

# Консервативная миомэктомия и беременность: особенности течения, факторы перинатального риска и их прогнозирование

Гуринович Екатерина Андреевна, студент;

Царёва Светлана Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент  
Белорусский государственный медицинский университет (г. Минск)

В последнее время обращает на себя внимание всё более нарастающая заболеваемость новообразованиями женских половых органов как злокачественными, так и доброкачественными, в частности миома матки. Данный феномен затрагивает все возраста: по данным разных ис-

следований, практически у каждой третьей-четвёртой из женщин репродуктивного возраста диагностируют миому матки [1, с. 320]. Несмотря на это, существует множество малоизученных вопросов касательно данной патологии: выбор метода лечения, сохранение репродуктивной

функции у таких женщин, тактика ведения беременности и родов у таких пациенток, в том числе после операции по её удалению либо на фоне данной доброкачественной опухоли матки [2, с. 111; 3, с. 388].

**Цели:** выявление особенностей протекания беременности, родоразрешения у пациенток с рубцом на матке различного генеза в анамнезе и пациенток, беременность и роды которых протекали на фоне миомы матки, сопоставление выявленных особенностей между собой.

**Материалы и методы исследования.** Ретроспективно проанализировано 92 историй родов на базе 6 ГКБ г. Минска в период 2010–2012 гг. На основе проанализированного материала сформировано 4 группы: I (КМЭ) — 26 беременных с консервативной миомэктомией в анамнезе, II (М) — 20 пациенток с беременностью, протекающей на фоне миомы матки, III (КС) — 26 пациенток, перенесших ранее операцию кесарева сечения (однократно), IV (К) — контрольная группа из 20 пациенток, беременность которых протекала без вышеуказанной патологии и родоразрешились естественным путём.

Для анализа данных использовались методы непараметрической статистики. Сравнение количественных данных в группах проводилось с использованием U — критерия Манна-Уитни, в отдельных случаях — однофакторного дисперсионного анализа Краскала-Уоллеса (ANOVA). Связь между показателями исследовали с помощью корреляционного анализа Спирмена, достоверными считались результаты при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Различия по распределению пациенток по возрастным категориям не выявлены, все исследуемые группы были сопоставимы по возрасту.

Достоверно чаще беременность в исследуемых группах по сравнению с группой контроля осложнялась угрозами прерывания беременности в различных сроках, гестозами, хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН). Обращает на себя внимание достоверно более высокая частота угроз прерывания в I группе, а также выявленные случаи многоводия, синдрома задержки внутриутробного развития (СЗРП) в I группе (таблица 1).

Таблица 1. Осложнения беременности у пациенток в исследуемых группах

	I (КМЭ)	II (М)	III (КС)	IV (К)
Угрозы прерывания в разных сроках	16 (61,54%) *	10 (50%) *	8 (30,77%) *	8 (40%)
Анемия	4 (15,38%)	4 (20%)	5 (19,23%)	8 (40%)
Гестозы	2 (7,69%) *	2 (10%) *	2 (7,69%) *	1 (5%)
ХФПН	5 (19,23%) *	4 (20%) *	1 (3,85%) *	0
Маловодие	0	0	0	1 (5%)
Многоводие	1 (3,85%)	0	0	0
СЗРП	1 (3,85%)	0	0	0
ГПН	1 (3,85%)	0	0	0
ГСД	1 (3,85%)	0	0	0

Примечание: \* — значения при  $p < 0,05$

Также в исследуемых группах было изучено распределение случаев угроз прерывания беременности по триместрам (таблица 2). Было выявлено, что 4 из 5 случаев раз-

вития ХФПН в I группе сочетались с угрозой прерывания беременности в I триместре. Достоверные различия выявлены в II и III триместре между I и IV, II и IV группами.

