

Особенности течения беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после реконструктивно-пластических операций, выполненных разными доступами

К. Н. Арсланян, О. Н. Логинова, Ю. Е. Караваев

Проблема лечения больных миомой матки женщин репродуктивного возраста продолжает оставаться одной из самых обсуждаемых как у отечественных, так и у зарубежных исследователей. Частота ее среди гинекологических заболеваний, по данным различных авторов, колеблется от 10% до 27% [1–4].

Проблему органосохраняющего лечения миомы тела матки у женщин с нереализованной репродуктивной функцией нельзя считать полностью решенной [1, 2, 4], поскольку не разработано единого подхода к выбору доступа оперативного вмешательства, а также из-за противоречивых данных в оценке отдаленных результатов после миомэктомии, выполненных различными доступами.

Существующие методы консервативной терапии больных миомой матки являются недостаточно результативными или абсолютно неэффективными, и хирургические методы лечения остаются ведущими. По данным многих авторов [1, 3, 4–6], хирургическому лечению подвергается от 60% до 70% больных миомой матки. Однако удельный вес органосохраняющих операций при миоме матки остается незначительным и составляет от 8% до 18% [1, 2, 4, 5, 8]. Несомненно, миомэктомия является целесообразной в восстановлении репродуктивной функции, однако на сегодняшний день существует ряд вопросов в отношении техники операции, выбора оперативного доступа в зависимости от возраста, количества, размеров и локализации миоматозных узлов и наличия сопутствующей патологии [9–11].

Некоторые авторы отмечают более благоприятный прогноз в отношении наступления беременности после миомэктомии, выполненной лапароскопическим доступом [9, 10]. Однако J. B. Dubuisson и соавт. [12] утверждают, что при лапароскопическом доступе частота рецидивов выше, чем при лапаротомическом. И лапароскопические операции более длительные, менее предсказуемы, операционная кровопотеря сравнима с таковой при лапаротомии, а риск осложнений во время беременности выше после эндоскопических операций, что описывается также другими исследователями [9, 10, 13].

По мнению ряда авторов, вероятность наступления беременности не зависит от доступа оперативного вмешательства [12]. Некоторые авторы считают [13], что при миомэктомии, выполненной лапароскопическим доступом, значительно меньше спайкообразование, что благоприятно в отношении последующего прогноза беременности. Другие ученые считают, что лапаротомия является более предпочтительным оперативным доступом при множественных узлах миомы, узлах больших размерах — 7–8 см, при возможном вскрытии полости матки во время миомэктомии [4, 9, 10]. Принимая во внимание противоречивые, литературные данные, нами проанализированы результаты хирургического лечения миоматозных узлов 200 больных миомой матки, которым была выполнена миомэктомия с использованием различных оперативных доступов (лапароскопия, лапаротомия, гистерорезектоскопия и комбинированные доступы), проведена оценка показателей раннего послеоперационного периода, отдаленных результатов обследования и репродуктивных исходов хирургического лечения больных с миомой матки. В период от 1 до 5 лет после миомэктомии оценены отдаленные результаты хирургического лечения: выявление рецидивов миомы матки, реализация репродуктивной функции, течение беременности, тактика родоразрешения, характер осложнений во время беременности, родов и послеродового периода. Средний возраст прооперированных пациенток составил $36,5 \pm 5,0$ года.

Все пациентки были разделены на 4 группы:

- 1-я группа — пациентки, миомэктомия которым проведена лапароскопическим доступом (ЛсМ);
- 2-я группа — миомэктомия выполнена лапаротомическим доступом (ЛтМ);
- 3-я группа — гистерорезектоскопическим доступом (ГРсМ);
- 4-я группа — лапароскопическим и гистерорезектоскопическим доступами (ЛсМ + ГРсМ).

Средний возраст пациенток в группе ЛсМ составил $32,5 \pm 7,5$ года, в группе ЛтМ — $36,9 \pm 5,1$ года, в группе ГРсМ — $30,8 \pm 9,0$ года и в группе ЛсМ + ГРсМ — $35,6 \pm 8,4$ года.

Показаниями к миомэктомии у большинства больных были характерные клинические проявления заболевания. Большинство пациенток (62,5%) отмечали меноррагию. Стоит отметить, что наиболее ярко выраженная клиническая картина наблюдалась у пациенток группы ЛтМ: менометроррагии отмечались у 39 (78,0%) женщин, болевой синдром — у 34 (68,0%). Также в данной группе отмечалось наибольшее количество женщин с большими размерами опухоли — 24 (48,0%) и нарушением функции смежных органов — 20 (40,0%) женщин. Основными жалобами пациенток группы ГРсМ были: меноррагия (56%), болевой синдром (34%) и бесплодие (28%).

