

С. Н. Царева, Е. А. Гуринович, О. С. Лобачевская

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

*В последнее время обращает на себя внимание всё более нарастающая распространённость миомы матки среди женщин репродуктивного возраста, в том числе военнослужащих женщин. Данная патология нередко становится причиной бесплодия, невынашивания беременности. 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. Представлены результаты изучения течения беременности и родов у данной категории пациенток, в том числе после операции по поводу удаления миоматозных узлов, в сравнении с пациентками с рубцом на матке после кесарева сечения. Даны рекомендации по реализации репродуктивного потенциала, ведению беременности и родов у данной категории пациенток, определены оптимальные сроки и способы родоразрешения.*

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

S. N. Tsarova, K. A. Hurinovich, O. S. Lobachevskaya

## COMPARATIVE ANALYSIS OF PREGNANCY AND PARTURITIONS OF PATIENTS WITH DIFFERENT UTERINE CICATRIX IN ANAMNESIS

*There is an increasing of uterine fibroid's morbidity among fertile women in the last time. This pathology can occurs infertility and miscarriage in frequent cases. Strictly speaking about leiomyoma and its influence to the pregnancy and parturition, we have had many unexpanded questions — fertility safe among women with leiomyoma, tactics of obstetric management during pregnancy and labor of this category of patients, including those who had been eliminated leiomyoma before pregnancy. Moreover, there is no uniform opinion for problem how to plan pregnancy for those women who had been diagnosed leiomyoma and what the optimal period for making CME — before planned pregnancy or after? 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. We made recommendations about realization of fertile potential, management of pregnancy and parturitions of women who had conservative myomectomy before, suggested the optimal term and way of parturition.*

**Key words:** uterine scar, conservative myomectomy, uterine fibroid, cesarean section

В настоящее время миома матки — одно из самых распространённых заболеваний внутренних половых органов, уступая по частоте только воспалительным заболеваниям [11]. Данная патология затрагивает все возрасты: по данным разных исследований, практически у каждой третьей-четвёртой женщины диагностируют миому матки [9].

Чаще всего (до 65%) миома матки выявляется в возрасте 40–50 лет, когда клинические проявления заболевания заставляют женщину обращаться за медицинской помощью. Но в последние годы отмечается тенденция к «омоложению» заболевания: распространённость данной патологии среди женщин репродуктивного возраста составляет от 25 до 32%, что некоторые исследователи связывают с ростом частоты воспалительных заболеваний половых органов и ранним началом сексуальных отношений [11].

Предполагают, что миома и бесплодие возникают в результате однопипных нейроэндокринных изменений в гипоталамогипофизарнояичниковой и надпочечниковой системах [12]. Также наличие миомы матки оказывает неблагоприятное влияние на здоровье молодых женщин, повышает риск невынашивания и других осложнений при беременности и в родах, а также патологических состояний новорожденных [7].

В настоящее время существуют многочисленные методы лечения пациенток с доброкачественной опухолью матки: хирургические (гистерэктомия, консервативная миомэктомия), микроинвазивные (эмболизация

маточных артерий, фокусированная ультразвуковая абляция (ФУЗ-абляция) миоматозных узлов под контролем МРТ) и неинвазивные (агонисты/антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, антигонадотропины, антигестагены, прогестины) [1, 3, 8]. Выбор метода лечения и его эффективность определяются возрастом женщины, данными наследственности, акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, клиническими проявлениями заболевания, размерами опухоли и осложнениями [4, 10].

Среди них всё большее применение находит консервативная миомэктомия (КМЭ) — органосохраняющий метод оперативного лечения миомы матки, позволяющий сохранить, а в некоторых случаях и восстановить репродуктивную функцию.

Заживление рассечённой стенки матки после данного хирургического вмешательства может происходить путём как реституции (полноценная регенерация), так и субституции (неполноценная регенерация). При полноценной регенерации заживление раны происходит благодаря гладкомышечным клеткам (миоцитам), при субституции — пучкам грубой волокнистой соединительной, нередко гиалинизированной ткани. Основными предпосылками для хорошей регенерации тканей и формирования полноценного рубца служат оптимальные условия кровоснабжения, исключющие развитие ишемии и гипоксии тканей в области шва и минимальная воспалительная реакция, что определяется способом восстановления рассечённой стенки матки и видом шовного материала [4, 5].

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.

