

## ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «6 Городская клиническая больница»

*Изучены факторы риска сочетания фибромиомы матки и беременности, наличие экстрагенитальной патологии, особенности анамнеза, диагностики, течение и осложнения беременности, родов и послеродового периода у данной группы пациенток. Выявлено, что родоразрешение операцией кесарева сечения производится у беременных с миомой матки в 2 раза чаще (67,9%), чем через естественные родовые пути (32,1%). Расширение объема операции потребовалось у 82,4% родильниц. В послеродовом периоде наиболее частыми осложнениями были анемия и гипотония матки, что предполагает назначение терапии по их предупреждению.*

*Даны рекомендации по профилактике осложнений беременности и родов, выбору тактики родоразрешения и минимизации осложнений при операции кесарева сечения.*

**Ключевые слова:** миома матки, беременность, кесарево сечение, родоразрешение.

**L. S. Gulyaeva, N. N. Rubakova, E. R. Kapustina**

### FEATURES DELIVERY OF WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMA

*Studied risk factors and combinations of fibroids pregnancy, the presence of extragenital pathology, especially history, diagnosis, clinical course and complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period in this group of patients. Revealed that undergoing caesarean section is performed in women with uterine cancer 2 times more likely (67.9%) than vaginal delivery (32.1%). Expansion of operations was required in 82.4% of women in childbirth. In the postpartum period the most frequent complications were anemia and hypotension uterus, which involves administering therapy to prevent them. Recommendations for the prevention of pregnancy and childbirth complications, choice of tactics delivery and minimize complications for cesarean section.*

**Key words:** uterine leiomyoma, pregnancy, cesarean delivery, partum.

Фибромиома матки остается одним из самых распространенных доброкачественных новообразований женских половых органов. В последние годы отмечается, с одной стороны, «омоложение» миомы, т. е. обнаружение узлов у 20–30-летних женщин, с другой стороны, ввиду сохраняющейся тенденции к увеличению числа возрастных первородящих количество беременных, у которых диагностируется эта патология, неуклонно растет [7]. Это может быть обусловлено как совершенствованием диагностики, так ишироким распространением инвазивных акушерских и гинекологических вмешательств (аборты, кесарево сечение, гистеросальпингография, диагностические выскабливания, биопсия и коагуляция шейки матки, постановка и удаление внутриматочных контрацептивов, гистеро- и лапароскопия [5]. Беременность при миоме матки может осложняться быстрым ростом опухоли и некротическими изменениями в узлах, невынашиванием, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты [1]. Узлы миомы мо-

гут привести к неправильным положениям и предложениям плода, препятствовать родоразрешению через естественные родовые пути. Нередко возникают осложнения со стороны плода, такие как синдром задержки роста плода (СЗРП) на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) [4]. Роды у носительниц фибромиомы матки нередко осложняются несвоевременным излитием околоплодных вод, аномалиями родовой деятельности, нарушениями отделения расширения объема оперативного вмешательства вплоть до ампутации матки при наличии узлов миомы больших размеров, атипичном их расположении (шеечном, перешеечном), деформации полости матки либо некрозе узлов [8]. В то же время в современных условиях расширяются показания для органосохраняющих операций при фибромиоме матки, производимых как до беременности, так и во время операции кесарева сечения [8, 9]. Это диктуется необходимостью сохранения детородной функции у молодых женщин в плане решения проблемы демогра-

фической безопасности Государства и сохранения здоровья нации.

Так в 2013 г. в УЗ 6 ГКБ г. Минска миома матки диагностирована у 184 родивших беременных женщин, что составило 3% к общему количеству родов. По данным литературы эта цифра находится в пределах 0,5–6% [6]. Нами поставлена задача изучить факторы риска возникновения опухоли, анамнез, особенности течения беременности, родов и послеродового периода с целью выработки рекомендаций по минимизации осложнений у данной группы пациенток.

Возраст беременных колебался от 20 до 43 лет и в среднем составил 33,1 года. При этом в возрасте до 27 лет миома диагностирована у 8,1%, 28–35 лет – у 29,9% и старше 35 лет – у 62% пациенток. Первородящие составили 40,8%, повторнородящие – 59,2%. Первые роды в возрасте старше 30 лет имели место у 55 (29,9%) женщин, большой перерыв между родами отмечен у 48 (26,1%) беременных.

