

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-28

УДК: 618.14-006.36-08-039.73:618.3/.5-036

## ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПІСЛЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МЕТОДИКИ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ

Голяновський О.В., Будченко М.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра акушерства та гінекології №1 (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112)

Відповідальний за листування:  
e-mail: golyanovskyy@bigmir.net

Статтю отримано 28 листопада 2017 р.; прийнято до друку 3 січня 2018 р.

**Анотація.** Кількість хірургічних втручань у матці, включаючи консервативну міомектомію у жінок репродуктивного віку, значно зросла, і, відповідно, збільшився відсоток пацієнок з рубцем на матці. Жінкам складно скласти план вагітності, щоб визначити найкращий спосіб та час пологів. Після проведеної міомектомії планувати вагітність потрібно не раніше, ніж через 6 місяців після операції (за умови нормального самопочуття і відсутності ускладнень). Особливістю перебігу вагітності після міомектомії є наявність рубців на матці, важливі обсяг та характер проведеної операції. Пологи через природні пологові шляхи можуть бути дозволені фахівцями в наступних випадках: при відсутності загострень у відновному періоді; якщо лабораторно-інструментальні дослідження підтверджують факт повноцінності нижнього сегмента матки; при розташуванні плаценти поза рубцевою тканиною порожнини матки; при відповідності тазу матері голівці плоду; при обов'язковому відстеженні процесу пологів за допомогою моніторів; при можливості проведення кесаревого розтину в терміновому порядку, але не пізніше, ніж через п'ятнадцять хвилин після прийняття рішення про втручання. Ми запропонували інноваційний підхід - консервативна міомектомія, що виконується за допомогою електрохірургічних методів (аргоноплазмової коагуляції та радіохвильового скальпеля) та такі препарати, як терліпресин (синтетичний аналог вазопресину), *Defensal* (антиспайковий бар'єр). Проведене клінічне дослідження визначило ефективність комплексної методики хірургічного лікування лейоміоми матки з використанням сучасних медикаментозних засобів та технічного супроводу для покращення репродуктивної функції у пролікованих жінок.

**Ключові слова:** лейоміома матки, репродуктивний вік, консервативна міомектомія, вагітність, пологи.

### Вступ

Згідно з даними статистики, в останні роки значно зросла кількість оперативних втручань на матці, в тому числі консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку, і відповідно, збільшився відсоток пацієнок, що мають рубець на матці. Таким жінкам складно скласти план вагітності, встановити найкращий спосіб і час розродження. Тому актуальність питання про можливість пологів після хірургічного видалення лейоматозних вузлів в наші дні як ніколи велика [1, 6].

Лейоміома матки - це доброякісна гормонозалежна пухлина, яка розвивається з клітин міометрію. У більшості жінок захворювання проявляється у віці після 35 років. Останнім часом відзначається стійка тенденція до омолодження захворювання. Нерідко лейоміома виявляється у молодих жінок, в тому числі під час вагітності [2, 4, 8].

У 60% жінок захворювання протікає безсимптомно. Пацієнтки відмічають порушення менструального циклу, появу нерегулярних кровотеч. Лейоміома великих розмірів здавлює сусідні органи, приводячи до порушення сечовипускання і дефекації. Характерно виникнення хронічного тазового болю. У частини жінок єдиним симптомом є безпліддя [1, 2, 7, 10].

Хірургічне лікування лейоміоми показано в наступних ситуаціях: лейоміома матки у жінки, яка планує вагітність; лейоміома матки в поєднанні з безпліддям або невиношуванням вагітності; розміри лейоматозних вузлів від 2 до 10 см; стрімке зростання лейоміоми;

ускладнень лейоміоми (некроз пухлини, здавлення сусідніх органів, порушення функції сечового міхура і прямої кишки) [4, 5].

Консервативна міомектомія є операцію з видалення одиночних або множинних лейоміом зі збереженням матки. Як правило, таку операцію проводять жінкам репродуктивного віку, які бажають ще мати вагітність і не мають протипоказань. Видалення лейоміоми матки може проводитися лапароскопічним або відкритим доступом [1, 4, 9, 10].

