

## ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

**Г. И. Хрипунова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, профессор, доктор медицинских наук; **Н. С. Гурьянова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета.

## DELIVERY IN PATIENTS WITH HYSTEROMYOMA

**G. I. Khripunova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Obstetrics and Gynecology of Pediatric Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **N. S. Gurianova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Obstetrics and Gynecology of Pediatric Faculty, Attending Physician.

Дата поступления — 01.04.2011 г.

Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

**Хрипунова Г. И., Гурьянова Н. С.** Тактика родоразрешения беременных с миомой матки // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 401–403.

**Целью работы** явилось определение оптимальной тактики ведения родов и объема хирургического вмешательства у рожениц с миомой матки. Оценывались возможности и перспективность методов консервативной миомэктомии. **Материалы и методы.** Проанализировано 1000 историй родов за 2009 г. в родильном отделении МУЗ «ГКБ № 8» г. Саратова. Возраст пациенток ограничен 22–43 годами. Показатели были статистически обработаны с помощью программы Microsoft Excel. Средние значения показателей представлены с их стандартными ошибками ( $M_{cp} \pm m$ ). Достоверность различий средних значений показателей оценивалась с использованием  $t$ -критерия Стьюдента. **Результаты.** В ходе исследования установлено, что миома матки преобладала в основном у женщин в возрасте от 30 лет и старше (75%). Из них 56% первородящие и 44% повторнородящие. 57% беременных родоразрешались путем операции кесарева сечения. Расширение объема хирургического вмешательства производилось у 29% беременных из ста, находящихся под наблюдением. Из них консервативная миомэктомия произведена у 27 женщин (87%), надвлагалищная ампутиация матки у двух (6,4%). Через естественные родовые пути родоразрешены 43% беременных с миомой матки, которая не являлась препятствием для рождения плода и впервые была диагностирована в раннем послеродовом периоде методом ультразвуковой диагностики. **Заключение.** Полученные данные показатели целесообразность и перспективность родоразрешения пациенток с помощью операции кесарева сечения с последующей консервативной миомэктомией, способствующей сохранению чадородной функции пациенток и качества их жизни, что, несомненно, положительно отразится на демографической ситуации.

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

**Khripunova G. I., Gurianova N. S.** Delivery in patients with hysteromyoma // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 2. P. 401–403.

**Objective** of the present article is to define optimal tactics and volume of surgical intervention in patients with hysteromyoma during labor process. Evaluation of possibilities and prospects of conservative methods of myomectomy have been determined. 1000 case histories dated 2009 were analyzed. Patients aged from 22 to 43 were under study. During the research it was revealed that hysteromyoma was mostly prevailed in women aged 30 and older (75%). 5% of them were primipara, 44% — bipara. 57% of pregnant patients were delivered by means of cesarean method. Widening of surgical intervention required 29% of 100 observed patients. Conservative myomectomy was conducted for 27 patients (87%), supracervical hysterectomy — for 2 women (6,4%). Natural delivery by vaginal route was marked in 43% of pregnant women with hysteromyoma; it was not a problem for birth and was first diagnosed in the early postnatal period by means of ultrasonic diagnostics. During analysis of the received data attention should be paid to expediency and promising of delivery of patients by means of cesarean method with following conservative myomectomy; it promotes to preserve childbearing function, their quality of life and consequently improves the demographic situation.

**Key words:** hysteromyoma, pregnancy, delivery.

**Введение.** Актуальность работы обусловлена прогрессивным ростом частоты миомы матки у беременных активного чадородного возраста [1–7]. Однако до настоящего времени не разработаны четкие критерии тактики ведения беременных с миомой матки. Отсутствует единая тактика объема хирургического вмешательства при указанной патологии. Нередко после родоразрешения пациенток активного репродуктивного возраста прибегают к надвлагалищной ампутиации матки или экстирпации. Естественно, выполненное хирургическое вмешательство приводит к прекращению репродуктивной функции, а также оказывает негативное влияние на качество жизни пациенток. В связи с изложенным актуальность проблемы не вызывает сомнений.

**Цель работы:** определение оптимальной тактики ведения родов и объема хирургического вмешательства у рожениц с миомой матки; оценка возможности

и перспективности методов консервативной миомэктомии.

**Методы.** Проанализировано 1000 историй родов за 2009 г. в родильном отделении МУЗ «ГКБ № 8» г. Саратова. Возраст пациенток 22–43 года. Из них 100 беременных страдали миомой матки (10%) в возрасте  $33,25 \pm 0,46$  года. Беременные являлись представителями самых разных социальных групп. Большую часть составляли работающие пациентки — 61%; 39% — домохозяйки.