В плане выявления факторов риска сочетания фибромиомы матки и беременности определялся индекс массы тела, который составил 25 и менее у 60%, 25,1–30 – у 27% и более 30 – у 13% женщин. Возраст менархе менее 11 лет отмечен у 5%, 12–14 лет – у 83% и в 15 лет и старше – у 12% женщин. Экстрагенитальной патологией страдало 47,8% беременных, наиболее часто имела место миопия (37%), заболевания желудочно-кишечного тракта (18%), заболевания сердечно-сосудистой системы (15,2%) и заболевания щитовидной железы (13%). При изучении сопутствующей гинекологической патологии нами отмечено, что бесплодие в анамнезе имели 24 (13%) женщин, первичное – 15 и вторичное – 9. Перенесли ИППП 23% обследованных, страдали воспалительными заболеваниями шейки матки 33%, придатков матки – 10% беременных. Искусственное прерывание беременности в прошлом отмечено в 34,7% случаев.

Основным методом диагностики опухоли явилось сонографическое исследование [2], при котором определялось место расположения узлов, их величина, количество и направление их роста относительно стенки матки. До беременности фиброматозные узлы были обнаружены у 12,8%, во время настоящей беременности – у 64,6% и во время операции кесарева сечения еще у 22,6% обследованных. Множественные узлы найдены у 125 (67,9%) женщин, единичные – у 59 (32,1%). В дне матки они локализовались в 8,2%, в теле – в 96,7%, в нижнем маточном сегменте – в 4,3% случаев. Величина узлов в диаметре варьировала от 8,1 до 127 мм. Субсерозные фиброматозные узлы диагностированы у 38 (20,7%), субсерозно-интрамуральные у 59 (32,1%), интрамуральные – у 85 (46,1%). Субмукозная локализация узлов имела место у 1 пациентки и еще у одной отмечено субмукозно-интрамуральное расположение узла.

В анамнезе у 8 (4,3%) беременных имела место консервативная миомэктомия, которая выполнена лапароскопическим доступом у 4, лапаротомным –

у 2 и с помощью гистероскопии у 2 пациенток. Показаниями к операциям служили миоматозные узлы больших размеров, множественные узлы, бесплодие. У 7 человек беременность наступила в результате ЭКО. При изучении течения предыдущих беременностей и родов в 2 случаях выявлена антенатальная гибель плодов, у 6 обследованных имел место тяжелый гестоз, у 8 – внематочная беременность, самопроизвольное прерывание беременности – у 33, неразвивающаяся беременность – у 20 женщин.

Продолжительность настоящей беременности находилась в пределах от 229 до 292 дней и в среднем составила 274 дня. Течение ее осложнилось угрозой невынашивания (43,3%), анемией (33,2%), поздним гестозом (31%), хронической фетоплацентарной недостаточностью (23,9%). Лицевое предлежание диагностировано у 2 (1,1%), тазовое – у 16 (8,7%), неправильное положение плода – у 4 (2,2%), неустойчивое еще у 8 (4,3%). При изучении течения родов нами отмечено, что родоразрешение операцией кесарева сечения произведено у 125 (67,9%) женщин, 59 (32,1%) родили через естественные родовые пути.

Кесарево сечение в плановом порядке выполнено 103 (82,4%), в экстренном – 22 (17,6%) беременным. Показаниями к плановой операции служили множественные миоматозные узлы у 44 (35,2%), миома матки больших размеров у 26 (20,8%) и явления дегенерации в узлах, установленные во время беременности у 5 (4%) пациенток, а также субмукозная локализация миомы (1, 6%). В большинстве случаев (79,6%) это были сочетанные показания: неправильные положения и предлежания плода, возраст первородящих, отягощенный анамнез, крупный плод, оперированная матка, гестоз, низкая плацентация и др. В экстренном порядке показаниями к операции кесарева сечения явились: аномалии родовой деятельности, начавшаяся внутриматочная гипоксия плода, отсутствие эффекта от родовозбуждения при преждевременном излитии околоплодных вод и в одном случае преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Объем операции у 103 (82,4%) пациенток был расширен. Так, у 102 произведена консервативная миомэктомия и у 1 – надвлагалищная ампутация матки. В нашей клинике на протяжении ряда лет применяется методика временной ишемизации матки при операции кесарева сечения путем перевязки восходящей ветви маточной артерии с целью уменьшения интраоперационной кровопотери. Это было произведено у 81 (79,4%) пациентки при энуклеации фиброматозных узлов, что способствовало лучшему сокращению матки и уменьшению кровотока. Средний объем кровопотери во время операции составил 675 мл.