Таблица 2. Относительное распределение угроз прерывания беременности по триместрам в исследуемых группах

Исследуемая группа	Триместр		
	I	II	III
I (КМЭ)	47,83%	13,04%*	39,13%*
II (М)	10,53%	42,11%*	47,37%*
III (КС)	44,44%	22,22%	33,33%
IV (К)	44,44%	33,33%	22,22%

Примечание: \* — значения при  $p < 0,05$

Помимо вышеупомянутых критериев, дополнительно в I группе была изучена продолжительность временного интервала между проведенной операцией и наступившей беременностью (средний показатель составил 2,0 года). У 8 (30,77% из всех исследуемых в группе) пациенток имелось диагностированное бесплодие в анамнезе. Рецидив

миомы матки в данной группе был выявлен у 7 (26,92%) пациенток, у 3 (11,54%) из них — множественная миома. В дальнейшем 3 (11,54%) роженицам была выполнена консервативная миомэктомия во время родоразрешения операцией кесарева сечения.

По результатам корреляционного анализа Спирмена исследования связи между количеством случаев угроз прерывания беременности и промежутком между КМЭ и наступившей беременностью была выявлена положительная корреляционная связь слабой силы у пациенток

I (КМЭ) группы ( $r = 0,2613$ ). Более того, данная связь усиливалась среди пациенток I группы с ранее установленным диагнозом бесплодия ( $r = 0,4418$ ).

Данная связь была изучена также в разрезе временного интервала формирования рубца после КМЭ (таблица 3).

Таблица 3. Результаты корреляционного анализа Спирмена в I группе

Промежуток между КМЭ и наступившей беременностью, годы	Коеф. Спирмена (R)	Характеристика выявленной связи
0–1,9 года	0,4714	Положительная связь умеренной силы
2–2,9 года	0,1871	Положительная связь слабой силы
3–8 года	0,7276	Положительная связь высокой силы

Характеризуя течение беременности во II группе, необходимо отметить, что у 1 (5%) пациентки была диагностирована множественная миома матки. В дальнейшем 4 (20%) роженицам была выполнена консервативная миомэктомия во время родоразрешения операцией кесарева сечения.

Перейдём к характеристике родового периода пациенток исследуемых групп. Достоверных различий по среднему сроку беременности в родах среди исследуемых групп не выявлено, но необходимо отметить, что во II группе наблюдался 1 случай преждевременных родов в сроке 247 дней.

Пациентки I группы достоверно чаще родоразрешались операцией кесарева сечения, чем пациентки II группы. Для III группы практически всегда наблюдалось родоразрешение операцией кесарева сечения, родоразрешение пациенток IV группы было predetermined моделью исследования (рисунок 1). 3 пациентки I группы, родораз-

решение которых планировалось естественными родами, были родоразрешены экстренной операцией кесарева сечения ввиду развившейся вторичной слабости родовой деятельности и неэффективности немедикаментозных методов родостимуляции.

Естественные роды пациенток исследуемых групп осложнялись разрывами родовых путей (40%; 44,44%; 100%; 35% соответственно), несвоевременным излитием околоплодных вод (40%; 33,33%; 0%; 20% соответственно), которое статистически чаще встречалось в I группе.

У пациенток, родоразрешённых операцией кесарева сечения, отмечались несвоевременное излитие околоплодных вод, несостоятельность рубца на матке, вторичная слабость родовой деятельности (таблица 4). Последнее осложнение достоверно чаще встречалось в I группе, для других осложнений частота случаев среди исследованных групп статистически не различалась.