Критериями для сравнительной оценки эффективности различных операционных доступов явились: продолжительность оперативного вмешательства, интраоперационная кровопотеря, продолжительность госпитализации, характер и длительность температурной реакции, сроки нормализации клинико-лабораторных показателей крови, частота и характер послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде, отдаленные результаты лечения, восстановление репродуктивной функции после вмешательства, частота рецидивов.

Сравнительная оценка размеров матки и количества миоматозных узлов показала, что в группах ЛтМ и ЛсМ + ГРсМ средняя величина матки и среднее число миоматозных узлов были статистически достоверно больше, чем в группах ЛсМ и ГРсМ. Во всех группах наибольшее количество узлов располагалось по передней и задней стенкам матки. Перешеечная локализация отмечалась у 42 (21%) женщин. У больных группы ГРсМ все узлы были подслизистые. Во всех остальных группах преобладали узлы субсерозной локализации. Каким бы доступом ни проводилось то или иное оперативное вмешательство, оно имело ряд своих особенностей, связанных с локализацией и размерами миоматозных узлов. Нами проанализированы наиболее часто встречающиеся особенности при выполнении миомэктомии разными доступами. Во время операции у 42 (21%) женщин (группы ЛсМ, ЛтМ и ЛсМ+ГРсМ) миоматозные узлы располагались перешеечно. Интралигаментарное расположение узлов обнаружено у 35 (17,5%) пациенток (группы ЛсМ и ЛтМ). Эти два критерия могут влиять на продолжительность оперативного вмешательства. Субмукозные узлы выявлены преимущественно у пациенток групп ГРсМ и ЛсМ + ГРсМ. Наиболее часто миомэктомии сочетались с разделением спаек. Так, обширный спаечный процесс после перенесенных ранее операций был отмечен у 14 (7%) пациенток, узлы с нарушением кровообращения — у 4 (2%) женщин. Размеры наибольшего узла, превышающие 15 см, выявлены у 23 (11,5%) пациенток. Наименьшая длительность операции наблюдалась в группе ГРсМ. В среднем продолжительность операции составляла $40,3 \pm 15,6$ минут и зависела как от величины, так и от числа имеющихся подслизистых узлов.

Объем операционной кровопотери также зависел от доступа оперативного вмешательства. Так, кровопотеря при лапаротомическом доступе была значимо больше ($420,5 \pm 263,1$ мл), чем при лапароскопическом ($191,3 \pm 150,7$ мл) и гистерорезектоскопическом. Гистерорезектоскопические миомэктомии характеризовались небольшим количеством интраоперационной кровопотери — $52,3 \pm 31,0$ мл, которая зависела как от величины, так и от числа имеющихся подслизистых узлов. Полученные нами данные не противоречат данным мировой литературы [1, 3, 10, 11]. Уменьшению кровопотери при лапароскопической миомэктомии, вероятно, способствовали тампонирующий эффект пневмоперитонеума и быстрый гемостаз даже мелких источников кровотечения, который проводился уже на этапах рассечения стенки матки и вылушивания миоматозного узла.

Большинство пациенток в раннем послеоперационном периоде предъявляли жалобы на боли. Длительность приема обезболивающих препаратов, а также частота и интенсивность послеоперационных болей были наиболее выражены в группе ЛтМ. Прием обезболивающих препаратов в группах ЛтМ и ЛсМ + ГРсМ колебался от 3 до 6 суток и в среднем составил $5,0 \pm 0,5$ и $3,5 \pm 1,0$ суток соответственно ($p > 0,05$). Применение эндоскопических вмешательств значительно влияло на уменьшение значений данных показателей. В группах ЛсМ и ГРсМ прием анальгетиков ограничился 1–3 сутками после операции, что составило в среднем — $2,0 \pm 1,5$ и $1,0 \pm 0,5$ суток соответственно.

Нормализация послеоперационной лихорадки в группах ЛтМ и ЛсМ + ГРсМ происходила в среднем на 3-и сутки, в группе ЛсМ — на 2-е сутки, в группе ГРсМ — на 1-е сутки после операции. В последующие трое суток после операции в показателях общего анализа крови у пациенток группы ЛтМ, по сравнению с больными других групп, было отмечено более выраженное изменение параметров, определяющих течение послеоперационного воспаления.