Вагітність після консервативної міомектомії. Після проведеної міомектомії планувати вагітність потрібно не раніше ніж через 6 місяців після операції (за умови нормального самопочуття і відсутності ускладнень). Статистичні дані свідчать, що майже у 37% жінок з лейоміою матки спостерігається безпліддя, тобто вагітність після міомектомії і проведеного курсу реабілітаційних заходів настає не завжди. Це пов'язано з тим, що вагітність найбільш часто настає в перші 6 місяців після міомектомії, коли відновний період ще не закінчився і часто настає її переривання. Репродуктивні втрати багато в чому залежать від тривалості розвитку міоми матки, і розмірів пухлини [1, 6, 7].

Особливістю перебігу вагітності після міомектомії є наявність рубців на матці, і провідне значення має обсяг і характер виконаної операції. Так, після консервативної міомектомії неспроможність рубця становить до 21%, тобто основним фактором виношування вагітності

після міомектомії є функціонально-морфологічний стан рубця. Крім того, можливий розвиток наступних ускладнень: мимовільний викидень; загроза переривання вагітності; передчасні пологи; низьке розташування плаценти; передлежання плаценти; щільне прикріплення, вращення та пророщення плаценти; тазове передлежання плода; косе або поперечне положення плода; плацентарна недостатність і супутня затримка розвитку плода; розрив матки по рубцю [2, 3, 5, 6].

Пологи після міомектомії. Пологи через природні пологові шляхи можуть бути дозволені фахівцями в наступних випадках: при відсутності загострень у відновному періоді; якщо лабораторно-інструментальні дослідження підтверджують факт повноцінності нижнього сегмента матки; при розташуванні плаценти поза рубцевою тканиною порожнини матки; при відповідності тазу матері голівці плоду; при обов'язковому відстеженні процесу пологів за допомогою моніторів; при можливості проведення кесаревого розтину в терміновому порядку, але не пізніше ніж через п'ятнадцять хвилин після прийняття рішення про втручання. При недотриманні одного з пунктів пологи вести природним шляхом забороняється [4, 6, 7].

Після будь-якого виду міомектомії (без розтину або з розкриттям порожнини матки) при обтяженому акушерському анамнезі: тазовому передлежанні плода, перенесеній вагітності, плацентарній недостатності, віку жінки старше 30 років, показано виконання планового кесарського розтину [2, 3, 8].

*Мета дослідження* - дослідити ефективність інноваційного підходу лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку для зменшення ускладнень під час вагітності та пологів.

### Матеріали та методи

Запропонований нами інноваційний підхід полягає в виконанні консервативної міомектомії з використанням розчину терліприсину (синтетичний аналог вазопресину), поліфункціонального антиспайкового розчину та технічного супроводу хірургічного втручання радіохвильовим скальпелем та застосування аргоноплазмової коагуляції тканин.

У ході дослідження на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П. Л. Шупика було проліковано 76 жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки. З них 37 жінкам (контрольна група) виконували консервативну міомектомію за традиційною методикою та 39 жінкам (основна група) проводили консервативну міомектомію за нашим інноваційним підходом. Групи жінок, які увійшли до дослідження були репрезентативними за віком, паритетом і соматичною захворюваністю. Після хірургічного лікування пацієнтки отримували комплексну антирецидивну терапію. Через

### Список посилань

1. Адамян, Л. В., Зарубиани, З. Р. & Киселев, С. И. (2012). Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом

6 місяців лікування було відмінено, розпочата преградна підготовка та за умов нормального самопочуття і відсутності ускладнень жінкам було рекомендовано вступати в вагітність природним шляхом.

### Результати. Обговорення

У дослідній групі не відмічалась поява рецидивів захворювання протягом трьох років спостереження, через 6 місяців після операції самостійно завагітніло 18 жінок, з яких у 12 пацієнток пологи були завершені через природні пологові шляхи та у 6 пацієнток - шляхом кесарева розтину. Ще 21 пацієнтка дослідної групи завагітніла через рік та більше після лікування. У контрольній групі рецидиви захворювання були виявлені у 5 пацієнток, протягом першого року після хірургічного лікування лейоміоми вагітностей не було, протягом другого завагітніло 19 пацієнток, з яких 8 жінок народили через природні пологові шляхи, а іншим було виконано кесарів розтин. Такі результати в дослідній групі, на нашу думку, свідчать про відсутність злук в черевній порожнині та про формування спроможного рубця на матці після консервативної міомектомії, що спричинено дією поліфункціонального антиспайкового розчину, який ефективно профілакує утворення злук у черевній порожнині після оперативного втручання та використання аргоноплазмової коагуляції, перевагами якої є відсутність контакту електрода з тканинами, що виключає мікробну контамінацію, можливість контролю глибини і площі коагуляції, відсутність пошкодження навколишніх тканин та сприяє формуванню спроможного рубця на матці, а також зменшує об'єм крововтрати.

