

ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Гайдукевич В.И., Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии, г. Гродно

Ключевые слова: миома, родоразрешение, кесарево сечение.

Резюме: в настоящее время возросла частота встречаемости миомы матки у беременных. Существует множество факторов риска, влияющих на возникновение данной патологии, наиболее распространенным из них – более поздний возраст деторождения. Важно определить наиболее приемлемый метод родоразрешения с целью поддержания репродуктивного потенциала.

Resume: currently, the frequency of uterine fibroids in pregnant women has increased. There are many risk factors that affect for the appearance of this pathology, the most common of them is the latest age of childbirth. It is important to determine the most appropriate method of delivery in order to maintain reproductive potential.

Актуальность. Миома матки – наиболее часто встречающееся гормонозависимое доброкачественное образование у женщин репродуктивного возраста. В возрасте от 18 до 40 лет миому диагностируют в 20–40% случаев, а у беременных данный показатель составляет 10,7%. Несмотря на доброкачественное течение, у женщин, планирующих беременность, миоматозные узлы могут привести к репродуктивным потерям за счет изменения конфигурации полости матки [1,2]. Подтверждением тому являются данные, что после реконструктивных операций на матке у бесплодных женщин, беременность наступает в 60% случаев, а в возрасте моложе 35 лет этот показатель достигает 75% [3]. Узлы миомы могут привести к плацентарным нарушениям, неправильному положению и предлежанию плода, созданию механического препятствия в родах. Наиболее частыми осложнениями родов и послеродового периода являются несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии сократительной активности матки, плотное прикрепление плаценты, гипотоническое кровотечение, субинволюция матки, некроз узла. Число случаев оперативных родоразрешений у пациентов этого контингента составляет 60–80% [4,5].

Цель: определить наиболее благоприятный метод родоразрешения у женщин с миомой матки.

Задачи:

1. Изучить особенности течения родов через естественные родовые пути и операции кесарева сечения, а также послеродового периода на фоне миомы матки;
2. Рассмотреть наиболее часто встречающиеся факторы риска возникновения миомы матки.

Материал и методы. Нами обследовано 42 женщины с диагнозом миома матки, выставленным до или в момент родоразрешения. Все пациенты находились на стационарном лечении в 2020 году на базе учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр».

В ходе исследования проведена оценка анамнеза, результатов клинико-лабораторного и инструментального методов обследования. Статистическая

обработка собственных данных производилась с применением статистических пакетов Statistica 10.0, Microsoft Excel 2013.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа полученных данных установлено, что средний возраст беременных составил $32,2 \pm 2,18$ года. В 23,81% женщины от 25 до 30 лет, в 49,11% - от 30 до 40 лет. Жителями городов являются 78,62% женщин, а 14,33% проживают в сельской местности. Вредные привычки: курение подтвердила 1 беременная.

Анализ полученных данных показал, что в 30,95% случаев беременность первая, в 26,19% - вторая, в 42,86% - третья и более. При этом в 40,48% случаев – роды первые, в 39,05% – вторые, а в 28,57% – третьи и более. Обследованные женщины имели отягощенный акушерский анамнез: у 30,90% пациенток были выкидыши, а 11,90% выполнялось прерывание по желанию женщины. В большинстве случаев предыдущие беременности заканчивались срочными родами – у 92,86% пациентов.

У беременных в анамнезе выявлена следующая гинекологическая патология: в 57,14% до родоразрешения – миома матки, в 40,48% - эрозия шейки матки, в 7,14% - полип шейки матки и в 4,76% - кисты яичников.

Что касается настоящей беременности, то следует отметить, что ее течение осложнялось: в 28,75% - угрожающий выкидыш, в 16,67% - на ранних сроках перенесли ОРИ, в 4,76% - коронавирусную инфекцию, в 14,29% был выставлен кольпит, 19,05% имели угрозу преждевременных родов.

Нами установлены следующие виды экстрагенитальной патологии: у 40,51% - малые аномалии сердца, у 23,81% - железодефицитная анемия, у 16,72% - гипотиреоз и миопия слабой степени, у 11,90% - нефроптоз, также выявлены: артериальная гипертензия, нарушения ритма, уретерогидронефроз, ожирение в 9,52% каждый, в 7,14% - варикозное расширение вен нижних конечностей и хронический гастрит соответственно.