Тщательному анализу подверглись акушерско-гинекологический и соматический анамнезы, а также клинико-лабораторные данные, которые, на наш взгляд, наиболее четко отражали особенности течения беременности пациенток с миомой матки. Все показатели были статистически обработаны с помощью программы Microsoft Excel. Средние значения показателей представлены с их стандартными ошибками ( $M_{cp} \pm m$ ). Достоверность различий средних значений показателей оценивалась с использованием  $t$ -критерия Стьюдента.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что миома матки преобладала в основном у женщин

**Ответственный автор** — Гурьянова Наталья Сергеевна.

Адрес: Саратовская обл., г. Энгельс-1, 67, кв. 36.

Тел.: 8-845-3-72-09-83; 8-919-826-27-68.

E-mail: guryanovans.86@mail.ru

в возрасте от 30 лет и старше (75%) (рис. 1). Из них 56% — первородящие и 44% — повторнородящие (рис. 2).

У 57% беременных отмечалась эндокринная патология в виде струмы различной степени (22%), эутиреоза (18%). Ожирением страдали 17% беременных. Частота длительной инфекции органов малого таза составила 51% [4, 5]. Бесплодие в анамнезе отмечали у 3% пациенток, что явилось причиной наступления первой беременности в более позднем возрасте (31–40 лет); все они были первородящими старшего возраста. Больше половины рожениц, а именно 67%, в анамнезе имели эрозию шейки матки, 43% из них было произведено электрохирургическое лечение.

У 60% пациенток миома матки была диагностирована до беременности. Во время беременности заболевание было выявлено у 17% женщин, у 13% опухолевый процесс был обнаружен интраоперационно во время кесарева сечения и у 10% в послеродовом периоде при ультразвуковом исследовании. Локализация миоматозных узлов была различной. Расположение миоматозных узлов по передней стенке матки установлено в 60% случаев, на задней стенке в 38%, в дне в 9%. Множественная миома матки зафиксирована у 3 (3%) пациенток (рис. 3). Диаметр узлов в среднем варьировал от 1 до 7 см. Интерстициальная локализация миоматозных узлов наблюдалась в 52% случаев, субсерозная в 28%, интерстициально-субсерозная локализация в 9%. При этом было обращено внимание на частоту взаимоотношения локализации миоматозных узлов и эндокринных заболеваний. Интерстициальная локализация опухолевого процесса сочеталась с эндокринной патологией в 19% случаев; субсерозная в 8% и смешанная в 3%. По результатам гистологического исследования миоматозных узлов выявлено, что в 44,4% случаев встречались опухоли без структурных изменений, отечные миоматозные узлы с кровоизлиянием в 3,7% случаев, с дегенеративными изменениями в 3,7%, с некротическими изменениями — в 7,4%. Путем операции кесарева сечения были родоразрешены 57% беременных.

Показаниями для оперативного родоразрешения послужили как материнские (47%), так и сочетанные факторы (28%). Среди материнских причин, осложняющих родоразрешение через естественные родовые пути, чаще всего встречались: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (19%), миома матки (14%), гинекологические операции по поводу опухолевых процессов яичников (6%), эктопической беременности (2%); гестоз различной степени тяжести (7%); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (3%); рубец на матке (7%) вследствие предыдущего абдоминального родоразрешения (кесарева сечения) и консервативной миомэктоми (4%) до наступления настоящей беременности. Показаниями для кесарева сечения у 1% женщин явилась мочекаменная болезнь и в 1% случаев — миопия высокой степени тяжести.

Наиболее частыми показаниями со стороны плода были: хроническая внутриутробная гипоксия плода и прогрессирующая фетоплацентарная недостаточность (30%), угрожающая асфиксия плода (4%), поперечное положение плода (1%), тазовое предлежание плода (7%).