**Цель исследования:** 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.** Ретроспективно проанализировано 92 историй родов на базе учреждения здравоохранения «6-я городская клиническая больница г. Минска» в период 2010-2012 гг. На основе проанализированного материала сформировано 4 группы:

- 1) I (КМЭ) — 26 беременных с консервативной миомэктомией в анамнезе,
- 2) II (М) — 20 пациенток с беременностью, протекающей на фоне миомы матки,
- 3) III (КС) — 26 пациенток, перенесших ранее операцию кесарева сечения (однократно),
- 4) IV (К) — контрольная группа из 20 пациенток, беременность которых протекала без вышеуказанной патологии и родоразрешались естественным путём.

Также общим критерием включения в исследование являлось отсутствие хронических заболеваний либо явной декомпенсации или обострений выявленной хронической патологии в течение 5 лет до момента наступления беременности.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы статистической обработки данных медицинских исследований Statistica 10.0. С помощью теста Колмогорова-Смирнова было выявлено, что выборка полученных данных не подчинялась нормальному распределению, поэтому 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, проверка результатов корреляционного анализа проводилась с использованием таблиц критических значений корреляционных рангов Спирмена. Результаты считались достоверными при вероятности безошибочного прогноза 95% ( $p < 0,05$ ).

Приводя общую характеристику исследуемых групп, необходимо отметить, что различия по распределению пациенток по возрастным категориям не выявлены, все исследуемые группы были сопоставимы по возрасту (таблица 1).

Таблица 1. Общая характеристика исследуемых групп

Группы женщин	n	Возраст, годы				Паритет беременности
		Средний	20–30	31–40	41–45	
I (КМЭ)	26	32,50	8	18	0	1,77
II (М)	20	33,35	9	10	1	2,90
III (КС)	26	30,00	15	11	0	2,54
IV (К)	20	31,75	9	9	2	1,80

**Результаты и обсуждение.** Достоверно чаще беременность в исследуемых группах по сравнению с группой контроля осложнялась угрозами прерывания беременности в различных сроках, гестозами, ХФПН. Обращает на себя внимание достоверно более высокая частота угроз

прерывания в I группе, а также выявленные случаи многоводия, СЗРП в I группе (таблица 2).

Также в исследуемых группах было изучено распределение случаев угроз прерывания беременности по триместрам (таблица 3).

Таблица 2. Осложнения беременности у пациенток в исследуемых группах

	I (КМЭ)	II (М)	III (КС)	IV (К)
Угрозы прерывания в разных сроках	16 (61,54%)*	10 (50,00%)*	8 (30,77%)*	8 (40,00%)
Анемия	4 (15,38%)	4 (20,00%)	5 (19,23%)	8 (40,00%)
Гестозы	2 (7,69%)*	2 (10,00%)*	2 (7,69%)*	1 (5,00%)
ХФПН	5 (19,23%)*	4 (20,00%)*	1 (3,85%)*	0
Маловодие	0	0	0	1 (5,00%)
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 — Знаком \* отмечена статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

Таблица 3. 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 — Знаком \* отмечена статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

Было выявлено, что 4 из 5 случаев развития ХФПН в I группе сочетались с угрозой прерывания беременности в I триместре. Угроза прерывания беременности в первые 12 недель является наиболее значимой, поскольку в это время происходит эмбриогенез и формирование плаценты. Достоверные различия выявлены в II и III триместре между I и IV, II и IV группами, что обусловлено нарастающей нагрузкой на растяжимые рубцовые ткани для I группы или усугубляющейся деформацией маточных стенок для пациенток II группы по мере увеличения размеров плода.

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 име-

лось 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 (таблица 4). Более того, данная связь усиливалась среди пациенток I группы с ранее установленным диагнозом бесплодия.

Данная связь была изучена также в разрезе временного интервала формирования рубца после КМЭ (таблица 5).

Таблица 4. Результаты корреляционного анализа Спирмена среди пациенток I группы

Исследованная группа пациенток	Коэф. Спирмена (R)	Характеристика выявленной связи
I (КМЭ) группа	0,2613	Положительная связь <b>слабой</b> силы
Пациентки I (КМЭ) группы с ранее диагностированным бесплодием	0,4418	Положительная связь <b>умеренной</b> силы

Таблица 5. Результаты корреляционного анализа Спирмена в I группе в разрезе временного интервала формирования рубца

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

Для сопоставления влияния рубцов на матке различного генеза в анамнезе на вынашивание беременности,

аналогичное изучение в разрезе временного интервала формирования рубца после операции при помощи корреляционного анализа Спирмена было проведено в III (КС) группе (таблица 6). Однако, ввиду доказанного высокого риска невынашивания беременности, никто из женщин, ранее перенесших КС, не становились беременными ранее чем через 2 года после предыдущей операции.