В родах через естественные родовые пути имели место следующие осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод у 15 (25,4%), аномалии родовой деятельности у 12 (20,3%), плотное прикрепление плаценты у 2 (3,4%), гипотоническое кровотечение

## □ В помощь практикующему врачу

у 1 (1,7%), угроза разрыва промежности у 9 (15,3%) рожениц. Ручное отделение плаценты произведено в 2 случаях. У 3 пациенток потребовалось ручное обследование полости матки, в двух случаях – контрольное диагностическое. Продолжительность родов в среднем составила 8,6 ч у первородящих и 6,8 ч у повторнородящих. Общая кровопотеря в родах равнялась 253 мл.

В удовлетворительном состоянии родилось 180 (97,8%) новорожденных, у 4 диагностирована асфиксия умеренной степени тяжести. Послеродовой период осложнился анемией у 11 (6%), субинволюцией матки у 5 (2,7%), гипотоническим кровотечением у 2 (1,1%) родильниц. Все родильницы и новорожденные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в результате проведенных нами исследований можно сделать следующие выводы:

– в группу риска по возникновению миомы матки входят возрастные первородящие женщины, страдающие избыточной массой тела, имеющие в анамнезе перенесенные воспалительные процессы женских половых органов, аборт, бесплодие, неразвивающуюся беременность;

– наиболее частыми осложнениями беременности у пациенток с миомой матки являются угроза прерывания, анемия, гестозы, фетоплацентарная недостаточность, что диктует необходимость более тщательного дифференцированного подхода при наблюдении в женской консультации и проведения мероприятий по профилактике данных осложнений, а также дорожной госпитализации для выбора оптимального метода родоразрешения;

– ввиду того, что наиболее частыми осложнениями у рожениц с фибромиомой матки являются несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности и в связи с этим возможность развития кровотечений в последовом и раннем пос-

леродовом периодах, необходимо проводить профилактику этих осложнений и расширить показания для контрольного ручного обследования полости матки при наличии множественных узлов миомы и подозрении на субмукозный рост.

– в случаях родоразрешения операцией кесарева сечения женщин с фибромиомой матки для сохранения детородной и менструальной функций и улучшения качества жизни пациенток возможно расширение показаний для консервативной миомэктомии, даже при наличии множественных узлов больших размеров. Временная ишемизация во время операции способствует уменьшению общей кровопотери.

### Литература

1. Кулаков, В. И., Шмаков Г. С. Миомэктомия и беременность. – М., 2001. – 344 с.
2. Лапотко, М. Л. Роль сонографии и цветового доплеровского картирования в диагностике миомы матки на этапе планирования беременности // Репродуктивное Здоровье. Восточная Европа. – 2012. – № 5/2. – С. 128–132.
3. Лапотко, М. Л. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Репродуктивное Здоровье. Восточная Европа. – 2012. – № 5/23. – С. 353–355.
4. Матевосян, Н. Р. Клинико-гормональные параллели течения беременности и родов у женщин с фибромиомой матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ереван, 1999. – 21 с.
5. Михалевич, С. И., Капуста А. В. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки // Медицинские новости. – 2011. – № 2. – С. 18–25.
6. Сидорова, И. С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). – М., 2003. – 234 с.
7. Смирнова, Т. А. Миома матки: пути решения проблемы // Репродуктивное Здоровье. Восточная Европа. – 2012. – № 5/23. – С. 212–214.
8. Kaymak, O. Myomectomy during cesarean section // *Obstet. Gynecol.* – 2009. – Vol. 114, N 3. – P. 611–615.
9. Myoma and pregnancy: when medical treatment is not sufficient / Pelissier-Komorek A. [et al.] // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2012. – May, 41(3). – P. 307–310.

Поступила 1.04.2014 г.