По тематиці дослідження у літературі відсутні дані результатів досліджень за останні 3 роки, тому тема нашого дослідження є особливо актуальною.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Відсутність злук в черевній порожнині та формування спроможного рубця на матці після консервативної міомектомії значно збільшує фертильність прооперованих пацієнток та приводить до кращих результатів розродження.

Продовження досліджень запропонованої нами методики дозволить підвищити ефективність хірургічного лікування лейоміоми матки та значно вплине на подальше виконання репродуктивної функції жінками. Впровадження в практичну діяльність комплексу організаційних заходів, сучасної медикаментозної профілактики/лікування та органозберігаючого методу хірургічного втручання дозволить знизити кількість гістеректомій у жінок репродуктивного віку, що приведе до покращення репродуктивної функції даного контингенту та якості життя жіночого населення.

лечении миомы матки у женщин детородного возраста. *Акушерство и гинекология*, 3, 40-4.

2. Базанов, П. А. & Волков, Н. И. (2012). Миома матки и нарушения репродуктивной функции. *Проблемы репродукции*, 4 (8), 16-8.
  3. Буянова, С. Н., Логутова, Л. С. & Бабунашвили, Е. Л. (2013). Репродуктивный прогноз при миоме матки. *Российский вестник акушера-гинеколога*, 3 (4), 47-9.
  4. Вихляева, Е. М. (2010). О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки. *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*, 3, 21-2.
  5. Andersen, J. (2010). Growth factors and cytokines in uterine leiomyomas. *Semin. Reprod. Endocrinol.*, 14 (3), 269-82. DOI: 10.1055/s-2007-1016336.
  6. Bendifallah, S., Brun, J. L. & Fernandez, H. J. (2011). Myomectomy for infertile women: the role of surgery. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 40 (8), 885-901. DOI: 10.1016/j.jgyn.2011.09.014.
  7. Candiani, G. B. & Fedele, L. (2011). Risk of recurrence after myomectomy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 98 (4), 385-9. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1991.tb13429.x>.
  8. Fauconnier, A. & Chapron, C. (2010). Recurrence of leiomyomata after myomectomy. *Human Reproduction Update*, 6 (6), 595-602.
  9. Li, T. C., Mortimer, R. & Cooke, I. D. (1999). Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. *Hum. Reprod.*, 14 (7), 1735-1740.
  10. Rolli, R., Favilli, A., Acanfora, M. M., Scuderi, G., Di Renzo, G. C. & Gerli, S. (2012). Vaginal myomectomy is a safe and feasible procedure: A retrospective study of 46 cases. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 38 (9), 1201-1205. doi:10.1111/j.1447-0756.2012.01852.x.
2. Bazanov, P. A. & Volkov, N. I. (2012). Mioma матки i narusheniya reproduktivnoy funktsii. [Uterine fibroids and reproductive disorders]. *Problemy reprodukcii - Reproduction problems*, 4 (8), 16-8.
  3. Buyanova, S. N., Logutova, L. S. & Babunashvili, E. L. (2013). Reproductivnyj prognoz pri miome матки. [Reproductive prognosis for uterine myoma]. *Rossijskij vestnik akushera-ginekologa - The Russian bulletin of the obstetrician-gynecologist*, 3 (4), 47-9.
  4. Vihlyeva, E. M. (2010). O strategii i taktike vedeniya bolnyh s miomoy матки. [On the strategy and tactics of managing patients with uterine myoma]. *Vestnik Rossijskoj asociacii akusherov-ginekologov - Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists*, 3, 21-2.
  5. Andersen, J. (2010). Growth factors and cytokines in uterine leiomyomas. *Semin. Reprod. Endocrinol.*, 14 (3), 269-82. DOI: 10.1055/s-2007-1016336.
  6. Bendifallah, S., Brun, J. L. & Fernandez, H. J. (2011). Myomectomy for infertile women: the role of surgery. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 40 (8), 885-901. DOI: 10.1016/j.jgyn.2011.09.014.
  7. Candiani, G. B. & Fedele, L. (2011). Risk of recurrence after myomectomy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 98 (4), 385-9. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1991.tb13429.x>.
  8. Fauconnier, A. & Chapron, C. (2010). Recurrence of leiomyomata after myomectomy. *Human Reproduction Update*, 6 (6), 595-602.
  9. Li, T. C., Mortimer, R. & Cooke, I. D. (1999). Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. *Hum. Reprod.*, 14 (7), 1735-1740.
  10. Rolli, R., Favilli, A., Acanfora, M. M., Scuderi, G., Di Renzo, G. C. & Gerli, S. (2012). Vaginal myomectomy is a safe and feasible procedure: A retrospective study of 46 cases. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 38 (9), 1201-1205. doi:10.1111/j.1447-0756.2012.01852.x.