Таблица 6. Результаты корреляционного анализа Спирмена в III группе в разрезе срока давности рубца

Промежуток между КС и наступившей беременностью, годы	Коэф. Спирмена (R)	Характеристика выявленной связи
2–3,9 года	<b>0,7550</b>	Положительная связь <b>высокой</b> силы
4–5,9 года	0,1485	Положительная связь <b>слабой</b> силы
6–9 лет	<b>–0,4010</b>	Отрицательная связь <b>средней</b> силы
Суммарный промежуток 3–9 лет	<b>–0,3761</b>	Отрицательная связь <b>средней</b> силы

Сопоставление вышеупомянутых корреляционных связей в I и III группе показало разную динамику корреляций с возрастом срока давности рубца, что указывает на принципиально отличие рубцов на матке после КС и после КМЭ (рисунок 1).

Начальный период характеризуется высокой активностью восстановительных процессов и формированием нормальной структуры повреждённых тканей, что обуславливает среднюю величину значения корреляционной связи в I (КМЭ) группе при рубце не старше 2 лет ( $R^1_{0-1,9} = 0,4714$ ) и согласуется с данными зарубежных и отечественных исследований [2,6,8]. После окончания репаративных процессов наступает период наибольшей

функциональной достаточности рубца, соответствующий наименьшему значению коэффициента Спирмена исследуемой корреляции ( $R^1_{2-2,9} = 0,1871$ ). По данным нашего исследования, такая зрелость рубца наблюдается на промежутке между 2-ым и 3-им годами после операции. В дальнейшем, с разницей между проведением КМЭ и наступлением беременности более чем в 3 года, предположительно ввиду превалирования процессов субституции соединительной тканью, которая замещает нормальную структуру миометрия в области проведения операции, прогрессирует неполноценность рубца, негативно сказывающаяся на реализацию репродуктивной функции данной категории пациенток, что ото-

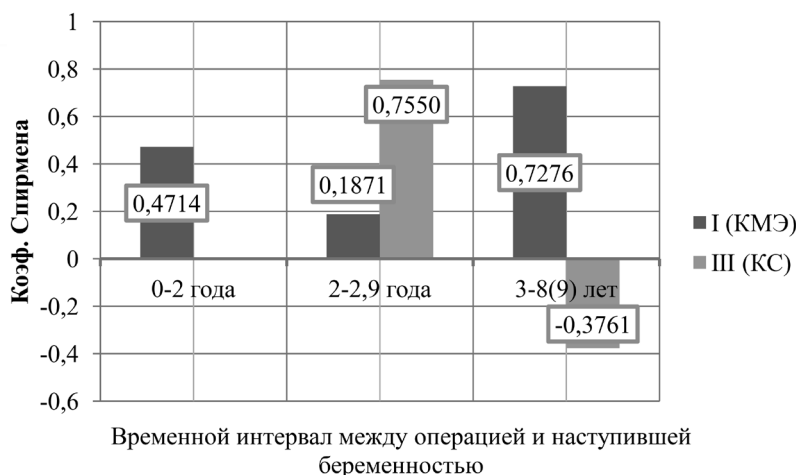


Рис. 1. Сравнение связи между временным интервалом формирования рубца и частотой угроз прерывания последующей беременности в I и III группах

бражается в высокой силе исследуемой корреляции ( $R^I_{3-8} = 0,7276$ ).

Изменения в рубце на матке после КС на начальном этапе, как и при рубце на матке после КМЭ, заключаются в становлении морфофункциональной состоятельности области послеоперационного рубца, занимающее большее количество времени, чем в случае рубца на матке после КМЭ, - до 3-4 лет ( $R^{III}_{2-3,9} = 0,7550$ ). Однако далее описанная выше этапность функционирования рубца после КМЭ для рубца после КС не наблюдается. Напротив, по преодолению 6-летнего рубежа, давность рубца на матке после кесарева сечения обратно пропорциональна его влиянию на вынашивание беременности, что соответствует слабой положительной корреляции в группе от 4 до 5,9 лет ( $R^{III}_{4-5,9} = 0,1485$ ) и умеренной отрицательной корреляции в группе от 6 до 9 лет ( $R^{III}_{6-9} = -0,4010$ ). Следует обозначить, что на вынашивание беременности, помимо наличия рубца на матке, влияет большое количество факторов, однако критерии включения в исследуемую выборку нивелировали их возможное влияние на течение беременности в наиболее возможной степени.

