

*Е. А. Гуринович*

## **ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ: ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ И КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. С. Н. Царёва*

*Кафедра акушерства и гинекологии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** В последнее время отмечается рост заболеваемости миомы матки среди женщин репродуктивного возраста. 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.

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

**Resume.** There is an increasing of uterine fibroid's morbidity among fertile women. 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.** Миома матки относится к наиболее часто встречающимся опухолям женских половых органов. В последние годы отмечается «омоложение» заболевания: распространённость данной патологии среди женщин репродуктивного возраста составляет от 25 до 32% [1]. Несмотря на относительно благополучное течение заболевания, 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 [2, 3]. 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:** 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.

**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.** Проведён ретроспективный анализ 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.

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. 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, 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%	<b>13,04%*</b>	<b>39,13%*</b>
II (М)	10,53%	<b>42,11%*</b>	<b>47,37%*</b>
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	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 дальней-

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

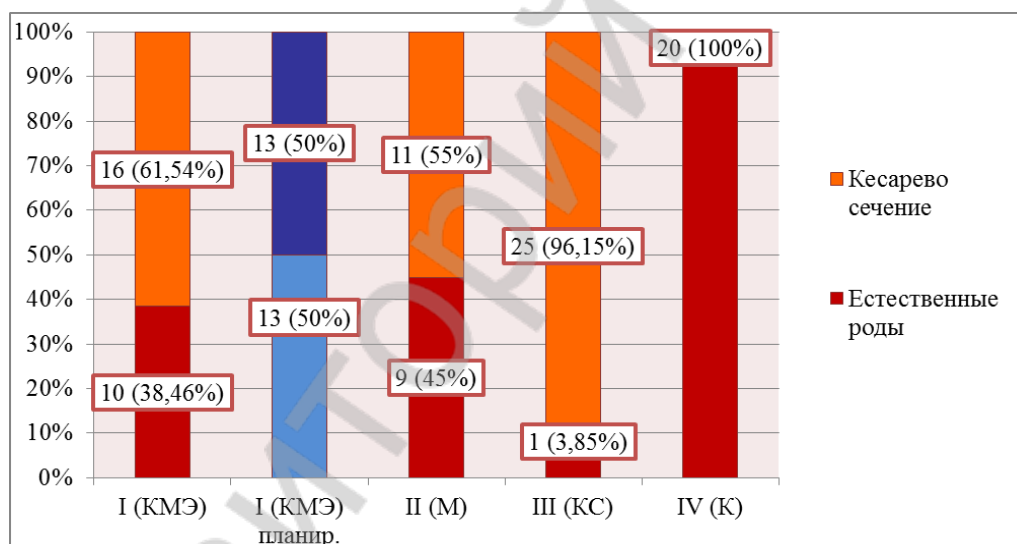


Рисунок 1 – Планировавшееся и фактическое родоразрешение в исследуемых группах

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 (КМЭ)	<b>3 (18,75%)*</b>	1 (6,25%)	5 (31,25%)
II (М)	0	0	3 (27,27%)
III (КС)	0	2 (8%)	7 (28%)

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

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.** Объём кровопотери при родах в исследуемых группах

Группы пациенток	Объём кровопотери (EP), мл	Объём кровопотери (КС), мл
I (КМЭ)	250	<b>693,75*</b>
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 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. 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.

*K. A. Hurinovich*

**PREGNANCY AND PARTURITIONS OF PATIENTS  
WITH UTERINE SCAR: AFTER CONSERVATIVE MYOMECTOMY  
AND CESAREAN SECTION IN ANAMNESIS**

*Tutor PhD, associate professor S. N. Tsaryova*

*Department of Obstetrics and Gynecology,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

**Литература**

1. Вихляева, Е. М. Руководство по диагностике и лечению больных лейомиомой матки / Е. М. Вихляев. – М.: МЕДпресс-информ. – 2004. – 400 с.
2. Локшин, В. Н. Медико-социальная проблема женщин, страдающих фибромиомой матки / В. Н. Локшин, А. А. Петренко // Социология медицины. – 2005. – №2 (7). – С. 46-49.
3. Савельева, Г. М. Акушерство / Г. М. Савельева. – М.: МЕДпресс-информ. – 697 с.