

УДК 618.39-02:618.14-007.65]-08
DOI

©Н. С. Вереснюк, В. І. Пирогова

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ У ПАЦІЄНТОК ІЗ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ У ПАЦІЄНТОК ІЗ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ – У статті наведено результати гістероскопічної метропластики у 34 пацієнток із неповною внутрішньоматковою перегородкою та невиношуванням вагітності в анамнезі. Представлені дані вказують на високу ефективність гістероскопічної корекції вади розвитку матки, що веде до збільшення частоти виношування вагітності.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ – В статье наведены результаты гистероскопической метропластики у 34 пациенток с неполной внутриматочной перегородкой и невынашиванием беременности в анамнезе. Приведенные данные свидетельствуют о высокой эффективности гистероскопической коррекции аномалии развития матки, что сопровождается возрастанием частоты вынашивания беременности.

EFFICIENCY OF CORRECTION OF UTERINE SEPTATE IN PATIENTS WITH MISCARRIAGE – The article presents the results of the hysteroscopic metroplasty in 34 patients with incomplete uterine septum and miscarriage in anamnesis. These data indicate a high efficacy of hysteroscopic correction method of malformation of the uterus, which is implemented by increasing the frequency of the gestation of pregnancy.

Ключові слова: невиношування, перегородка матки, гістероскопія.

Ключевые слова: невынашивание, перегородка матки, гистероскопия.

Key words: miscarriage, septate uterus, metroplasty.

ВСТУП В останні роки спостерігається тенденція до зростання частоти природжених аномалій розвитку статевих органів, поширеність яких у жіночій популяції складає 3–4 % [1]. При вивченні проблеми вроджених аномалій розвитку органів репродуктивної системи питання вдосконалення методів діагностики та хірургічної корекції продовжують залишатися актуальними.

Внутрішньоматкова перегородка є однією з найпоширеніших форм вроджених маткових аномалій [2]. При цьому недостатньо вивчено клінічні особливості перебігу захворювання, характер порушень репродуктивної та сексуальної функцій, частота супутніх захворювань.

Близько 40 % пацієнток із матковою перегородкою мають порушення репродуктивної функції, найчастіше зустрічається звичне невиношування, безпліддя та різноманітні акушерські ускладнення [3]. Однак нез'ясованими залишаються причинно-наслідкові питання таких порушень. Частина авторів доводить, що у жінок із перегородкою матки репродуктивні наслідки є значно гіршими, порівняно з пацієнтками без аномалій розвитку внутрішніх статевих органів, суперечливими залишаються питання щодо причини первинного безпліддя при наявності перегородки в порожнині матки [4].

Внутрішньоматкова перегородка може залишатися тривалий час не діагностованою. Часто причинами звернення до гінеколога стають самовільні викидні або ж звичне невиношування, передчасні пологи в анамнезі, що вимагає проведення комплексного клініко-лабораторного обстеження, обов'язковими етапами якого є визначення

гормонального гомеостазу, виключення інфекційного фактора, проведення ультразвукової діагностики органів малого таза, метросальпінгографії, гістеро- та лапароскопії, медико-генетичного консультування та визначення каріотипу.

На сьогодні "золотим стандартом" у лікуванні пацієнток із перегородкою матки є гістероскопічна метропластика. Дана методика, на відміну від лапаротомного доступу, дозволяє виконати корекцію вади без порушення цілості стінки матки. Дискутабельним залишається питання проведення реабілітаційних заходів після резектоскопічної метропластики: одні дослідники вважають за доцільне призначення естроген-гестагенних препаратів, частина авторів наполягає на введенні внутрішньоматкового контрацептиву після проведення гістероскопічного розсічення маткової перегородки на 3–6 місяців із метою профілактики синдрому Ашермана.

Літературні дані щодо репродуктивних наслідків після проведення метропластики не зовсім однозначні. Наприклад, частота настання вагітності після гістероскопічної резекції перегородки в порожнині матки коливається від 39 до 81 %, а живонароджених дітей – від 26 до 73 % [4–7].

