки з ММ у групах порівняння не мали достовірних розбіжностей. Практично кожна друга страждала на хронічний тонзиліт (від 44 до 55%), більш ніж у третини діагностовано хронічний пієлонефрит (від 32 до 47,5%), у кожної п'ятої – хронічний бронхіт (від 14 до 20%). Усе це свідчить про наявність несприятливого інфекційного фону, що частково підтверджує інфекційну причину виникнення ММ [9]. Причому інфекційний індекс у пацієнок 1-ї групи становив 1,3, у 2-ї групі – 1,2, у 3-ї групі – 1,02.

До фактора ризику можна віднести те, що 28 (35%) жінок з ММ з 1-ї групи, 10 (20%) – з 2-ї і 12 (24%) – з 3-ї групи в анамнезі мали переривання першої вагітності шляхом артифіціального абортів. Велика кількість абортів у жінок з ММ, насамперед, пов'язана з низьким рівнем їхнього контрацептивного знання. Це явно несприятливий момент, оскільки при виникненні хронічного ендометриту після кюретажу майже у 2 рази збільшується ризик передчасних пологів у майбутньому [3, 4].

Під час аналізу гінекологічної захворюваності, на яку страждали пацієнтки з ММ протягом свого репродуктивного періоду, у більшості (від 48 до 61,2%) виявлено високу частоту ектопії шийки матки: 44 (89,7%) – у 1-ї групі, 25 (89,3%) – у 2-ї групі, 20 (83,3%) – у 3-ї групі на фоні інфікування ВПЛ. На другому місці за частотою діагностували запальні захворювання – і, як результат, ці поєднані причини на фоні ММ могли спровокувати безпліддя, на яке скаржилась кожна третя хвора з 1-ї групи (31,2%) та кожна четверта – з 2-ї і 3-ї груп (24% і 28% відповідно).

Аналіз післяопераційного періоду у жінок після міомектомії засвідчив деякі переваги лапароскопічного доступу з коагуляцією ложа. Так, у пацієнок 3-ї

групи було досягнуто найменшу тривалість операції ($43,1 \pm 1,04$ хв), що достовірно менше порівняно з хворими 1-ї та 2-ї груп – $50,6 \pm 0,83$ хв ($p < 0,05$) і $63,8 \pm 1,77$ хв ($p < 0,05$) відповідно. Частково це підтверджує думку інших дослідників щодо простоти і необов'язковості кропіткого ушивання ложа міоматозного вузла [10]. Подібну динаміку спостерігали під час аналізу обсягу інтраопераційної крововтрати, яка у пацієнок 3-ї групи була найнижчою і дорівнювала $253,8 \text{ мл} \pm 9,74 \text{ мл}$. За цим показником вона достовірно відрізнялась від пацієнок не тільки з лапароскопічною міомектомією з ушиванням ложа ($311,8 \pm 10,8 \text{ мл}$; $p < 0,05$), але й від надійної щодо гемостазу класичної лапаротомічної міомектомії ($282,8 \pm 8,81 \text{ мл}$; $p < 0,05$).

Саме цими, на перший погляд, виграшними перевагами можна пояснити певне прагнення деяких хірургів до лапароскопічної міомектомії з коагуляцією ложа. Але доведено, що у морфологічній картині міоматозного рубця після коагуляції превалює великий об'єм некротичного детриту і пошкодженого міометрія, а загоювання рани завершується утворенням синехій. При цьому не відзначається ні лейкоцитозу, ні гіпертермії, а у результаті патологічної реакції настає реканалізація синехій. Наслідки невтішні – від інфекційних ускладнень, геморагій, ендометріозу, склерозування рубця, синехій до безпліддя і навіть онкопроцесу [1, 2, 6, 10].

Перебіг післяопераційного періоду у більшості пацієнок після міомектомії мав сприятливий характер. Профілактику гнійно-септичних ускладнень проводили антибіотиками цефалоспоринового ряду III покоління. Тим не менше, у 12% пацієнок 3-ї групи зберігалась субфебрильна температура тіла протягом 6 діб, що більше порівняно з жінками інших груп – у 3,2 рази, ніж у 1-ї та у 3 рази, ніж у 2-ї групах. Достовірно вищими у 3-ї групі також були показники ШОЕ і лейкоцитарного індексу ($p < 0,05$). Вірогідно, це пов'язано з резорбцією продуктів коагуляції міометрія, що характеризує цей вид операції як менш досконалий. Найбільша тривалість перебування у стаціонарі – у пацієнок 1-ї групи, найменша – у жінок 2-ї групи ($p < 0,05$).

