

## МИОМЭКТОМИЯ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

УО «Одесский национальный медицинский университет», Украина

---

Согласно поставленной цели обосновать преимущества разработанного способа консервативной миомэктомии во время кесарева сечения было обследовано 122 беременные женщины с миомой матки: 1 группа – 55 женщин, которым проведено только кесарево сечение; 2 группа – 67 женщин, которым во время кесарева сечения выполнена миомэктомия по разработанному способу; группа контроля – 30 женщин без соматических и гинекологических заболеваний, родоразрешенных путем кесарева сечения. В результате исследования установлено, что миомэктомия не увеличивает продолжительность оперативного вмешательства и объем кровопотери; послеоперационный период имеет несложное течение; продолжительность пребывания в стационаре не увеличивается.

**Ключевые слова:** миома матки, миомэктомия, кесарево сечение, кровопотеря, продолжительность операции.

**A. A. Zelinsky, O. V. Zhovtenko, Z. V. Chumak**

### MYOMECTOMY DURING THE CESAREAN SECTION

According to the goal get in order, to prove the advantages of the developed myomectomy method during cesarean section 122 pregnant women with uterine myoma were investigated: 1<sup>st</sup> group – 55 women who executed only a cesarean section, 2<sup>nd</sup> group – 67 women who at the time of cesarean section were performed myomectomy under the developed method and the control group – 30 women without somatic and gynecological diseases with a cesarean delivery. The study resulted in that myomectomy did not increase the duration of surgery and the amount of blood loss. The postoperative period was uncomplicated and their hospital stay was not longed.

**Keywords:** uterine fibroids, myomectomy, cesarean section, blood loss, operation duration.

---

Сегодня самой распространенной доброкачественной опухолью женского генитального тракта является миома матки [1–3]. Частота миомы в популяции женщин репродуктивного возраста, по данным разных авторов, составляет от 10 до 50 %. У молодых женщин до 20–30 лет, миома матки встречается в 0,9–1,5 % случаев, а пик ее проявления приходится на 35–45 лет [2, 6]. Согласно другим данным, у 20% женщин, достигших 30-летнего возраста, диагностируется миома матки, а пик заболеваемости приходится на пятое десятилетие жизни [4, 5, 7].

Наиболее распространенным и эффективным методом лечения миомы матки остается хирургический метод, который применяется у 45–75 % больных миомой матки [1, 7–10]. Адекватное удаление миоматозных узлов особенно важно у пациенток репродуктивного возраста. В то же время, удельный вес реконструктивно-пластических операций остается достаточно низким и составляет 9–18 % [1, 4, 6, 8].

**Цель:** обосновать целесообразность и безопасность реконструктивных операций с удалением миоматозных узлов во время кесарева сечения у женщин с миомой матки.

## □ Оригинальные научные публикации

### Материалы и методы

Были сравнены особенности клинического течения беременности, родов и послеродового периода у 122 женщин с миомой матки, которые были разделены на две группы в зависимости от объема оперативного вмешательства:

1 группа – 55 женщин с миомой матки, которые были родоразрешены путем кесарева сечения;

2 группа – 67 женщин с миомой матки, которым во время кесарева сечения выполнена консервативная миомэктомия по разработанной методике проведения операции.

Контрольная группа (К) – 30 женщин без соматических и гинекологических заболеваний, которые были родоразрешены путем кесарева сечения, согласно стандартизованным рекомендациям.

Клиническое обследование пациенток включало весь спектр исследований во время беременности, кесарева сечения и в послеродовом (послеоперационном) периоде с ультразвуковым мониторингом состояния плода и определением топографии миоматозных узлов. Во время операции определяли объем кровопотери и продолжительность вмешательства.

Предлагаемый алгоритм консервативной миомэктомии во время кесарева сечения состоял в удалении узла(ов) миомы (после извлечения плода) с параллельным ушиванием ложа непрерывным восходящим циркулярным швом, который способствует уменьшению частоты формирования микрогематом, а также позволяет восстановить анатомическую структуру, ход и функцию волокон миометрия, обеспечивая благоприятное течение репаративного процесса.

### Результаты и обсуждение

Минимальный возраст всех обследованных пациенток составил 21 год, максимальный – 47 лет. Средний возраст –  $31,9 \pm 5,2$  лет.