Метою дослідження було вивчити безпечність та ефективність проведення гістероскопічної резекції внутрішньоматкової перегородки у пацієнток із невиношуванням вагітності.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Когорту пацієнток, включених у дослідження, склали 34 жінки з неповною перегородкою у порожнині матки та невиношуванням вагітності в анамнезі. Вік обстежених жінок коливався від 22 до 34 років. Верифікація діагнозу внутрішньоматкової перегородки базувалась на комплексному клініко-інструментальному обстеженні, яке, окрім клініко-анамнестичних даних, включало ультразвукове дослідження органів малого таза та сечовидільної системи. Ультрасонографічне обстеження методом трансабдомінальної та трансвагінальної ехографії у режимі реального часу проводили в першу фазу менструального циклу між 5 та 15 днем менструального циклу за стандартною методикою ультразвуковою діагностичною системою HD11 XE (Philips Ultrasound, США), частота вагінального датчика 4–8 МГц. Порожнину матки досліджували в двох перпендикулярних площинах: сагітальній та поперечній.

Усіх пацієнток обстежували на TORCH-комплекс методом парних сироваток та визначали в сироватці крові рівні гонадотропних та статевих гормонів яєчників. На 6–8 день менструального циклу проводили гістеросальпінгографію з використанням 76 % розчину урографіну. Всіх пацієнток консультував медичний генетик з визначенням каріотипу.

Після комплексного обстеження проводили хірургічну корекцію перегородки матки. Гістероскопічну метропластику виконували під ендотрахеальним наркозом в ранню фолікулярну фазу менструального циклу під одночасним лапароскопічним контролем за цілістю стінки матки. Під час гістерорезектоскопії з метою профілактики інфекційних ускладнень одноразово використовували внутрішньовенно цефалоспорино II покоління. Після розширення цервікального каналу до № 10,5 розширювача

Геґара, в порожнину матки вводили гістерорезектоскоп (Karl Storz, Німеччина), в якості рідинного середовища використовували турусол. Петлею резектоскопа поступово з використанням монополярного струму в режимі чистого різання розсікали перегородку від верхівки до основи до моменту візуалізації вічок маткових труб та досягнення трикутної форми порожнини матки. Поєднане використання гістеро- та лапароскопії, окрім уточнення або підтвердження діагнозу, дає змогу уникнути небажаних ускладнень, пов'язаних з перфорацією матки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок становив $(29,8 \pm 4,2)$ року. Середній індекс маси тіла склав $23,4 \pm 3,2$, фізичний розвиток відповідав віковій нормі. Основною скаргою пацієнток при зверненні було невиношування вагітності. В його структурі на долю звичного невиношування припадало 55,9 %. Середній вік менархе склав $(13,6 \pm 2,1)$ року. В 76,5 % пацієнток із внутрішньоматковою перегородкою менархе відмічено в 12–14 років, однак у 23,5 % його настання було пізнім (15–17 років). Тривалість менструації та менструального циклу в більшості пацієнток відхилень не мали (70,6 %). Однак 29,4 % хворих відмічали болючі менструації, що було причиною прийому нестероїдних протизапальних препаратів у 60 % випадків.

Концентрація гонадотропних гормонів у сироватці крові (ЛГ, ФСГ, пролактин), ТТГ і статевих стероїдних гормонів (естрадіол, прогестерон) у 28 (82,3 %) пацієнток була в межах референтних значень. У 2 (5,9 %) хворих діагностовано функціональну гіперпролактинемію. Слід зазначити, що у 1 (2,9 %) жінки мала місце гіперестрогенемія з наявністю ановуляторного циклу, а у 3 (8,8 %) – недостатність лютеїнової фази.

В усіх пацієнток підтверджено нормальний набір хромосом – 46XX. Поєднання аномалій розвитку матки з вадами сечостатевої системи зустрічалось у 5,9 % випадків (аплазія нирки, дистопія одної нирки).

Усім 34 пацієнткам було проведено гістероскопічну резекцію внутрішньоматкової перегородки. Середня тривалість операційного втручання склала $(22,4 \pm 5,8)$ хв. У 1 (2,9 %) хворої необхідне було проведення повторного хірургічного втручання, оскільки під час першої операції не вдалось одномоментно повністю розсікти перегородку. З метою запобігання вагітності та профілактики внутрішньоматкових синехій у післяопераційному періоді ми рекомендували пацієнткам упродовж трьох місяців після операційного втручання використовувати комбіновані оральні контрацептиви.

Жодних ускладнень, як інтраопераційних, так і післяопераційних (перфорація матки, кровотеча, термічне ушкодження чи переваження кров'яного русла рідини та ін.) не було.

