

ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН, ПРОШЕДШИХ КУРС ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Кухарчик Ю.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Миома матки – часто встречающаяся опухолью репродуктивной системы у женщин. Согласно статистике, более 50% от числа всех пациенток отделений оперативной гинекологии составляют женщины с миомой матки. Частота данной патологии колеблется от 25 до 35% у женщин репродуктивного возраста, возрастая до 43-52% у женщин в перименопаузальном возрасте [2-5]. В настоящее время не является редкостью выявление миоматозных узлов у женщин в 20-30-летнем возрасте.

Миома матки может препятствовать реализации фертильности женщины. В настоящее время накоплен многолетний научно-исследовательский и клинический опыт по сохранению репродуктивной функции при миоме матки, отработана тактика ведения беременности, определены показания к миомэктомии, особенностям предоперационной подготовки, анестезиологического пособия, технике миомэктомии во время беременности [3, 5]. Остаются не изученными окончательно возможности неинвазивного контроля (УЗИ, доплерометрия, МРТ) регенерации области послеоперационного рубца, реабилитации эндометрия после хирургического лечения, возможностей профилактики осложнений беременности и родов после миомэктомии. Описаны риски спонтанного разрыва матки в родах после лапароскопической миомэктомии [1, 4, 5]. Изучены некоторые особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с простой и пролиферирующей миомой матки.

Несмотря на имеющиеся рекомендации по родоразрешению пациентов с миомой матки после органосохраняющего лечения [1, 3, 5], остается множество вопросов, связанных с профилактикой осложнений.

Цель – сравнить особенности родоразрешения женщин, перенесших миомэктомию, в зависимости от проведения им прегравидарной подготовки.

Методы исследования. Проведен анализ исходов родоразрешения женщин с миомой матки, спонтанная беременность у которых наступила после миомэктомии. Средний возраст составил $30,72 \pm 0,44$ года. В зависимости от того, проводилась женщинам прегравидарная подготовка или нет, сформированы две группы. В группу I (n=56) включены женщины, которым на этапе прегравидарной подготовки была произведена миомэктомия, в послеоперационном периоде индивидуально назначалась антирецидивная терапия данной патологии, и в дальнейшем в течение не менее 6 месяцев с целью контрацепции и регенерации миометрия - индивидуально подбирались комбинированные оральные контрацептивы. В группу II (n=52) включались женщины на этапе взятия на учёт в женскую консультацию со спонтанно наступившей беременностью с выполненной ранее миомэктомией, которым

после миомэктомии по разным причинам не проводилась прегравидарная подготовка. Статистическая обработка собственных данных производилась с применением статистических пакетов Statistica 10.0, Microsoft Excel 2013.

Результаты и обсуждение. Родоразрешение путем кесарева сечения было произведено у 53,6% женщин группы I, что было значительно меньше, чем у женщин группы II – 90,4% ($p < 0,05$). Роды велись через естественные родовые пути в присутствии медицинского персонала с непрерывным мониторингом функционального состояния плода и сократительной активности матки только при наличии субсерозной или субсерозно-интерстициальной миомы матки, с локализацией по передней стенке матки, неосложненным течением послеоперационного периода, при начале родовой деятельности со зрелостью шейки матки не менее 8 баллов по шкале Бишоп.

Следует отметить, что роды через естественные родовые пути планировались у 51,8% женщин группы I. Однако у 7,1% женщин (в связи с первичной слабостью родовой деятельности в 1,8% случаев, дискоординацией родовой деятельности 1,8%, прогрессирующей интранатальной гипоксией плода у 1,8% обследованных и преждевременной непрогрессирующей краевой отслойкой нормально расположенной плаценты в 1,8% случаев) было принято решение изменить метод родоразрешения - кесарево сечение. Таким образом, 44,6% пациенток были родоразрешены через естественные родовые пути.

У женщин группы II родоразрешение через естественные родовые пути планировалось произвести у 23,1% пациенток. Но у 14,7% женщин (в связи с первичной слабостью родовой деятельности у 1,9% женщин, дискоординацией родовой деятельности у 1,9% пациенток, прогрессирующей интранатальной гипоксией плода у 1,9% женщин, преждевременной непрогрессирующей краевой отслойкой нормально расположенной плаценты и угрожающим разрывом матки по рубцу у 9% пациенток) было принято решение изменить метод родоразрешения в пользу кесарева сечения.