При патоморфологічному дослідженні видалених вузлів у більшості пацієнок виявлено просту ММ – 76,2% у 1-ї групі, відповідно у 2-ї і 3-ї групах – 82% і 84%. У післяопераційний період з відновленням менструації всім призначено комбіновану оральну гормональну контрацепцію (низькодозовані КОК) з метою реабілітації на термін не менше 6 міс. УЗ-контроль після півроку не виявив збільшення розмірів матки, наявності рубцевої тканини або яких-небудь значних деформацій контуру при хорошій васкуляризації міометрія, тому всім пацієнткам було дозволено планувати вагітність.

Після лапароскопічних операцій фертильність відновила у 80% жінок 2-ї групи, у 70% – 3-ї групи і у 50% – 1-ї групи. Такі результати щодо настання вагітності можна пояснити меншою травматичністю лапароскопії, відповідно меншою кількістю спайок і грубих рубців. І у 2-ї, і у 3-ї групах у більшості пацієнок вагітність настала у перші 2 роки після міомектомії (87,5% і 85,7% відповідно). Але найкращий результат у перший

рік після операції у жінок після лапароскопічної міомектомії з ушиванням ложа – 52,5% порівняно з 42,5% і 37,2% у 1-й і 3-й групах відповідно.

На другому етапі дослідження, через 6 міс після хірургічного лікування, усіх пацієнок було обстежено для виключення ознак неповноцінності рубця міометрія і прогнозування можливості ведення пологів через природні шляхи. Діагностичний комплекс включав проведення УЗД, гістероскопії і гістеросальпінгографії. Ще прегравідарно, за даними УЗД, зі 115 пацієнок з рубцем на матці у 14 (12,1%) виявлено ознаки неповноцінності рубця. При цьому у жінок після лапаротомічної міомектомії несприятливі прогностичні варіанти виявляли у 4 (10%) із 40 жінок і після лапароскопічної міомектомії з ушиванням ложа міоми – у 3 (7,3%) із 40 пацієнок.

Така картина підтверджує деякі дані, за якими рубці міометрія безпосередньо у післяопераційний період після лапаротомічної міомектомії представлені ділянками зі змішаною щільністю, що зумовлено зближенням стінок ложа міоми. Через місяць їхній об'єм зменшується до 5% від вихідного, а через 6 міс рубці зменшуються до невизначуваних (при УЗД – короткі ехогенні лінії). Тобто основне ремоделювання матки відбувається протягом першого місяця після операції.

У той самий час у 3-й групі після лапароскопічної міомектомії з коагуляцією ложа вже у 7 (20%) з 35 жінок (у кожній п'ятій) були виявлені ознаки неповноцінності рубця міометрія. Після того, як 14 вагітних з неповноцінним рубцем на матці після УЗД були виключені з когорти пацієнок для самовільного розродження, залишившись 101 жінка зі 115 також прегравідарно проведено гістероскопію.

Результати обстеження виявили несприятливі ознаки практично у кожній четвертій пацієнтки. У жінок 1-ї групи неповноцінний рубець виявлено у 13,9% випадків (5 з 36), у 2-й групі – у 16,2% (6 з 37), у 3-й групі – у 46,4% (13 з 28 жінок). Зі 115 пацієнок з рубцем на матці у 77 через 6 міс після міомектомії проведено рентгенологічне обстеження для виключення ознак, що свідчать про неповноцінність рубця після хірургічного лікування. За його результатами ще 9 (11,6%) жінок було виключено з групи для самовільного розродження: 1-а група – 2 (6,49%) пацієнтки, 2-а група – 3 (9,7%), 3-я група – 4 (26,7%) жінки.

Отже, після прегравідарного проведення комплексу діагностичних маніпуляцій у 47 (40,8%) жінок зі 115 виявлені ознаки неповноцінності рубця на матці після міомектомії, що стало показанням для проведення планового абдомінального розродження. Але частота виявлення цієї ознаки неоднакова у порівняльних групах.