Проиллюстрированная разница полноты восстановительных процессов для этих рубцов на матке разного генеза, по нашему мнению, объяснима такими особенностями оперативного вмешательства, как объёмом оперативного вмешательства, площадью операционного ложа, техникой ушивания операционной раны, но наибольшее значение имеет фактор локализации операционного поля и направленности формирующегося рубца. Общеизвестным фактом является то, что наиболее благоприятное расположение для рубца — нижний сегмент матки, характеризующийся наименьшей толщиной стенкой, трёхмерной сетчатоподобной структурой ходов гладкомышечных пучков миометрия со спиралевидным ходом без истинно продольного или истинно поперечного направления, а также лучшей степенью кровоснабжения. И если для операции кесарева сечения такая локализация является золотым стандартом, то для КМЭ лимитирующим фактором использования данной топографической области является разнообразие возможного расположения миоматозных узлов.

Перейдём к характеристике родового периода пациенток исследуемых групп (таблица 7).

Таблица 7. Общая характеристика родов в исследуемых группах

Группы женщин	Паритет родов	Срок беременности в родах, дни
I (KMЭ)	1,35	271,50
II (M)	2,00*	273,40
III (KC)	2,08*	271,90
IV (K)	1,40	275,30

Примечание — Знаком \* отмечена статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

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 predeterminedено моделью исследования (рисунок 2). 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.

Отмечая выявленные осложнения у пациенток, родоразрешённых естественным путём (частота встречаемости рассчитывалась относительно не общей численности пациенток в группе, а непосредственно родильниц естественным путём в каждой группе), несвоевременное излитие околоплодных вод среди исследованных групп статистически чаще встречалось в I группе (таблица 8).

Таблица 8. Осложнения, возникшие в родовом периоде у пациенток, родоразрешённых естественным путём

Группы женщин	Разрывы родовых путей	Несвоевременное излитие околоплодных вод
I (KMЭ)	4 (40,00%)	4 (40,00%)*
II (M)	4 (44,44%)	3 (33,33%)
III (KC)	1 (100,00%)	0
IV (K)	7 (35,00%)	4 (20,00%)

Примечание — Знаком \* отмечена статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

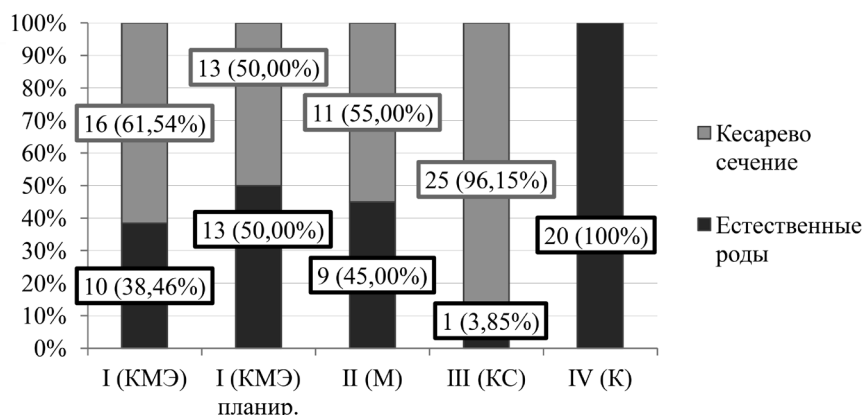


Рис. 2. Планировавшееся и фактическое родоразрешение в исследуемых группах

Анализируя оказанное акушерское пособие при естественных родах, необходимо отметить, что достоверно чаще в I и II группе прибегали к амниотомии, в I группе — к перинеотомии (таблица 9).

У пациенток, родоразрешённых операцией кесарева сечения, отмечались несвоевременное излитие

околоплодных вод, несостоятельность рубца на матке, вторичная слабость родовой деятельности (таблица 10). Последнее осложнение достоверно чаще встречалось в I группе, для других осложнений частота случаев среди исследованных групп статистически не различалась.

