

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ КАК ФАКТОР ПЕРИНАТАЛЬНЫХ УГРОЗ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Гуринович Е.А., Царёва С.Н.

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
кафедра акушерства и гинекологии*

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

Резюме. В данной работе представлены результаты изучения особенностей течения беременности и родов в группах женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии в анамнезе; после кесарева сечения в анамнезе; женщины, чья беременность и роды протекали на фоне миомы матки и контрольная группа без вышеуказанной патологии.

Resume. This article represents results of researching pregnancy and parturitions of next clinical groups: patients who had had myomectomy before, patients with cicatrix after cesarean section in anamnesis, patients with non-operated uterine fibroids and control group without above pathology.

Актуальность. В последнее время увеличение частоты развития миомы и расширение возможностей её обнаружения при ультразвуковом исследовании привели к значительному увеличению числа женщин, имеющих сочетание миомы матки и беременности [1]. Несмотря на относительно благополучное течение заболевания, наличие миомы матки оказывает негативное влияние на течение беременности, повышая риск невынашивания и других осложнений, а также патологических состояний новорожденных [2, 3]. На сегодняшний день уже разработаны вопросы ведения беременных с миомой матки, однако недостаточное внимание уделяется тактике ведения пациенток с беременностью, наступившей после консервативной миомэктомии, а также вопросам оптимального планирования беременности у женщин репродуктивного возраста с оперированной и неоперированной миомой матки.

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

Задачи:

1. Выявить наиболее частые осложнения беременности, родов в исследуемых группах и соотнести их между собой.
2. Охарактеризовать особенности течения беременности, родов в исследуемых группах в группах пациенток с рубцом на матке различной этиологии, пациенток с беременностью на фоне миомы матки.
3. Определить тактику ведения беременных и пациенток репродуктивного возраста с диагностированной миомой матки в зависимости от клинической характеристики процесса.

Материал и методы. Ретроспективно изучено 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 патологий и родоразрешились естественным путём.

Для анализа данных использовались методы непараметрической статистики ввиду результатов тестирования выборки полученных данных методом Колмогорова-Смирнова. Сравнение количественных данных в группах проводились 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 и их обсуждение.

Все исследуемые группы были сопоставимы по возрасту ввиду отсутствия различий по распределению пациенток по возрастным категориям.

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

Группы пациенток	Угрозы прерывания	Анемия	Гестозы	ХФПН	Маловодие	Многоводие	СЗРП	ГПН	ГСД
I (КМЭ)	16 (61,54%)*	4 (15,38%)	2 (7,69%)*	5 (19,23%)*	0	1 (3,85%)	1 (3,85%)	1 (3,85%)	1 (3,85%)
II (М)	10 (50%)*	4 (20%)	2 (10%)*	4 (20%)*	0	0	0	0	0
III (КС)	8 (30,77%)*	5 (19,23%)	2 (7,69%)*	1 (3,85%)*	0	0	0	0	0
IV (К)	8 (40%)	8 (40%)	1 (5%)	0	1 (5%)	0	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 развития 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 ($r^2 = 0,4418$).

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	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

Перейдем 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 (Рис. 1). 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.

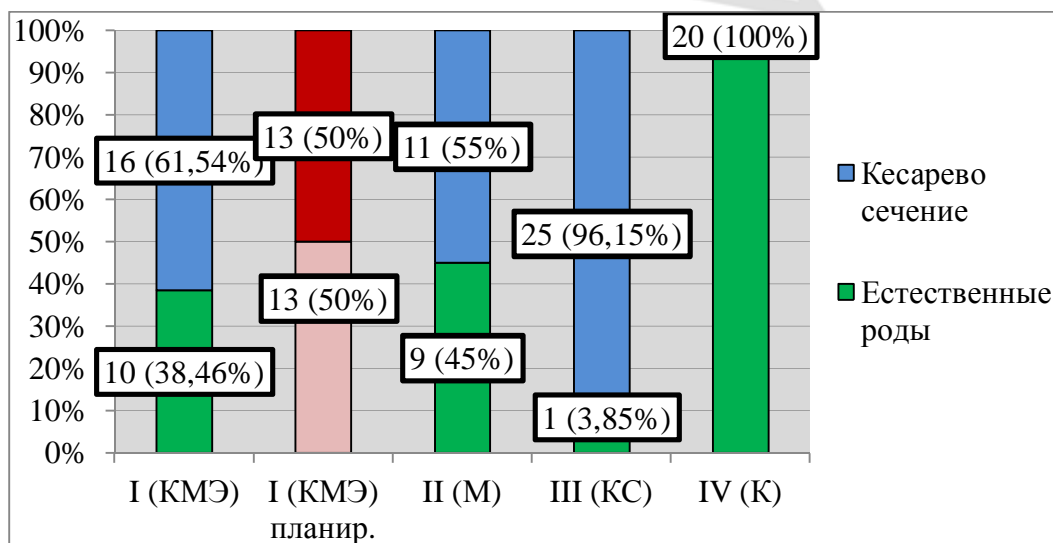


Рис. 1 – Планировавшееся и фактическое родоразрешение в исследуемых группах

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.

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 (KMЭ)	3 (18,75%)*	1 (6,25%)	5 (31,25%)
II (M)	0	0	3 (27,27%)
III (KC)	0	2 (8%)	7 (28%)

Примечание: * - значения при $p < 0,05$

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).

Таблица 5. Объем кровопотери при родах в исследуемых группах

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

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

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

Выводы:

1 Оптимальным промежутком для протекания беременности у женщин, которым была выполнена КМЭ, является от 2 до 3 лет после проведенной операции.

2 Беременных с рубцом на матке после КМЭ в анамнезе необходимо наблюдать в группах риска по невынашиванию, ХФПН, гестозам с назначением курсов соответствующего профилактического лечения. Особенно пристальное внимание необходимо уделять той категории пациенток после перенесенной операции, у кого ранее было диагностировано бесплодие.

3 Предпочтительным родоразрешением для пациенток с КМЭ в анамнезе является операция 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.

Литература

1. Буянова, С. Н. Миомэктомия во время беременности: показания, особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация / С. Н. Буянова, С. А. Гукасян, Н. В. Юдина // Российский медицинский журнал. – 2014. – №19 (9). – С. 1428-1435.
2. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки / В. И. Краснопольский, Н. А. Щукина [и др.] // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2005. – № 5:2. – С. 74–76.
3. Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Магакян С.Г. Алгоритм лечебно-профилактической тактики ведения пациенток с миомой матки / С. П. Синчихин, О. Б. Мамиев, С. Г. Магакян // Журнал «Consilium Medicum. Гинекология». – 2015. – №17 (3). – С. 4–8.