У женщин 1 группы минимальный рост равнялся 152 см, максимальный – 178 см; средние показатели роста составили  $165,3 \pm 6,1$  см. Во 2 группе рост пациенток варьировал в пределах от 150 см до 185 см, в среднем  $165,6 \pm 5,9$  см, в среднем  $64,9 \pm 5,9$  см. В группе К минимальный рост – 154 см, а максимальный – 180 см, в среднем  $164,6 \pm 6,4$  см.

У пациенток 1 группы минимальный вес составил 55 кг, максимальный – 130 кг, в среднем  $80,5 \pm 14,3$  кг.

Во 2 группе показатели веса варьировали в пределах от 55 кг до 131 кг, в среднем  $80,2 \pm 13,4$  кг.

В группе К минимальный вес – 58 кг, максимальный – 112 кг, в среднем  $82,1 \pm 11,4$  кг.

Эти данные учитывались при определении объема кровопотери в каждом индивидуальном случае.

Первобеременными в 1 группе были 24 пациентки (43,63 %), во 2 группе 26 (38,8 %), в группе К – 12 (40 %). Женщин, имеющих 2 и более беременностей, было почти в 1,5 раза больше во всех группах. Так, повторнобеременными в 1 группе были 31 женщина (56,36 %), во 2 группе – 41 (61,19 %), в группе К – 18 (60 %).

Количество первородящих в 1 группе – 34 пациентки (61,82 %); во 2 – 42 (62,69 %), в группе К – 19 (63,33 %). Достоверных различий по группам не выявлено ( $p > 0,05$ ).

При анализе сопутствующей экстрагенитальной патологии установлено, что в 1 группе ожирение диагностировано у 12 пациенток (21,82 %), вегетососудистая дистония в 23 (41,82 %), пиелонефрит в 9 (16,36 %). Во 2 группе ожирение было у 14 женщин (20,89 %), пиелонефрит у 11 (16,42 %), вегетососудистая дистония у 26 (38,8 %). В группе контроля пиелонефрит имели 3 женщины (10 %), вегетососудистую дистонию – 11 (36,67 %), ожирение диагностировано у 2 (6,67 %).

По данным гинекологического анамнеза, искусственное прерывание беременности в 1 группе было у 32 пациенток (58,18 %), во 2 группе – в 39 (58,2 %), в группе К у 11 женщин (36,67 %).

Самопроизвольное прерывание беременности в 1 группе имели 7 пациенток (12,73 %), во 2 группе – 8 пациенток (11,94 %), в контрольной группе данного осложнения не было.

Замершая беременность в анамнезе была у 3 женщин (5,45 %) 1 группы, во 2 группе – у 4 пациенток (5,97 %), в группе К данного осложнения не было.

Сальпингоофориты во всех группах наблюдались с одинаковой частотой: в 1 группе у 6 пациенток (10,9 %), во 2 группе – у 8 (11,94 %), в группе К – у 3 (10 %).

Эктопия эпителия шейки матки в исследуемых группах диагностирована в 1 группе – у 9 женщин (16,36 %), во 2 – у 11 (16,42 %), а в группе К – у 5 (16,67 %).

Особого внимания заслуживает характеристика топографии и размеров миоматозных узлов. Так, их количество у обследованных женщин во 2 группе варьировало от 2 до 8, в среднем составило  $2,35 \pm 0,56$ . У женщин 1 группы минимальное количество узлов была 1, а максимальное – 3.

Максимальный размер узлов во 2 группе составил 12 см диаметре, в среднем  $6,87 \pm 2,69$  см, в 1 группе максимальный размер узлов был равен 7 см в диаметре, в среднем  $3,46 \pm 1,54$  см.

Во 2 группе миома матки диагностирована до беременности у 31 пациентки (46,27 %), а у 36 (53,73 %) она впервые обнаружено во время данной беременности. В 1 группе до беременности миома диагностирована у 23 (41,82 %) и у 32 (58,18 %) – во время данной беременности.

Субсерозная локализация узлов определена во 2 группе у 32 женщин (47,76 %), в 1 группе – у 33 (60 %). Субсерозно-интрамуральный вариант локализации узлов диагностирован у 35 пациенток (52,24 %) 2 группы и у 22 (40 %) 1 группы.

В зависимости от расположения миоматозных узлов по отношению к продольной оси матки установлено, что во 2 группе миоматозные узлы были локализованы в дне матки у 14 женщин (20,9 %), в области тела матки – у 49 (73,13 %), в области нижнего сегмента – у 4 (5,97 %). В 1 группе в дне

матки они были у 31 пациентки (56,36 %), в области тела по передней стенке матки – у 10 (18,18 %), а по задней стенке – у 14 (25,45 %).