Таблица 9. Оказанное акушерское пособие в родовом периоде у пациенток, родоразрешённых естественным путём

Группы женщин	I (KMЭ)	II (M)	III (KS)	IV (K)
Амниотомия	4 (40,00%)*	4 (44,44%)*	0	5 (25,00%)
Ручное обследование полости матки	3 (30,00%)	0	1 (100,00%)	1 (5,00%)
Ушивание разрывов	3 (75,00%)	3 (75,00%)	1 (100,00%)	6 (30,00%)
Эпизиотомия	1 (10,00%)	1 (11,11%)	1 (100,00%)	1 (5,00%)
Перинеотомия	4 (40,00%)*	1 (11,11%)	1 (100,00%)	1 (5,00%)

Примечание 1 — Знаком \* отмечена статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

Таблица 10. 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 (KS)	0	2 (8,00%)	7 (28,00%)

Примечание 1 — Знаком \* отмечена статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

Оказанное акушерское пособие данной категории родильниц статистически не анализировалось ввиду единичных случаев: 1 случай (6,25%) перинеотомии и 1 случай (6,25%) адгезиолизиса в I (KMЭ) группе, 1 случай (4,00%) эпизиотомии в 1 случай (4,00%) ручного обследования полости матки в III (KS) группе.

По результатам проведённого исследования выявлено, что вагинальные роды пациенток исследуемых групп статистически не различались по объёму кровопотери.

Однако, при абдоминальных родах отмечалась достоверно большая кровопотеря в I группе по сравнению со всеми остальными (таблица 11).

Состояние новорожденных в исследуемых группах по параметрам статистически не различалось (таблица 12).

Достоверно отмечено большее количество койко-дней, проведённых в стационаре, у пациенток I и II групп, родивших естественным путём, по сравнению с контрольной группой (таблица 13).

Таблица 11. Объём кровопотери при родах в исследуемых группах

Группы пациенток	Объём кровопотери (вагинальные роды), мл	Объём кровопотери (абдоминальные роды), мл
I (KMЭ)	250,00	693,75*
II (M)	238,90	677,30
III (KS)	230,00	618,00
IV (K)	252,50	—

Примечание — Знаком \* отмечена статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

Таблица 12. Состояние новорождённых в исследуемых группах

Группы женщин	Вес, г	Рост, см	Шкала Апгар, баллы	
			Оценка на момент рождения	Оценка спустя 5 минут
I (КМЭ)	3384,00	50,54	8,00	8,50
II (М)	3461,50	51,50	8,00	8,80
III (КС)	3441,70	51,77	8,04	8,92
IV (К)	3343,60	51,35	8,00	8,75

Таблица 13. Среднее количество койко-дней, проведённых в стационаре

Группы женщин	Среднее количество койко-дней, проведённые в стационаре (родоразрешение операцией кесарева сечения)	Среднее количество койко-дней, проведённые в стационаре (родоразрешение естественным путём)
I (КМЭ)	8,05	<b>8,20*</b>
II (М)	7,82	5,11
III (КС)	4,00	9,48
IV (К)	—	5,00

Примечание — Знаком \* отмечена статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

### Выводы

1. Для исследуемых групп по сравнению с контрольной группой характерна большая частота таких осложнений беременности, как угрозы прерывания беременности (61,54%; 50,00%; 30,77%; 40,00% соответственно), гестозы (7,69%; 10,00%; 7,69%; 5,00% соответственно), ХФПН (5 (19,23%; 20,00%; 3,85%; 0% соответственно).

2. Беременность после КМЭ в анамнезе по сравнению с беременностью на фоне неоперированной миомы матки имеет большую частоту возникновения угрозы прерывания в II (13,04%; 42,11% соответственно) и III триместре (39,13%; 47,37% соответственно).

3. Имеется корреляционная связь между сроком давности рубца после КМЭ и частотой угрозы прерывания последующей беременности разной силы в зависимости от временного интервала между проведённой операцией и наступившей беременностью, а также наличием ранее установленного диагноза бесплодия. Данная связь принципиально отличается для рубца после КМЭ и рубца после КС по динамике, скорости и полноте репаративных процессов в области послеоперационного рубца.

4. Пациентки после КМЭ в анамнезе достоверно чаще родоразрешались операцией кесарева сечения по сравнению с пациентками с неоперированной миомой матки (38,46% и 50,00% соответственно).