Из 57 пациенток, родоразрешение которых производилось путем операции кесарева сечения, у 29 потребовалось расширение объема оперативного

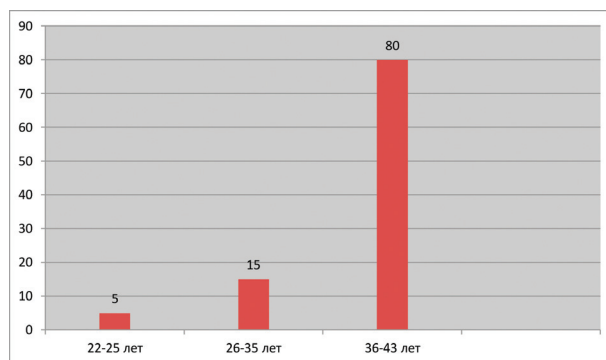


Рис. 1. Возрастные группы беременных с миомой матки

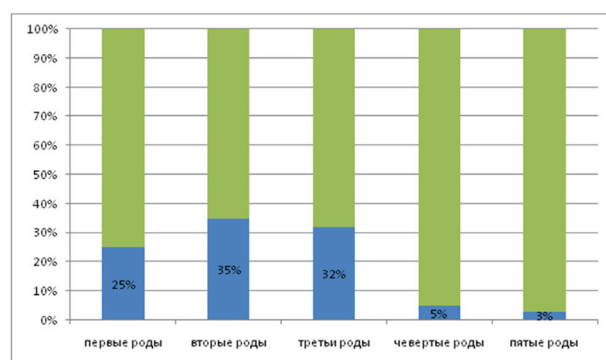


Рис. 2. Частота родов в анамнезе у беременных с миомой матки

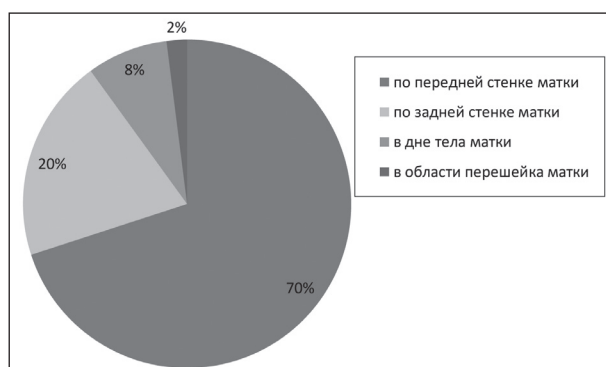


Рис. 3. Локализация миоматозных узлов

вмешательства, из них консервативная миомэктомиа была выполнена у 27, надвлагалищная ампутация матки — у 2 женщин. 28 пациенткам расширение объема хирургического вмешательства не требовалось.

Средняя кровопотеря при операции кесарева сечения без расширения объема —  $440,74 \pm 18,11$  мл, пребывание в стационаре:  $10,56 \pm 1,17$  дня, средняя оценка новорожденных по шкале Апгар:  $7,48 \pm 0,23$  балла.

При консервативной миомэктомии средняя кровопотеря составила  $511,11 \pm 29,28$  мл, среднее пребывание в стационаре  $11,15 \pm 1,05$  дня, средняя оценка новорожденных по шкале Апгар  $7,72 \pm 0,11$  балла, перинатальная заболеваемость 37%. Задержка внутриутробного развития плода наблюдалась в 30% случаев, неонатальная желтуха новорожденных отмечалась у 40% пациенток, внутриутробные пороки развития плода у 20%, из них половина приходилась на врожденные пороки сердца; интранатальная асфиксия плода имела у 10% женщин.

При надвлагалищной ампутации средняя кровопотеря составила 700 мл, среднее пребывание в стационаре  $15,5 \pm 6,5$  дня, средняя оценка новорожденных по шкале Апгар  $6,25 \pm 0,25$  балла, перинатальная заболеваемость 2%. В одном случае выявлена врожденная кривошея, в другом — перинатальное поражение центральной нервной системы гипоксического генеза.

Через естественные родовые пути родоразрешены 43% беременных с миомой матки. Размер миоматозных узлов от 1 до 2 см в диаметре, с локализацией по передней и задней стенкам матки. Патология была диагностирована у 18,6% рожениц в раннем послеродовом периоде методом ультразвуковой диагностики. Из них в 2,3% случаев произошел поздний выкидыш при сроке гестации 25–26 недель. Амниотомия была выполнена в 13,9% родов, эпизиотомия-раффия в 25,5%. Травмы промежности различной степени тяжести имелись у 16,2% женщин.

Ручное отделение последа выполняли в 2,3% случаев. Раздельно-диагностическое выскабливание матки по поводу подозрения на остатки плодного яйца производили в 4,65% случаев, лохиометры в 9,3%.

Средняя продолжительность родов составила 6 ч. 16 мин.  $\pm 0,30$ , средняя кровопотеря  $199,77 \pm 5,59$  мл, оценка новорожденных по шкале Апгар  $7,81 \pm 0,15$  балла, среднее пребывание в стационаре  $7,44 \pm 0,71$  дня.