Средние значения уровня гемоглобина, гематокрита в группе ЛтМ на 3-е сутки после операции, а также на протяжении всего раннего послеоперационного периода были ниже, чем в остальных группах. Это обусловлено меньшим объемом интраоперационной кровопотери в группах ЛсМ и ГРсМ. Лейкоцитоз в группе ЛтМ был выше — $8,7 \pm 1,1 \times 10^9/\text{л}$, однако не сильно отличался от значений в группах ЛсМ и ГРсМ, а также ЛсМ + ГРсМ, где данный показатель составил — $8,0 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$; $6,1 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$ и $8,5 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$ соответственно.

Полученные данные об послеоперационных изменениях показателей периферической крови после миомэктомии сходны с таковыми, полученными другими авторами [4, 9–11]. Осложнения в послеоперационном периоде возникли лишь у 2 пациенток группы ЛтМ. При этом у 1 больной этой группы на 3-и сутки после операции возник парез кишечника, потребовавший проведения интенсивной инфузионной и стимулирующей терапии. У другой пациентки этой группы диагностирована подпапоневротическая гематома, потребовавшая вскрытия раны и эвакуации содержимого. Длительность пребывания в стационаре пациенток группы ЛтМ составляла в среднем $6,0 \pm 1,5$ дня. При эндоскопических вмешательствах длительность пребывания в стационаре значительно ниже, чем при лапаротомических. Средний койко-день в группе ГРсМ составил $1,5 \pm 1,0$ день и был статистически значимо короче, чем в остальных группах ($p < 0,05$). Средний койко-день в группе ЛсМ + ГРсМ составил $4,5 \pm 1,5$ дня.

Течение послеоперационного периода, а также характер осложнений во многом зависят от доступа и объема оперативного вмешательства, размеров миомы, количества удаленных узлов и их локализации, сопутствующей

соматической патологии, исходных показателей гемоглобина и общего состояния больных.

Большой интерес представляет один из основных показателей эффективности миомэктомии у женщин, заинтересованных в беременности, — восстановление репродуктивной функции. В соответствии с результатами многих исследований последних лет можно отметить высокую эффективность миомэктомии в реализации генеративной функции [1, 3, 5, 14]. В исследованиях российских и зарубежных авторов [1, 5, 11, 13, 14] беременность наступила у 78% прооперированных женщин в возрасте до 30 лет, у 45% женщин 30–35 лет и у 23% женщин старше 35 лет. В результате анализа многочисленных работ, посвященных данной проблеме, было установлено, что беременность после миомэктомии чаще всего наступает в сроках от 1 года до 1,5 лет после операции и с увеличением времени с момента миомэктомии частота наступления беременности значительно снижается вплоть до 5% [11–13]. В результате проведенного нами исследования было установлено, что нарушение репродуктивной функции отмечалось у 59 (29,5%) больных. Из них первичное бесплодие отмечено у 13 (22,0%) женщин, вторичное — у 46 (78,0%) женщин. После проведенной операции беременность наступила у 37 женщин, страдавших бесплодием (62,7%). Всего же беременности наступили более чем у половины пациенток — 106 (53%) после операции. Наибольшее количество наступления беременностей пришлось на 1-й год после операции — у 74 (69,8%) женщин, остальные 32 (30,1%) беременности на 2-й год после операции. При количественной оценке наступления беременности наибольшая результативность наблюдалась в группе ГРсМ (30 женщин) и в группе ЛсМ (28 женщин). В группах ЛтМ и ЛсМ + ГРсМ эти цифры составили по 24 женщины (22,6%) в каждой группе соответственно.