Так, якщо у 1-й і 2-й групах планову операцію кесарева розтину (КР) виконано практично кожній четвертій жінці (23,4% і 25,5% відповідно), то у 3-й групі – вже кожній другій (51%). Це свідчить про несприятливий вплив лапароскопічної коагуляції ложа міоми на загоєння рубця міометрія. У всіх 47 вагітних з неповноцінним рубцем у ході КР проводили вирізання, або біопсію, рубця міометрія для наступного гістологічного аналізу.

Під час вивчення гістологічних зразків відзначено несприятливе формування рубця після лапароскопічної міомектомії з коагуляцією ложа, що проявлялося у формі більшої відносної площі судинного компонента на фоні збільшення кількості лейкоцитів. На межі міометрія і рубця після міомектомії лейкоцитарні інфільтрати знайдені у 18,2% пацієнок 1-ї групи і у 30,7% – 2-ї групи, а після коагуляції ложа – у 100%. Тому пологи природними шляхами доцільно планувати у пацієнок після міомектомії з ушиванням стінки матки незалежно від оперативного доступу.

У ході третього етапу дослідження, після настання вагітності, проведено вивчення її перебігу і аналіз пологів у 115 пацієнок з рубцем на матці після хірургічного лікування.

Майже у половини вагітних (50%, 47,5% і 48,5% відповідно у 1-й, 2-й і 3-й групах) за даними КТГ і УЗД спостерігалась відносна компенсована фетоплацентарна недостатність, що, ймовірно, можна пояснити можливою ішемією міометрія після міомектомії за рахунок формування сполучнотканинного рубця. У 42,8% і 4,5% жінок (1-а і 2-а групи відповідно) перебіг вагітності ускладнювався проявами помірної преeklampsii. Практично у кожній четвертій вагітній з 1-ї і 2-ї груп (27,5% і 25% відповідно) у ході бактеріоскопії діагностовано неспецифічні вагініти, які потребували санації, у вагітних після коагуляції ложа – у 21,8%. Можливо, на фоні інфекційного фактора у кожній п'ятій (20%) вагітній з рубцем на матці після лапаротомічної міомектомії виникала загроза переривання вагітності на тлі багатоводдя (17,5%). У пацієнок 2-ї групи ці ускладнення виникали у 17,5% і 15% відповідно, а у 3-й групі – у 14,2% і 8,5% відповідно. Ці фактори ризику слугували показанням до госпіталізації і проведення стаціонарного лікування.

Крім УЗ-оцінювання товщини міометрія передньої стінки матки проведено порівняльне оцінювання індукції пологів антипрогестинами і простагландинами та зроблено спробу сформулювати ознаки неповноцінності рубця на матці після міомектомії. Зі 115 пацієнок, яким початково планували первинну профілактику КР і ведення пологів через природні шляхи, під наглядом, обстеженням і розродженням залишились 68 жінок без ознак неповноцінності рубця. Залежно від хірургічного доступу і способу відновлення міометрія, після отримання інформованої добровільної письмової згоди усім цим пацієнткам запропоновано розродження через природні пологові шляхи. Даних жінок було розподілено на три групи: 1-а група – 29 вагітних після лапаротомічної міомектомії, 2-а група – 28 вагітних після лапароскопічної міомектомії з ушиванням ложа, 3-я група – 11 вагітних, яким виконано лапароскопічну міомектомію з коагуляцією ложа.

Більшість (80,9%) вагітних з цих груп планово госпіталізовані у термінах 38–39 тиж гестації. Тим не менше, 13 роділь, тобто кожна п'ята (19,1%), були госпіталізовані вже у перший період пологів в операційно-пологовий блок, що небезпечно і неприпустимо для пацієнок з рубцем на матці. Потрапляючи до відділення патології вагітних, трохи менше половини цих

пацієнок мали «зрілу» шийку матки (43,4%, 47,8% і 44,4% відповідно у 1-й, 2-й і 3-й групах). В основному це були повторнороділлі – 8 (80%), 9 (81,8%) і 3 (75%) жінок відповідно. За цими показниками групи також були зіставні між собою ($p < 0,05$). Як правило, у цих випадках тактика ведення пологів була спрямована на вичікування спонтанного розвитку пологової діяльності. Тільки 5 (20%) вагітним зі «зрілою» шийкою матки проведено планову амніотомію, урахувавши передбачувані великі розміри плода.