При лапаротомии рубец на матке после миомэктомии визуализировался не у всех женщин. Так, только у 7,1% прооперированных женщин группы I при лапаротомии визуально идентифицировался незначительный дефект миометрия, что было значительно меньше, чем у женщин группы II: 65,4% ($p < 0,05$). Следовательно, риски, обусловленные несостоятельностью рубца на матке после миомэктомии, требующие родоразрешения путем операции кесарева сечения, дискутабельны. Женщинам группы I, которым планировалось родоразрешение путем кесарева сечения, дефект миометрия в области выполненной до настоящей беременности миомэктомии визуализировался только у 5,4% пациенток, причем с локализацией по задней стенке матки. Значит, у 87,5% женщин группы I, которым планировалось родоразрешение путем операции кесарева сечения, риски были гипотетическими.

У пациенток группы II с запланированным кесаревым сечением в связи с рубцом на матке после миомэктомии, дефект миометрия визуализировался у 78,8% женщин. У 55,8% пациенток дефект миометрия был с локальным истончением стенки матки. У 5,8% женщин дефект миометрия локализовался по задней стенке матки. Более того, только у женщин группы II при наличии

рубцовой деформации миометрия после миомэктомии интраоперационно были подтверждены аномалия инвазии плаценты в области рубца на матке. Во всех случаях плацента, и соответственно рубец на матке, локализовались по передней стенке матки. У 3,9% пациентов аномалия инвазии плаценты диагностировалась, как placenta increta.

На основании анализа с применением четырёхпольных таблиц была выявлена сильная связь между отсутствием проведения прегравидарной подготовки и рубцовой деформацией миометрия в области миомэктомии: критерий χ^2 с поправкой Йейтса=89.646 ($p<0,01$), критерии оценки силы связи между фактором риска и исходом=0,852 (сильная связь). Учитывая необходимость расширения объёма операции у женщин группы II в связи с аномалией инвазии плаценты, в частности, объяснимо, почему время родоразрешения путем операции кесарева сечения было больше, чем в группе I ($39,5\pm 3,46$ vs. $63,4\pm 6,89$ минуты соответственно, $p<0,05$), могло достигать 130 минут.

При родоразрешении через родовые пути кровопотеря у женщин групп I и II была сопоставима: $310\pm 5,805$ vs. $321,33\pm 11,47$ мл соответственно. Несмотря на достоверно большее число пациентов с аномалиями родовой деятельности у обследованных группы II, кровопотеря оказалась управляемой и достоверно не отличалась в обеих группах, была физиологической. Субинволюция матки осложнила послеродовой период у женщин группы II достоверно чаще, чем в группе I – $34,6\%$ vs. $8,9\%$ соответственно. Субинволюция матки отмечалась с сопоставимой частотой, независимо от метода родоразрешения в обеих группах.

Выводы. Таким образом, при отсутствии прегравидарной подготовки частота родоразрешения через естественные родовые пути достоверно ниже, чем при проведении прегравидарной подготовки. Частота экстренного родоразрешения в родах у женщин без прегравидарной подготовки может быть обусловлена угрожающим разрывом матки. Отсутствие прегравидарной подготовки после миомэктомии ассоциировано с увеличением риска рубцовой деформации миометрия, дефекта миометрия с локальным истончением стенки матки, аномалии инвазии плаценты в области рубца на матке, более высокого объёма кровопотери, субинволюции матки. Следует отметить, что прегравидарная подготовка у пациентов, перенесших миомэктомию, значительно улучшает исходы беременности и послеродового периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольский, В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова // М.: Миклош. – 2005. – 162 с.
2. Простая и пролиферирующая миома матки: морфологические особенности / Сидорова И.С. [и др.] // Врач. – 2004. – № 4. – С. 30-31.
3. Тихомиров, А.Л. Практическая гинекология: руководство для врачей / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубин // М.: ООО «МИА». – 2009. – 432с.
4. Prognostic factors of reproductive outcome after myomectomy in infertile patients / A.Fauconnier [et al.] // Human Reproduction. – 2000. – Vol. 15. – № 8. – P. 1751-1757.
5. The effect of small intramural uterine fibroids on the cumulative outcome of assisted conception / Y. Khalaf [et al.] // Human Reproduction. – 2006. – № 21(10). – P. 2640-2644.