## References

1. Adamyan, L. V., Zarubiani, Z. R. & Kiselev, S. I. (2012). Laparoskopiya i gisterorezektoskopiya v hiruricheskom lechenii miomy матки u zhenshin detородного возраста. [Laparoscopy and hysteroresectoscopy in the surgical treatment of uterine fibroids in women of childbearing age].

Голяновський О.В., Будченко М.А.

## ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

**Аннотация.** Количество хирургических вмешательств на матке, включая консервативную миомэктомию у женщин репродуктивного возраста, значительно возросло, и, соответственно, увеличился процент пациенток с рубцом на матке. Женщинам сложно составить план беременности, чтобы определить наилучший способ и время родов. После проведенной миомэктомии планировать беременность нужно не ранее, чем через 6 месяцев после операции (при условии нормального самочувствия и отсутствия осложнений). Особенностью течения беременности после миомэктомии является наличие рубцов на матке, важны объем и характер проводимой операции. Роды через естественные родовые пути могут быть разрешены специалистами в следующих случаях: при отсутствии обострений в восстановительном периоде; если лабораторно-инструментальные исследования подтверждают факт полноценности нижнего сегмента матки; при расположении плаценты вне рубцовой ткани полости матки; при соответствии таза матери головке плода; при обязательном отслеживании процесса родов с помощью мониторов; при возможности проведения кесарева сечения в срочном порядке, но не позднее чем через пятнадцать минут после принятия решения о вмешательстве. Мы предложили инновационный подход - консервативная миомэктомиа, что выполняется с помощью электрохирургических методов (аргоноплазмовой коагуляции и радиоволнового скальпеля) и такие препараты, как терлипессин (синтетический аналог вазопрессина), Defensal (антиспазмовый барьер). Проведенное клиническое исследование определило эффективность комплексной методики хирургического лечения миомы матки с использованием современных медикаментозных средств и технического сопровождения для улучшения репродуктивной функции у пролеченных женщин.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, репродуктивный возраст, консервативная миомэктомиа, беременность, роды.

Golyanovskyy O.V., Budchenko M.A.

## PREVENTION OF PREGNANCY AND SICKNESS AFTER A SUSTAINED METHOD OF CONSERVATIVE MYOMECTOMY

**Annotation.** The number of surgical interventions in the uterus, including conservative myomectomy in women of reproductive age, has increased significantly, and, accordingly, the percentage of patients with a scar on the uterus has increased. It is difficult for women to make a pregnancy plan, to determine the best way and time of delivery. After the performed myomectomy, pregnancy planning is required not earlier than 6 months after the operation (provided the normal state of health and absence of complications).

*The peculiarity of the course of pregnancy after myomectomy is the presence of scarring on the uterus, and the importance of the volume and nature of the operation performed. Childbirth through natural birth lines can be resolved by specialists in the following cases: in the absence of exacerbations in the recovery period; if laboratory-instrumental studies confirm the fact of the fullness of the lower segment of the uterus; at placental placenta outside the scar tissue of the uterus; when the mother's pelvis matches the fetal head; with obligatory tracking of childbirth process using monitors; if possible, a cesarean section urgently, but not later than fifteen minutes after the decision to intervene. We proposed innovative approach is conservative myomectomy performed using electrosurgical techniques (argon plasma coagulation and radio wave scalpel) and such medications as Terlipressin (synthetic analogue of vasopressin), Defensal (anti-adhesion barrier). The conducted clinical research has determined the effectiveness of the complex method of surgical treatment of uterine leiomyomas with the use of modern drugs and technical support for the improvement of reproductive function in treated women.*

**Keywords:** *leiomyoma of the uterus, reproductive age, conservative myomectomy, pregnancy, childbirth.*

---