Установлено рождение детей мужского пола у 57% рожениц, женского у 43%. Оценка новорожденных по шкале Апгар при консервативной миомэктомии в среднем составила 7,71 балла, при ампутации матки 6,25 балла.

**Обсуждение.** Таким образом, сочетание миомы матки и беременности отмечалось преимущественно у пациенток в возрасте от 30 лет и старше ( $33,25 \pm 0,46$  года) [1–7].

Фоном для развития доброкачественного опухолевого процесса в матке чаще всего являются хронические воспалительные процессы половой сферы в сочетании с экстрагенитальной патологией, в частности с эндокринной [4, 5].

57% беременных родоразрешались путем операции кесарева сечения. Расширение объема хирургического вмешательства потребовалось 29% беременных из ста, находящихся под наблюдением. Из них консервативная миомэктомия произведена у 27 (87%), надвлагалищная ампутация матки у двух (6,4%). 28 пациенткам расширение объема хирургического вмешательства не требовалось.

Средняя кровопотеря при операции кесарева сечения без расширения объема составила  $440,74 \pm 18,11$  мл, пребывание в стационаре  $10,56 \pm 1,17$  дня, средняя оценка новорожденных по шкале Апгар  $7,48 \pm 0,23$  балла.

При консервативной миомэктомии средняя кровопотеря  $511,11 \pm 29,28$  мл; среднее пребывание в

стационаре  $11,15 \pm 1,05$  дня, средняя оценка по шкале Апгар составила  $7,72 \pm 0,11$  балла, перинатальная заболеваемость 37%.

При надвлагалищной ампутации матки средняя кровопотеря составила 700 мл, среднее пребывание в стационаре  $15,5 \pm 6,5$  дня, средняя оценка по шкале Апгар  $6,25 \pm 0,25$  балла, перинатальная заболеваемость 2%.

Через естественные родовые пути родоразрешены 43% беременных с миомой матки, которая не являлась препятствием для рождения плода и впервые была диагностирована в раннем послеродовом периоде методом ультразвуковой диагностики. Средняя продолжительность родов составила 6 ч. 16 мин.  $\pm 0,30$ , средняя кровопотеря  $199,77 \pm 5,59$  мл, оценка новорожденных по шкале Апгар в среднем составила  $7,81 \pm 0,15$  балла, среднее пребывание в стационаре  $7,44 \pm 0,71$  дня.

Достоверных различий в сроках пребывания в стационаре пациенток, которым была выполнена операция кесарева сечения с расширением объема оперативного вмешательства до консервативной миомэктомии ( $11,15 \pm 1,05$  дня) и без него ( $10,56 \pm 1,17$  дня), нет. ( $t=0,395$ ;  $p=0,6941$ ). Вместе с тем кесарево сечение с консервативной миомэктомией ( $511,11 \pm 29,28$  мл) существенно увеличивает объем кровопотери по сравнению с оперативным вмешательством без удаления миоматозных узлов ( $440,74 \pm 18,11$  мл) ( $t=10,264$ ;  $p=0,0000$ ).

**Заключение.** Анализ полученных данных показал целесообразность и перспективность родоразрешения пациенток с множественной миомой матки или одиночными миоматозными узлами больших размеров с помощью операции кесарева сечения с последующей консервативной миомэктомией, способствующей сохранению чадородной функции пациенток и качества их жизни, что, несомненно, положительно отразится на демографической ситуации.

#### Библиографический список

1. Айламазян Э. К., Рябцева И. Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. СПб.: Гиппократ, 1992. 176 с.
2. Василевская Л. Н., Сидорова И. С. Течение беременности и родов у больных миомой матки // Акушерство и гинекология. 1977. № 8. С. 48–54.
3. Пестрикова Т., Юрасов И. Миома матки. // Медицинская газета. 2003. № 95. С. 8–9. (Конспект практического врача. Вып. № 82)
4. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). СПб.: ЭЛБИ, 2000. 236 с.
5. Сидорова И. С. Миома матки и беременность. М.: Медицина, 1985. 192 с.
6. Сидорова И. С. Беременность и роды у больных миомой матки // Акушерство и гинекология. 1981. № 9. С. 57–59.
7. Kerkar A. V. Uterine myomata in pregnancy // J. Obstet. Gynec. India. 1977. Vol. 27, № 6. P. 953–955.