У 30 (54,5%) вагітних з рубцем на матці після міомектомії, виконаної різними хірургічними доступами, спостерігалася «дозріваюча» шийка матки. Цим жінкам проводили її підготовку до пологів антигестагенами і простагландінами. При розвитку регулярної пологової діяльності з метою виключення ризику гістопатичного розриву матки по рубцю проводили динамічне УЗД протягом усього першого періоду пологів. У якості контролю використовували результати УЗД роділь без рубця на матці.

Починаючи з активної фази першого періоду пологів і до відкриття маткового вічка 6 см, товщина нижнього сегмента у роділь з інтактною маткою була достовірно вищою порівняно з усіма досліджуваними групами. Крім того, починаючи з 4 см і до 8 см відкриття маткового вічка, товщина нижнього сегмента у роділь з рубцем на матці 3-ї групи виявилась достовірно меншою, ніж у пацієнок 1 і 2 груп. Цей факт свідчив про несприятливе відновлення міометрія після міомектомії і появу ознак неспроможності рубця безпосередньо у ході розродження.

У фазі уповільнення першого періоду пологів (8 см) не отримано достовірних розбіжностей у товщині нижнього сегмента вже тільки між родільями з інтактною маткою і пацієнтками 1-ї групи. У той самий час і у пацієнок 2-ї і 3-ї груп цей показник був достовірно нижчий. Але це не зашкодило продовженню самовільного розродження, оскільки крім товщини нижнього сегмента, що у деяких випадках свідчило про неповноцінність рубця (2 мм і менше), проводили пальпацію нижнього сегмента матки.

Ці дані дозволили розмежувати поняття «неповноцінний» і «неспроможний» рубець міометрія після міомектомії. Виявилось, що оцінити неспроможність рубця, коли виникає реальний ризик гістопатичного «розповзання» рубця, клінічно можливо тільки в активну фазу пологів. І у випадку, коли не було локальної болісності сегмента, гіпоксії плода або кров'янистих виділень зі статевих шляхів, робили висновок щодо неспроможності рубця. Отже, вирішальну роль у веденні першого періоду пологів і розпізнаванні «розповзання» рубця відіграє не товщина нижнього сегмента матки, що дуже важливо, а наявність клінічних проявів його неспроможності.

Із 68 пацієнок з рубцем на матці після міомектомії пологи природним шляхом відбулися практично у половини – у 35 (51,5%), повторний КР вже в екстреному порядку проведено 33 (48,5%) пацієнткам. Цей факт свідчить на користь самовільного розродження пацієнок з рубцем на матці.

У структурі показань до екстреного КР у всіх порівняльних групах превалювали аномалії пологової

діяльності – 45,4%, 46,1% і 33,3% відповідно у 1-й, 2-й і 3-й групах. Причому дискоординація і слабкість пологової діяльності виникли у всіх роділь з груп порівняння, яким проводили підготовку шийки матки антигестагенами, і у 37,5% – на фоні вживання простагландинів. Щодо загрози розриву матки і «розповзання» рубця, то саме ці ознаки слугували показанням до екстреного КР у всіх пацієнок 3-ї групи (33,3%), в той час як у роділь 1-й і 2-й груп дане показання реєстрували майже у 2 рази рідше (18,2% і 15,4% відповідно).

Слід наголосити, що для вагітних з рубцем на матці після міомектомії ефективність підготовки шийки матки вивчена вперше. У жодному випадку спонтанного розвитку переймів не було зафіксовано даного ускладнення перебігу пологів. Це свідчить про переваги вичікувальної тактики, недопущення допологового розриву плідного міхура і більш високу ефективність антигестагенів порівняно з простагландінами.

У 35 пацієнок з рубцем на матці після міомектомії відбулися самовільні термінові пологи живими доношеними дітьми без асфіксії. З них у 18 (51,4%) роділь з 1-ї групи, у 15 (42,8%) – з 2-ї групи і тільки у 2 (5,8%) роділь – з 3-ї групи. Усім родільям по закінченню третього періоду пологів проводили контрольне ручне обстеження стінок порожнини матки для виключення гістопатичного розриву.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз перебігу післяопераційного періоду у пацієнок з рубцем на матці після міомектомії виявив переваги і недоліки різних видів хірургічного доступу і методу відновлення міоматозного ложа. Незважаючи на уявні переваги лапароскопічної міомектомії з коагуляцією ложа – найменші тривалість операції і об'єм крововтрати, використання електрокоагуляції погіршує перебіг післяопераційного періоду: наявність субфебрилітету тривалий час, достовірно вищі показники ШОЕ і лейкоцитарного індексу. На цьому фоні – несприятливе формування рубця (у формі більшої відносної площі судинного компонента), двократний ризик розвитку гістопатичного розриву матки і значно менша вірогідність народити самостійно.