5. Естественные роды у пациенток после КМЭ в анамнезе по сравнению с контрольной группой достоверно чаще характеризовались несвоевременным излитием околоплодных вод (40% и 20% соответственно), использованием амниотомии (40% и 25% соответственно) и перинотомии (40% и 5% соответственно), большим количеством койко-дней в стационаре (8,2 и 5,0 дней соответственно).

6. При операции кесарева сечения у пациенток с рубцом на матке после КМЭ отмечалась большая кровопотеря, чем при данной операции у пациенток с рубцом на матке после перенесенного ранее кесарева сечения (693,75 и 618 мл соответственно).

7. Наличие рубца на матке или миомы матки на фоне беременности в данном исследовании не отобразилось на состоянии плода.

Проведенное исследование позволило разработать следующие **практические рекомендации**:

1. Наиболее оптимально планирование беременности спустя 2 года после КМЭ.

2. Беременных с КМЭ в анамнезе следует наблюдать в группах риска по невынашиванию, ХФПН, гестозам и проводить курсы соответствующего профилактического лечения. Учитывая, что чаще всего основным патогенетическим механизмом угроз прерывания и невынашивания беременности является абсолютная или относительная прогестероновая недостаточность, лечение угрожающего аборта в первом триместре должно быть в первую очередь направлено на восполнение недостаточности прогестерона. Особенно пристальное внимание необходимо уделять той категории пациенток после перенесенной операции, у кого ранее было диагностировано бесплодие.

3. 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.

Планируется продолжение изучения взаимосвязи выявленных особенностей беременности и родов у пациенток после перенесенной КМЭ с характеристикой ранее протекавшего заболевания миомы матки, оперативного вмешательства и течения послеоперационного периода, клинко-функциональной и морфогистологической характеристикой рубцовой ткани.

### Литература

1. Вихляева, Е. М. Руководство по диагностике и лечению больных лейомиомой матки / Е. М. Вихляев. — М.: МЕДпресс-информ. — 2004. — 400 с.

2. Коржув, С. И. Репродуктивная функция женщин после консервативной миомэктомии: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / С. И. Коржув. — Москва, 2008. — 131 с.

3. Можейко, Л. Ф. 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 (21). — С. 27–36.

4. Можейко, Л. Ф. Современные аспекты этиопатогенеза и классификации миомы матки / Л. Ф. Можейко, М. Л. Лапотко, В. О. Карбанович // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2013. — № 1(25). — С. 56–61.

## ★ Оригинальные научные публикации

## Лечебно-профилактические вопросы

5. *Насирова, Р. Г.* Сравнительная морфология рубцов миометрия после консервативной миомэктомии, выполненной различными хирургическими способами: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.15, 14.03.02 / Р. Г. Насирова. — Новосибирск, 2010. — 121 с.

6. *Радзинский, В. Е.* Акушерская агрессия. В. Е. Радзинский. — М.: Медиабюро «StatusPraesens», 2011. — 688 с.

7. *Сидорова, И. С.* Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / под.ред. И. С. Сидоровой. Каф. акушерства и гинекологии ФПНО Московской мед. акад. им. И. М. Сеченова. — М. — 2003. — 256 с.

8. *Синчихин, С. П.* Алгоритм лечебно-профилактической тактики ведения пациенток с миомой матки / С. П. Синчихин, О. Б. Мамиев, С. Г. Магакян // Гинекология. — 2015. — № 17 (3). — С. 4–8.

9. *Синчихин, С. П.* Новые возможности уменьшения кровопотери при выполнении органосохраняющих операций на матке / С. П. Синчихин, С. Г. Магакян, Л. В. Степанян, А. В. Соколова // Гинекология. — 2014. — № 16 (5). — С. 5–10.

10. *Тихомиров, А. Л.* Антагонисты рецепторов прогестерона в структуре комплексного органосохраняющего лечения миомы матки / А. Л. Тихомиров, А. А. Леденкова, А. Е. Батаева, В. Г. Абышова // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 5: 115–119.

11. *Фаткуллин, М. Ф.* Применение антипрогестинов для профилактики рецидивов после консервативной миомэктомии / М. Ф. Фаткуллин, А. Р. Баканова // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 1. — С. 101–104.

12. *Чайка, К. В.* Оптимизация консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста / К. В. Чайка // Медико-социальные проблемы семьи. — 2013. — № 1 (том 18). — С. 56–62.

Поступила 3.11.2016 г.