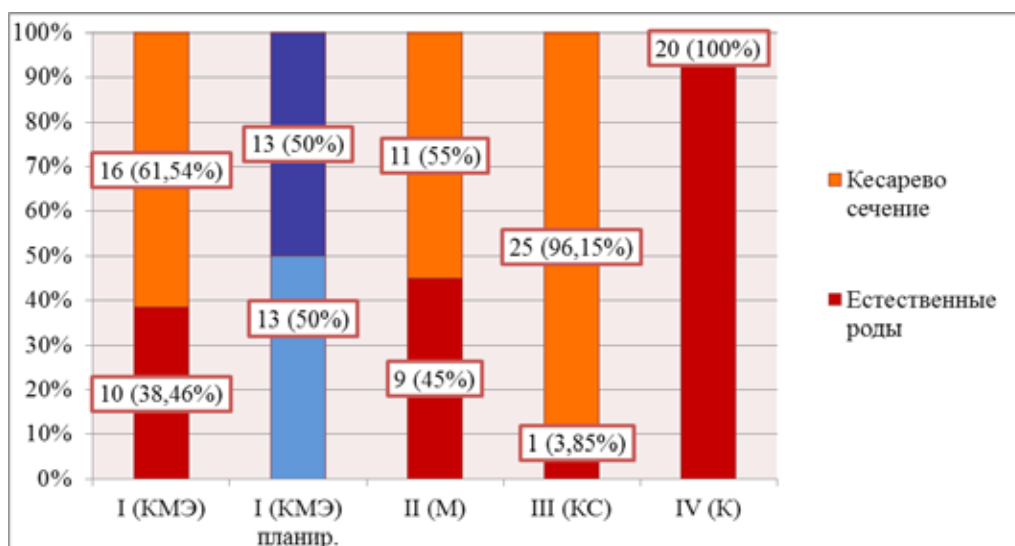


Рис. 1. Планировавшееся и фактическое родоразрешение в исследуемых группах

Таблица 4. Осложнения, возникшие в родовом периоде у пациенток, родоразрешённых операцией кесарева сечения

Группы пациенток	Слабость родовой деятельности	Несостоятельность рубца на матке	Несвоевременное излитие околоплодных вод
I (КМЭ)	3 (18,75%) *	1 (6,25%)	5 (31,25%)
II (М)	0	0	3 (27,27%)
III (КС)	0	2 (8%)	7 (28%)

Примечание: \* — значения при  $p < 0,05$

Таблица 5. Объём кровопотери при родах в исследуемых группах

Группы пациенток	Объём кровопотери (ЕР), мл	Объём кровопотери (КС), мл
I (КМЭ)	250	693,75*
II (М)	238,9	677,3
III (КС)	230	618
IV (К)	252,5	-

Таблица 6. Состояние новорождённых в исследуемых группах

Группы женщин	Вес, г	Рост, см	Шкала Апгар на момент рождения	Шкала Апгар спустя 5 минут
I (КМЭ)	3384	50,54	8	8,5
II (М)	3461,5	51,5	8	8,8
III (КС)	3441,7	51,77	8,04	8,92
IV (К)	3343,6	51,35	8	8,75

По результатам проведённого исследования выявлено, что естественные роды пациенток исследуемых групп статистически не различались по объёму кровопотери. Однако, при родоразрешении операцией кесарева сечения отмечалась достоверно большая кровопотеря в I группе по сравнению со всеми остальными (таблица 5).

Состояние новорожденных в исследуемых группах по параметрам статистически не различалось (таблица 6).

#### Выводы:

1. После КМЭ наиболее благополучным периодом для планирования беременности является третий год после выполненной операции.

2. Беременных с КМЭ в анамнезе следует наблюдать в группах риска по невынашиванию, ХФПН, гестозам и

проводить курсы соответствующего профилактического лечения. Особенно пристальное внимание необходимо уделять той категории пациенток после перенесенной операции, у кого ранее было диагностировано бесплодие.

3. Ввиду достоверно более высокого риска развития вторичной слабости родовой деятельности в сочетании с ограниченным использованием методов родостимуляции, у пациенток с КМЭ в анамнезе предпочтительно родоразрешение операцией кесарева сечения. При планировании родоразрешения операцией кесарева сечения у данной категории пациенток необходимо проводить тщательную предоперационную подготовку и интраоперационную профилактику возникновения массивных акушерских кровотечений.

#### Литература:

1. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. Каф. Акушерства и гинекологии ФПНО ММА им. И. М. Сеченова — М. — 2003. — 256 с.
2. Вихляева, Е. М. Руководство по диагностике и лечению больных лейомиомой матки / Е. М. Вихляев. — М.: МЕДпресс-информ. — 2004. — 400 с.
3. Органосохраняющие хирургические технологии в лечении женщин с доброкачественной опухолью матки / Л. Ф. Можейко, М. Л. Лапотко, А. И. Казакевич, Т. Н. Гладышева // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2012. — № 2. — с. 27–36.