2. Спосіб проведення міомектомії не впливає у майбутньому на настання і перебіг вагітності, але відіграє вирішальну роль у ході самовільних пологів. У жінок, які не виконали репродуктивної програми, необхідне ушивання стінки матки під час міомектомії незалежно від доступу.

3. Планову амніотомію слід визнати недоцільною через високу частоту розвитку аномалій пологової діяльності. Оптимальним слід вважати спонтанний розвиток переймів. Допустимою є підготовка «дозріваючої» шийки матки як антигестагенами, так і простагландінами.

4. Вирішальним у веденні пологів у пацієнок з рубцем на матці після міомектомії і розпізнаванні «розповзання» рубця є не товщина нижнього сегмента, а наявність клінічних проявів неспроможності рубця – локальна болісність нижнього сегмента матки, кров'янисті виділення зі статевих шляхів, гіпоксія плода.

Відомості про авторів

Кузьоменська Марина Леонідівна – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України, 40007, м. Суми, вул. Римського-Корсакова, 2. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

Чирва Сергій Леонідович – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України, 40007, м. Суми, вул. Римського-Корсакова, 2. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

Information about the authors

Kuzomenska Maryna L. – Department of Obstetrics and Gynecology, Sumy State University Medical Institute, Ministry of Education and Science of Ukraine, 40007, Sumy, 2 Rymskogo-Korsakova Str. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

Chyrva Sergii L. – Department of Obstetrics and Gynecology, Sumy State University Medical Institute, Ministry of Education and Science of Ukraine, 40007, Sumy, 2 Rymskogo-Korsakova Str. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

Сведения об авторах

Кузьоменская Марина Леонидовна – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

Чирва Сергей Леонидович – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

ПОСИЛАННЯ

1. Babaeva NA, Ashrafyan LA, Antonova IB, Aleshikova OI, Ivashina SV. The role of hormonal disorders in the carcinogenesis of tumors of the female reproductive system. *Obstetrics and gynecology: news, opinions, training.* 2017;1:76-82.
2. Vikhlyayeva EM. On the strategy and tactics of managing patients with uterine fibroids. *Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists.* 2014; 3:21-3.
3. Gladchuk IZ, Rozhkovskaya NM, Kosey TV. 2016. Modern surgical technologies in the treatment of uterine fibroids (literature review and own data). *Collection of scientific works of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine.* 2016;2(38):123-9.
4. Vdovychenko YuP, Kuzyomenska ML. Reproductive consequences of reconstructive plastic surgery for uterine leiomyoma. *Pediatrics, obstetrics and gynecology.* 2011;73(1):96-8.
5. Zhovtenko OV. Pregnancy and childbirth in women with uterine fibroids after reconstructive surgery. *Women's health.* 2017; 1(117):54-5.
6. Zaluzniak VO, Barkovsky DE. Modern views on the treatment of uterine fibroids [textbook]. *Zaporozhye State Medical University;* 2010. 115 p.
7. Yen CF [et al.]. Successful pregnancies in women with diffuse uterine leiomyomatosis after hysteroscopic management. *Fertil. Steril.* 2017;88(6):1667-73.
8. Vdovychenko YuP, Goyda NG, Yuzko OM. Pregnancy and childbirth in women with a scar on the uterus after cesarean section [textbook]. *К.*; 2011. 127 p.
9. Zabolotnov VA, Pamfamirov YuK, Kucherenko YA, Parmenov OI, Karapetyan OV. Uterine fibroids: topical issues of pathogenesis, conservative and surgical treatment, a modern approach to the implementation of reproductive function [manual for physicians and students]. *Simferopol ICCSMU;* 2012. 65 p.
10. Tsoi AS. Laparoscopic conservative myomectomy. *Problems of reproduction.* 2015; 2:26-8.

Стаття надійшла до редакції 24.05.2021