Тривалість спостереження за пацієнтками після проведеної метропластики склав у середньому $(24,8 \pm 9,2)$ місяця. Частота настання вагітності після гістероскопічної резекції перегородки склала 79,4 %. 88,9 % жінок завагітніли самостійно, однак у однієї пацієнтки мала місце ектопічна вагітність, яка завершилась проведенням лівобічної тубектомії. У 11,1% випадків вагітність настала внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій. Усім пацієнткам за два місяці до планованого зачаття призначали мікронізований прогестерон вагінально у дозі 50 мг двічі на добу, з моменту підтвердження маткової вагітності (5–6 тижнів гестації) пацієнтки отримували терапію, спрямовану на пролонгування вагітності у вигляді продовження застосування мікронізованого прогестерону вагінально у дозі 100 мг двічі на добу. Однак у 51,9 % пацієнток вагітність перебігала із явищами загрози

переривання, з них в третині випадків – з утворенням ретрохоріальної гематоми, що свідчить про необхідність ретельного супроводу вагітності, яка настала після метропластики.

У 19 (70,4 %) пацієнток вагітність завершилась народженням живих здорових дітей, при чому з них 42,2 % – жінки зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі, самовільний викидень та замерла вагітність мали місце в 22,2 % випадках, у решти 7,4 % жінок вагітність прогресує на даний час. У 18,5 % пацієнток вагітність завершилась передчасними пологами у терміни від 33 до 36 тижнів вагітності, 51,8 % жінок народили своєчасно. Середній часовий інтервал між метропластикою та першими пологами склав $(17,4 \pm 6,4)$ місяця. Частка кесаревого розтину становила 31,6 %.

Отже, незважаючи на високу ефективність гістерорезектоскопії у жінок із внутрішньоматковою перегородкою та невиношуванням вагітності в анамнезі, наслідком якої є настання вагітності у 79,4 % жінок та народження живої дитини у 70,4 % випадків, залишаються ризики виникнення невиношування вагітності, передчасних пологів, розриву матки під час вагітності або в пологах, що вимагає ретельного антенатального спостереження упродовж усієї вагітності, що дасть можливість попередити акушерсько-гінекологічні ускладнення.

ВИСНОВКИ 1. Проведення гістероскопії під контролем лапароскопії дає можливість верифікувати діагноз маткової перегородки та провести хірургічну корекцію даної аномалії зі збереженням цілості стінки матки.

2. Гістероскопічна метропластика є ефективним методом корекції внутрішньоматкової перегородки у пацієнток із невиношуванням вагітності в анамнезі, оскільки частота живонароджених дітей складає 70,4 %, а серед когорти пацієнток зі звичним невиношуванням – 42,2 %.

3. Пацієнтки після гістероскопічної метропластики вимагають ретельного нагляду упродовж усієї вагітності, що дасть можливість вчасно профілакувати акушерсько-гінекологічні ускладнення.

Перспективи подальших досліджень Подальші дослідження дадуть змогу вдосконалити діагностично-лікувальний алгоритм при аномаліях розвитку матки та невиношуванні вагітності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Acien P. Evidence-based management of recurrent miscarriage. Surgical management / P. Acien, M. Acien // *Int. Congr. Series.* – 2004. – Vol. 1(266). – P. 335–342.
2. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results / G. F. Grimbizis, M. Camus, B. C. Tarlatzis [et al.] // *Hum. Reprod. Update.* – 2001. – Vol. 7. – P. 161–174.
3. Troiano R. Mullerian duct anomalies: Imaging and clinical issues / R. Troiano, S. M. McCarthy // *Radiology.* – 2004. – Vol. 233. – P. 19–34.
4. Hysteroscopic resection of the septum improves the pregnancy rate of women with unexplained infertility: a prospective controlled trial / A. Mollo, P. De Franciscis, N. Colacurci [et al.] // *Fertil. Steril.* – 2009. – Vol. 91. – P. 2628–2631.
5. Hollett-Caines J. Fertility and pregnancy outcomes following hysteroscopic septum division / J. Hollett-Caines G. A. Vilos, B. Abu-Rafea // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* – 2006. – Vol. 28 (2). – P. 156–159.
6. Hysteroscopic septum resection of complete septate uterus with cervical duplication, sparing the double cervix in patients with recurrent spontaneous abortions or infertility / J. H. Wang, K. H. Xu, J. Lin [et al.] // *Fertil. Steril.* – 2009. – Vol. 91 (6). – P. 2643–2649.
7. Septate uterus: reproductive outcome after hysteroscopic metroplasty / S. Pace, L. Cipriano, G. Pace [et al.] // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* – 2006. – Vol. 33(2). – P. 110–112.

Отримано 04.02.16