У 47 пациенток (38,52 %) размер узлов в течение беременности не изменялся или увеличился менее чем на 10 % от исходного. У 75 женщин (61,48 %) – отмечено увеличение размера миоматозных узлов более чем на 10 % от первоначального, что подтверждено данными ультразвукового исследования.

В 1 группе физиологическое течение беременности имели только 15 беременных (27,27 %), во 2 – 19 (28,35 %), в группе К – 17 (56,7 %). Достоверно чаще осложнения беременности встречались у пациенток с миомой матки ( $p < 0,05$ ).

При анализе осложнений беременности, угрожающий выкидыш и угроза преждевременных родов были в 1 группе у 30 пациенток (54,55 %), во 2 группе – у 35 (52,4 %) и у 4 (6,67 %) пациенток К группы.

Ранний гестоз был зарегистрирован в контрольной группе у 20 пациенток (33,33 %). В 1 и 2 группах данное осложнение течения беременности встречалось реже – у 13 (23,64 %) и 15 (22,39 %) пациенток соответственно. Таким образом, ранний гестоз достоверно чаще встречался у пациенток без миомы матки ( $p < 0,05$ ).

Преэклампсия легкой степени диагностирована в группах с сопоставимой частотой – различия составляли от 1 до 7 % ( $p < 0,05$ ). В 1 группе данное осложнение встречалось у 12 пациенток (21,82 %), во 2 группе – у 16 (23,8 %), в группе К у 6 (20 %) пациенток. Достоверных различий между группами по данному осложнению не выявлено ( $p > 0,05$ ), что подтверждает отсутствие зависимости между частотой возникновения преэклампсии и ММ.

Гестационная анемия, как осложнение беременности в III триместре, встречалась только легкой степени тяжести. Так в 1 группе она была диагностирована у 21 женщины (38,2 %), во 2 группе – у 23 (34,33 %), а в группе К – у 9 (30 %).

Плацентарная дисфункция и задержки роста плода встречались в 3 раза чаще у женщин с миомой матки, независимо от ее размеров. Так, в 1 группе это осложнение зарегистрировано у 23 пациенток (41,82 %), во 2 группе – у 21 (31,34 %) и у 4 (13,3 %) контрольной группы.

Таблица 1. Характеристика операций у обследованных пациенток

Показатели	1 группа	2 группа	Группа К	Все пациентки
Объем кровопотери, мл	698,5 ± 97,1	695,3 ± 139,6	624,2 ± 77,1	614,6 ± 172,6
Продолжительность, мин	43,3 ± 13,4	65,6 ± 16,5	39,9 ± 6,8	54,8 ± 19,7

Органоуносящих операций (экстирпаций и надвлагалищных ампутаций) не было.

В отдельных случаях проведено дренирование брюшной полости синтетической дренажной трубкой диаметром 1 см, через операционную рану.

Средняя продолжительность стационарного лечения в послеоперационном периоде у пациенток

Задержка роста плода в 1 группе встречалась у 5 беременных (9,1 %), а во 2 группе – у 7 (10,45 % случаев), а в группе К у 1 женщины (3,3 %).

Все беременные были родоразрешены путем планового кесарева сечения, в соответствии с действующими рекомендациями. Показания к операции в 1 группе были следующие: тазовое предлежание плода – 32 случая (58,18 %), рубец на матке после кесарева сечения – 18 (32,73 %), офтальмологическая патология – 5 (9,09 %). Во 2 группе: тазовое предлежание плода – 31 случай (46,27 %), рубец на матке – 26 (38,8 %), миома матки с локализацией узла в нижнем сегменте матки – 3 случая (4,48 %), офтальмологическая патология – 7 (10,45 %). В группе контроля показаниями к оперативному родоразрешению были: тазовое предлежание – 17 (56,67 %), рубец на матке после кесарева сечения – 7 (23,3 %), офтальмологическая патология – 6 (20 %).

Все операции проводились под спинномозговой анестезией.

Объем интраоперационной кровопотери у пациенток 1 группы варьировал в пределах от 500 мл до 800 мл, в среднем – 698,5 ± 97,1 мл, что составило 0,79 % массы тела беременных. У пациенток 2 группы минимальный объем кровопотери был 500 мл, максимальный – 1200 мл, в среднем – 695,3 ± 139,6 мл (0,86 % от массы тела беременной). В группе К объем кровопотери – от 500 мл до 1000 мл, в среднем – 624,219 ± 77,14 мл (0,7 % массы тела). Достоверно больше кровопотеря была у пациенток 1 и 2 группы по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ).

