

Е. А. Гуринович

**КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА
ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. С. Н. Царева

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. На сегодняшний день уже изучены многие грани влияния миомы матки на течение беременности и родов, но вопрос тактики ведения пациенток после оперативного лечения миомы матки остаётся открытым. Данная статья посвящена сравнительному изучению течения беременности и родов у пациенток после консервативной миомэктомии, после кесарева сечения, а также тех, чья беременность протекала на фоне неоперированной миомы матки.

Ключевые слова: рубец на матке, консервативная миомэктомия, миома матки.

K. A. Hurinovich

**CONSERVATIVE MYOMECTOMY AND ITS EFFECTS ON
SUCCEEDING PREGNANCY AND PARTURITION**

Tutor associate professor S. N. Tsaryova

Department of Obstetrics and Gynecology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Resume. Although we know much about pregnancy among women with myoma, there's a lack of knowledge about pregnancy coming after myomectomy. This article represents results of researching pregnancy and parturitions of this category of patients including those who had myomectomy before, comparing with patients with cesarean section in anamnesis.

Keywords: uterine scar, conservative myomectomy, uterine fibroid.

Актуальность. Вопросы сохранения репродуктивной функции у женщин с миомой матки, а также тактики ведения беременности и родов у таких пациенток, в том числе после операции по её удалению, приобретают все большую социальную значимость и остаются малоизученными [1,2].

Цель: сравнение течения беременности, родоразрешения у пациенток с рубцом на матке различного генеза в анамнезе с пациентками, беременность и роды которых протекали на фоне миомы матки.

Материал и методы. 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 проводились с использованием U-критерия Ман-

на-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 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 (I – 16 (61,54%); II – 10 (50%); III – 8 (30,77%); IV – 8 (40%)), гестозами (2 (7,69%); 2 (10%); 2 (7,69%); 1 (5%)), хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН) (5 (19,23%); 4 (20%); 1 (3,85%); 0). Обращает на себя внимание достоверно более высокая частота угроз прерывания в I группе, а также выявленные случаи многоводия (1 (3,85%)), синдрома задержки внутриутробного развития (СЗРП) (1 (3,85%)) в I группе.

Также в исследуемых группах было изучено распределение случаев угроз прерывания беременности по триместрам. Было выявлено, что 4 из 5 случаев развития ХФПН в I группе сочетались с угрозой прерывания беременности в I триместре. Достоверные различия выявлены в II (13,04%; 42,11%; 33,33%) и III (39,13%, 47,37%; 22,22%) триместре между I, II и IV группами.

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. 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 ($r^2 = 0,4418$). Данная связь была изучена также в разрезе временного интервала формирования рубца после КМЭ (таблица 1).

Таблица 1. Результаты корреляционного анализа Спирмена в I группе

Промежуток между КМЭ и наступившей беременностью, годы	Коэф. 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

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 предопределено моделью исследования. 3 пациентки I группы, родоразрешение 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 (18,75%; 0%; 0%), несостоятельность рубца на матке (6,25%; 0%; 8%), вторичная слабость родовой деятельности (31,25%; 27,27%; 28%). Последнее осложнение достоверно чаще встречалось в I группе, для других осложнений частота случаев среди исследованных групп статистически не различалась. По результатам проведённого исследования выявлено, что естественные роды пациенток исследуемых групп статистически не различались по объёму кровопотери (250 мл; 238,9 мл; 230 мл; 252,5 мл). Однако, при родоразрешении операцией кесарева сечения отмечалась достоверно большая кровопотеря в I группе по сравнению со всеми остальными (693,75 мл; 677,3 мл; 618 мл).

Состояние новорожденных в исследуемых группах по параметрам статистически не различалось (таблица 2).

Таблица 2. 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

Заключение. Наиболее оптимально планирование беременности спустя 2 года после КМЭ. 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. У пациенток с КМЭ в анамнезе

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

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликовано 5 статей в сборниках материалов, 1 тезис докладов, 3 статьи в журналах, получено 2 акта внедрения в образовательный процесс (кафедра акушерства и гинекологии), 5 актов внедрения в производство (УЗ «6-я ГКБ г. Минска», УЗ «Червенская ЦРБ», УЗ «28-я ГП г. Минска»).

Литература

1. Локшин, В. Н. Медико-социальная проблема женщин, страдающих фибромиомой матки / В. Н. Локшин, А. А. Петренко // Социология медицины. – 2005. – №2 (7). – С. 46-49.
2. Савельева, Г. М. Акушерство / Г. М. Савельева. – М.:МЕДпресс-информ. – 697 с.