По литературным данным на прогноз наступления беременности неоднозначно могут влиять такие факторы, как локализация и размеры миоматозных узлов [12, 13]. Согласно данным литературы [1, 5, 11, 14], снижение частоты наступления беременности в большей степени зависит от длительности бесплодия и дополнительных факторов бесплодия, в то время как размер, локализация и количество миоматозных узлов не влияют на репродуктивный прогноз. Полученные нами данные о частоте наступлении беременности сопоставимы с результатами других исследователей, наблюдавших беременность после миомэктомии, — 14–75% [12, 13]. Наибольшее количество наступления беременностей по результатам нашего исследования пришлось на сроки 1–2 лет после операции. Из них — 74 (69,8%) беременности пришлось на 1-й год после операции и 32 (30,2%) беременности на 2-й год после операции. Всего же беременности наступили более чем у половины пациенток после оперативного лечения — 106 (53%). Из них у 9 (8,5%) женщин произошел самопроизвольный выкидыш на малых сроках беременности. К искусственному прерыванию беременности на ранних сроках прибегли 13 (12,3%) женщин, которые при устном опросе мотивировали это нежеланием сохранить данную беременность. По данным литературы, пациентки после миомэктомии входят в группу риска в отношении возникновения перинатальных осложнений и патологии [12]. После проведенной миомэктомии беременности протекали с осложнениями у 32 (30,1%) женщин. Наиболее частым осложнением при беременности во всех 4 группах была угроза прерывания беременности, которая наблюдалась у 20 пациенток (18,8%). Предлежание плаценты наблюдалось у 2 (10,5%) пациенток группы ЛтМ и у 1 (5,8%) пациентки группы ЛсМ + ГРсМ. В группе ГРсМ отмечалось наименьшее количество осложнений в течение всего периода беременности. Возникновение предлежания плаценты можно связать с возможным частичным прикреплением плаценты к послеоперационному рубцу в эндометрии после воздействия высоких энергий. Плацентарная недостаточность выявлена в 1 случае (4,0%), в группе ГРсМ. Преэклампсия была отмечена у 8 (7,5%) женщин.

Роды произошли у 84 женщин, у которых наступила беременность после хирургического лечения. Из них в группе ЛсМ — у 23 женщин, в группе ЛтМ — у 19, в группе ГРсМ — у 25 и в группе ЛсМ + ГРсМ — у 17.

При неосложненном течении беременности плановая госпитализация беременных проводилась в сроке 37–38 недель для комплексного обследования и определения способа родоразрешения. Вопрос о методе родоразрешения решался в каждом случае индивидуально и зависел от многих факторов: величины и количества ранее удаленных узлов, вскрытия полости матки во время операции, характера протекающей беременности, наличия сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний. Важно отметить, что большинство женщин к моменту родоразрешения были старше 30 лет.

Однако основными критериями для определения тактики родоразрешения были состояние рубца (оцененное по клиническим параметрам и данным УЗИ) и акушерские показания.

Ни у одной из обследуемых женщин, ранее перенесших миомэктомию, не было отмечено несостоятельности рубца на матке во время беременности и родов, каким бы доступом она не была выполнена. В этой связи следует отметить, что мы придерживались тактики двухрядного, послойного восстановления целостности стенки матки вне зависимости от использовавшегося для миомэктомии доступа (лапароскопии или лапаротомии).

Основным способом родоразрешения во всех группах было кесарево сечение, которое выполнено в 61 (72,6%) случае. В 44 (72,2%) случаях кесарево сечение было выполнено в плановом порядке, учитывая осложненное течение беременности, возраст, длительность бесплодия, наличие экстрагенитальной патологии, а также с учетом характера предшествующей миомэктомии. И лишь каждой четвертой пациентке — 17 (27,8%) было произведено экстренное кесарево сечение. Показаниями к экстренному родоразрешению служили: преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, острая гипоксия плода, предлежание плаценты, эклампсия.

Родоразрешение через естественные родовые пути имело место в 27,4%, то есть у 23 пациенток. Основными критериями для ведения родов через естественные родовые пути были: отсутствие акушерских показаний для кесарева сечения и удаление во время предшествующей миомэктомии субсерозных или единичных интерстициальных узлов небольшого размера (до 5 см) без вскрытия полости матки. Подавляющее большинство родов через естественные родовые пути произошло в группе ГРсМ (60%), что имеет статистически достоверные различия по отношению к остальным группам пациенток. Остальные три группы по данному показателю статистически значимо не отличались друг от друга.

Осложненное течение родов после миомэктомии, выполненной разными доступами, не имело статистически значимых различий во всех 4 представленных группах.

Таким образом, использование лапароскопического и гистерорезектоскопического доступов при выполнении миомэктомии снижает травматичность вмешательства и тем самым способствует увеличению частоты беременностей после операции. Женщины, перенесшие гистерорезектоскопическую миомэктомию, при отсутствии акушерских противопоказаний могут быть родоразрешены через естественные родовые пути. Наиболее благоприятное течение беременности, характеризовавшееся наименьшим количеством осложнений, было в группе ГРсМ.