В первой группе кровопотеря более 0,7 % массы тела зарегистрирована только у 2 пациенток (3,63 %), во второй – у 3 (4,47 %), в группе контроля – не зарегистрирована, таким образом в 1 и 2 группах было большее число случаев массивной кровопотери (более 0,7 % массы тела) ( $p < 0,05$ ).

Продолжительность операции у пациенток первой группы колебалась от 35 до 65 мин, в среднем составила 43,3 ± 13,4 мин. У пациенток 2 группы операция продолжалась от 60 до 135 мин, в среднем длилась 65,6 ± 16,5 мин. Минимальная продолжительность операции у пациенток группы контроля – 30 мин, максимальная – 65 мин, средняя продолжительность – 39,9 ± 6,8 мин (табл. 1).

первой группы в среднем составила 5,8 ± 1,3 дней, 2 группы – 5,9 ± 1,5 дней, в группе контроля – 5,8 ± 0,5 дней (табл. 2), то есть достоверно не отличалась ( $p > 0,05$ ).

Антибиотико-профилактика проводилась всем пациенткам однократно интраоперационно: цефалоспорины III поколения в 68,2 %, фторхинолоны в со-

## □ Оригинальные научные публикации

Таблица 2. Продолжительность пребывания в стационаре

Группа	Койко-день		
	значение	стандартное отклонение	P
1	5,8	1,3	0,125
2	5,9	1,5	0,248
К	5,8	0,5	0,146

четании с метронидазолом в 28,4 % и фторхинолоны в 3,3 %.

В послеоперационном периоде повышение температуры тела в первые сутки наблюдалось у 8 пациенток (14,55 %) первой, в 11 (16,42 %) 2 группы и в 4 (13,33 %) группы К. Достоверно значимых различий между группами по данному осложнению не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Послеоперационный период с позиций течения раневого процесса имел неосложненный характер, отсутствовали случаи внутрибрюшных кровотечений и образования межмышечных гематом, формирования проявления несостоятельности швов, проявления гнойно-септических заболеваний. В ряде случаев наблюдалось развитие послеоперационной анемии, которая вызвана увеличением объема кровопотери. Инволюция матки соответствовала дню послеоперационного периода, не отличалась от таковой после типичного кесарева сечения.

Консервативная миомэктомия, выполненная по разработанному способу, позволяет предотвратить увеличение продолжительности операции, объема кровопотери, развитие типичных послеоперационных осложнений (гематом, несостоятельности швов, гнойно-септических заболеваний), продолжительности пребывания в стационаре.

## Литература

1. Буянова, С. Н. Миомэктомия вне и во время беременности: показания, особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация / С. Н. Буянова, Л. С. Логутова, Н. А. Шукина, М. В. Мгелишвили [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 95–100.

2. Васильченко, Н. П. Лечение больных миомой матки и его эффективность / Н. П. Васильченко, В. Н. Фириченко // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 2. – С. 7–10.

3. Вихляева, Е. М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки / Е. М. Вихляева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2014. – № 3. – С. 21–23.

4. Кулаков, В. И., Шмаков Г. С. Миомэктомия и беременность. – М., 2001. – 344 с.

5. Радзинский, В. Е. Миома матки: курс на органосохранение / В. Е. Радзинский, Г. Ф. Тотчиев. – М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. – 24 с.

6. Фролова, И. И. Лейомиома матки: морфология и вопросы этиопатогенеза / И. И. Фролова // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2014. – Т. 3, № 4. – С. 76–79.

7. Цой, А. С. Лапароскопическая консервативная миомэктомия / А. С. Цой // Проблемы репродукции. – 2015. – № 2. – С. 26–28.

8. Cobellis, L., Messali E. M., Stradella L., Pecori E. et al. Myomectomy during cesarean section and outside pregnancy. Different outcomes of scars., Minerva Ginecol. – 2002. – № 54(6). – P. 483–6.

9. Samsioe, G. Medical and surgical strategies for treating urogynecological disorders / G. Samsioe // Int. J. Fertil. – 2013. – Vol. 41. – P. 135–141.

10. Tinelli, A., Hurst Brad S., Hudelist G., Tsin D. A. et al. Laparoscopic myomectomy on the myoma pseudocapsule: technical and outcome reports // Human Reproduction. – 2012. – Vol. 27, № 2. – P. 427–435.

Поступила 19.01.2017 г.