Течение настоящей беременности осложнялось: 10,26% - плацентарные нарушения компенсированная форма, 7,7% - плацентарные нарушения субкомпенсированная форма, в 10,26% произошел преждевременный разрыв плодных оболочек, у 5,13% - поперечное положение плода. Средний срок родоразрешения - $272,3 \pm 4,1$ дня.

Преждевременными родами закончилось 7,14% беременностей, осложненных: преждевременным разрывом плодных оболочек в сроке беременности 33 недели, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, плацентарными нарушениями компенсированной формой с нарушением маточно-плацентарно-плодового кровотока 1 А степени в сочетании с ягодичным предлежанием плода.

При анализе показателей крови во время беременности значительных отклонений не выявлено: средние показатели следующие – гемоглобин $114 \pm 11,2$ г/л, эритроциты $3,86 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $225 \pm 59,3 \times 10^9/л$, лейкоциты $11,47 \pm 7,3 \times 10^9/л$, скорость оседания эритроцитов – $33 \pm 8,8$ мм/ч.

Исходы настоящих родов: все дети родились живыми, средняя масса новорожденного составила $3268 \pm 521,1$ г, рост $52 \pm 3,5$ см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов у 81% детей, у 19% - 8/8 баллов, 42% составляют девочки, 58% - мальчики.

В 21,41% случаев роды протекали через естественные родовые пути, в 78,59% было выполнено кесарево сечение с последующей консервативной миомэктомией. Средняя продолжительность операции составила $56 \pm 15,4$ минут. Средний объем кровопотери составил $585,2 \pm 98,7$ мл. Во время лапаротомии обнаружена следующая локализация узлов: в 66,67% субсерозные узлы по задней стенке матки, в 44,4% субсерозные узлы по передней стенке матки, в 19,44% интерстициальные узлы по передней стенке матки, в 11,1% интерстициальные узлы по задней стенке матки. Частота встречаемости узлов в зависимости от размеров следующая: в 55,56% узлы диаметром до 3 см, в 44,4% узлы диаметром более 4 см, в 27,8% узлы диаметром до 1,5 см. При гистологическом исследовании узлов получены следующие результаты: 61,53% лейомиома, 19,23% лейомиома с гиалинозом, 15,38% лейомиома с некрозом.

Нами выполнен анализ морфогистологических особенностей последа. Так средняя масса его составила $599,3 \pm 65,2$ г. При гистологическом исследовании выявлено: 59,52% - зрелая ткань плаценты, 21,42% - зрелая ткань плаценты со склерофиброзом, 9,52% - зрелая ткань плаценты с кальцинатами, множественными свежими инфарктами, децидуитом. В 2 случаях отмечается отек Вартонова студня.

Послеродовой период у 54,84 % пациенток протекал без осложнений, они выписаны на 5-7 сутки, в 22,58% послеродовой период осложнился развитием гематометры, в связи со сниженной сократительной способностью матки, пациенток выписали на 8-10 сутки.

Выводы: течение родов и послеродового периода сопряжено с рисками для матери и плода. В большинстве случаев миоматозные узлы локализовались по задней стенке, что делает их недоступными для ультразвуковой диагностики, в связи с этим оперативный метод родоразрешения является более предпочтительным, т.к. позволяет на ранних этапах диагностировать, и в последующем проводить патогенетическую терапию, направленную на профилактику появления миоматозных узлов у женщин репродуктивного возраста.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Айламазяна Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М. М.: ГЭОТАР-Медиа;2015.
2. Киселевич М.Ф., Киселевич М.М. Течение беременности и родов у женщин с артериальной гипотензией и миомой матки. Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. 2015;9(3):5-10.
3. Тапильская Н.И., Гайдуков С.Н. // Журн. акушерства и женских болезней. – 2005. – Т. 54, № 4. – С. 65–68.
4. Jauniaux E, Khan KS. Caesarean myomectomy: Victor Bonney reports the first case in 191. BJOG. 2014;121(2):193.
5. Fenn MG, Isac M. Caesarean myomectomy. A versatile procedure for management of fibroids at C. Section. J Evol Med Dental Scie. 2015;11(4):1863-1866.