Выводы

1. У больных миомой матки репродуктивного возраста, нуждающихся в хирургическом лечении, бесплодие наблюдается в 29,5% случаев. Восстановление репродуктивной функции происходит у 62,7% женщин, перенесших миомэктомию, и не зависит от доступа оперативного вмешательства.
2. Эндоскопические доступы (лапароскопия, гистерорезектоскопия) сопровождаются меньшей кровопотерей во время операции, укорочением температурной реакции, быстрой нормализацией формулы крови в послеоперационном периоде и сокращением длительности пребывания пациентки в стационаре.
3. Наиболее частым осложнением беременности после миомэктомии является угроза прерывания беременности, которая наблюдается у 23,8% женщин, у 9,5% беременных выявляется преэклампсия, у 2,4% — предлежание плаценты, у 1,2% — плацентарная недостаточность. Частота осложненного течения беременности не зависит от доступа оперативного вмешательства.
4. Родоразрешение путем операции кесарева сечения выполняется по комплексу акушерских показаний в 72,6% случаев после миомэктомий, выполненных разными доступами. У 60% женщин после миомэктомии, выполненной гистерорезектоскопическим доступом, возможно родоразрешение через естественные родовые пути.
5. Частота рецидивов после миомэктомии составляет в целом 34,5%. При этом после миомэктомий в ходе лапароскопических операций — 23,2%, лапаротомических — 30,4%, гистерорезектоскопии — 18,8%, комбинированных (лапароскопия и гистерорезектоскопия) — 27,5%.

Работа выполнена при финансовой поддержке Гранта Президента РФ МК 2178.2018.7.

Литература

1. Адамян Л. В. и соавт. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения). 2015.
2. Khan A. T., Shehmar M., Gupta J. K. Uterine fibroids: current perspectives. Dovepress. 29 January 2014, Vol. 2014: 6, p. 95–114. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S51083> Birmingham Women's Hospital, Edgbaston, Birmingham, UK; 2Academic Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Birmingham, Birmingham, UK.
3. Bulun S. E. Uterine fibroids // The New England Journal of Medicine. 2013, vol. 369, № 14, p. 1344–1355. View at Google Scholar.
4. De la Cruz M., Buchanan E M. Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment // Am Fam Physician. 2017, Jan 15; 95 (2): 100–107.
5. Адамян Л. В., Богданова Е. А. Оперативная гинекология детей и подростков. М., 2004. С. 206.
6. Parker W. H. Laparoscopic myomectomy and other laparoscopic treatments for uterine leiomyomas (fibroids). www.uptodate.com.
7. Kovac S., Cruikshank S., Retto H. Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy // J gynec. Surg. 2009. Vol. 6. P. 185–193.
8. Капранов С. А. Ретроспективный анализ осложнений при эмболизации маточных артерий // Акушерство и гинекология. 2012. № 8, 1.
9. Minelli L., Angiolillo M., Caione C., Palmara V. Laparoscopically-assisted vaginal hysterectomy // Endoscopy. 2011. Vol. 23. P. 64–66.
10. Maher P., Wood E., Hill D., Lolatgis N. Laparoscopically assisted hysterectomy // Med. J. Aust. 2014. Vol. 156. P. 316–318.
11. Metwally M., Cheong Y. C., Horne A. W. Surgical treatment of fibroids for subfertility // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012, vol. 11, Article ID CD003857. View at Google Scholar — View at Scopus.
12. Parker W. H., Einarsson J., Istre O., Dubuisson J. B. Risk factors for uterine rupture after laparoscopic myomectomy //

J Minim Invasive Gynecol. 2010; 17 (5): 551.

13. Barakat E. E., Bedaiwy M. A., Zimberg S., Nutter B., Nosseir M., Falcone T. S. O. Robotic-assisted, laparoscopic, and abdominal myomectomy: a comparison of surgical outcomes // Obstet Gynecol. 2011; 117 (2 Pt 1): 256.
 14. Chudnoff S. G., Berman J. M., Levine D. J., Harris M., Guido R. S., Banks E. Outpatient procedure for the treatment and relief of symptomatic uterine myomas // Obstet Gynecol. 2013, May; 121 (5): 1075–1082.
-

Ю. Е. Караваев

К. Н. Арсланян, кандидат медицинских наук

О. Н. Логинова¹, кандидат медицинских наук

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва

¹ Контактная информация: poddubnay@yandex.ru

DOI: 10.26295/OS.2019.78.78.013

Особенности течения беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после реконструктивно-пластических операций, выполненных разными доступами/ Ю. Е. Караваев, К. Н. Арсланян, О. Н. Логинова

Для цитирования: Лечащий врач № 8/2019; Номера страниц в выпуске: 68-71

Теги: женщины, репродуктивный возраст, миомэктомия, беременность

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права защищены.