

УДК 618.14-006.36-02:618.2/5-079.4-08

Чайка К.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

## ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

**РЕЗЮМЕ.** Цель: изучить особенности гестационного периода и родов, состояния плода и новорожденного у женщин с наличием беременности на фоне лейомиомы матки при различных вариантах методологии ведения беременности и родов у них.

**Материалы и методы.** Были изучены особенности гестационного периода и родов, состояния плода и новорожденного у 125 женщин с наличием беременности на фоне лейомиомы матки с 16 недель беременности. Все пациентки были стратифицированы в четыре подгруппы по признаку внутрипухолового кровотока и взаимного расположения миоматозного узла и плаценты.

**Результаты.** Осложненное течение беременности в виде угрозы прерывания наблюдалось более чем в 1,5 раза чаще у беременных с множественными миоматозными изменениями матки (>5 узлов), чем у женщин с одиночными и небольшим количеством миоматозных узлов.

Беременность желали сохранить все женщины. Для профилактики нарушения питания в миоматозных узлах и лечения угрозы прерывания беременности назначали охранительный режим, спазмолитические препараты. По показаниям под контролем гормонов крови проводилась коррекция гормонального фона и тиреоидного статуса. У 16,54 % беременных женщин с множественной миомой матки больших размеров была произведена миомэктомия в плановом порядке после обследования и предоперационной подготовки токолитическими препаратами в течение 5-7 дней.

Хирургическая тактика консервативной миомэктомии при беременности существенно отличалась производимой вне беременности. Послеоперационное ведение беременных, перенесших консервативную миомэктомию, имело свои специфические особенности, обусловленные необходимостью создания благоприятных условий репарации тканей, профилактики гнойно-септических осложнений, адекватного функционирования кишечника. При этом продолжали комплекс терапевтических мероприятий, направленных на развитие беременности и улучшение маточно-плацентарного кровотока. Наиболее благоприятная ситуация наблюдалась у женщин в подгруппе с периферическим внутрипухоловым кровотоком и локализацией узла вне проекции плаценты.

Все женщины после консервативной миомэктомии были родоразрешены путем операции кесарево сечение. У пациенток с периферическим внутрипухоловым кровотоком и локализацией узла вне проекции плаценты, патология в родах встречалась в 66,7 %.

**Вывод.** Тактика ведения беременности у женщин с лейомиомой матки должна учитывать связанные с основным заболеванием изменения гормонального фона и тиреоидного статуса, а также особенности взаимного расположения узла и плаценты и количественные показатели внутрипухолового кровотока.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, внутрипухоловый кровоток, беременность, миомэктомия, локализация узла.

Лейомиома матки является одним из наиболее распространенных доброкачественных заболеваний матки, частота которой в репродуктивном возрасте колеблется от 20 до 40 % [1-5]. Беременность на фоне миомы матки, а также роды и послеродовой период в 22-58 % случаев имеют осложненное течение, вплоть до массивной кровопотери и потери плода и матки [6-9].

Ранняя диагностика плацентарной дисфункции и оценка степени ее тяжести у беременных с миомой матки имеет решающее значение для определения рациональной акушерской тактики, выбора метода и срока родоразрешения с целью улучшения перинатальных исходов [10].

**Цель:** изучить особенности гестационного периода и родов, состояния плода и новорожденного у женщин с наличием беременности на фоне лейомиомы матки при различных вариантах методологии ведения беременности и родов у них.

### Материалы и методы

Были изучены особенности гестационного периода и родов, состояния плода и новорожденного у 125 женщин, обратившихся в Донецкий региональный центр охраны материнства и детства с наличием беременности на фоне лейомиомы матки, с 16 недель беременности.

Все пациентки были стратифицированы в четыре подгруппы по признаку внутрипухолового кровотока и взаимного расположения миоматозного узла и плаценты:

А – 20 женщин с *периферическим* типом кровоснабжения наибольшего миоматозного узла и УЗ-признаками частичной *локализации плаценты в зоне проекции миоматозных узлов*.

В – 48 беременных женщин с *периферическим* типом кровоснабжения наибольшего миоматозного узла и УЗ-признаками *располо-*

жения плаценты вне зоны проекции миоматозного узла.

С – 9 пациенток с диффузным типом кровоснабжения наибольшего миоматозного узла и УЗ-признаками частичной локализации плаценты в зоне проекции миоматозного узла.

Д – 29 женщин с диффузным типом кровоснабжения наибольшего миоматозного узла и УЗ-признаками расположения плаценты вне зоны проекции миоматозного узла.

К – 19 беременных, которым была произведена консервативная миомэктомия в 14-16 недель гестации.

Для оценки плацентарного комплекса и состояния плода нами использовались эхография, доплерометрия и трехмерная энергетическая доплерография сосудов плаценты. Исследование внутривенного кровотока проводилось в центральной, двух парацентральных и двух периферических зонах. Для оценки локализации, размеров, структурных особенностей и васкуляризации миоматозных узлов были использованы двухмерная и трехмерная эхография, трехмерная энергетическая доплерография. Данное исследование проводилось с 14-16 недель гестации. Высокие и низкие значения показателей VI и FI в миоматозных узлах определялись путем их сопоставления с аналогичными значениями этих показателей в неизменном миометрии.

#### **Хирургическая тактика во время беременности:**

1. Операцию проводили под эндотрахеальным наркозом или под эпидуральной анестезией. Такой вид обезболивания, с нашей точки зрения, наиболее предпочтителен, поскольку позволяет создать максимальную релаксацию и минимальное воздействие на плод.

2. Для создания наиболее щадящих условий для беременной матки и плода, а также оптимального доступа к атипично расположенным узлам миомы применяли разрез по Пфанненштилю. При этом тело матки с расположенным в нем плодом не фиксировалось, а свободно располагалось в брюшной полости. Учитывая выраженную сосудистую сеть с хорошо развитыми коллатеральными, во избежание дополнительной кровопотери узлы миомы захватывали марлевыми тампонами, смоченными теплым изотоническим раствором хлорида натрия, без использования таких зажимов, как Мюзо и "штопор".

3. При шеечном расположении миоматозного узла на передней стенке матки вскрывали брюшину в поперечном направлении между круглыми связками, тупо низводили за лоно мочевого пузыря, затем продольным разрезом по средней линии рассекали капсулу узла. Миоматозный узел выделяли острым и тупым

путем с одновременным лигированием всех сосудов, расположенных в миометрии. Проводили тщательный гемостаз, принимая во внимание выраженность кровоснабжения узлов при беременности.

4. При интралигаментарном расположении узла пересекали круглую связку матки над узлом. В ряде случаев при больших размерах опухоли и ее интралигаментарном расположении возникала необходимость пересечения собственной связки яичника и трубы. Частично тупым, частично острым путем выщипывали узел. Во всех случаях для заполнения полости после удаления узла применяли резецированный сальник беременной, обладающий гемостатическими и противовоспалительными свойствами. Ложе миоматозного узла после заполнения сальником, ушивали узловыми викриловыми швами в два ряда, укрывали пластиной «Тахокомб». Проводили тщательный гемостаз и перитонизацию параметрия.

5. При субсерозно-интерстициальном расположении узла разрез проводили продольно, обходя расширенные во время беременности сосуды, уменьшая травматизацию матки.

6. Важным моментом хирургической тактики при беременности, на который мы хотим обратить особое внимание, является целесообразность удаления только крупных узлов (от 5 см в диаметре и более), препятствующих вынашиванию настоящей беременности.

7. Важное место в исходе операции и беременности мы отводили шовному материалу и методике наложения швов на матку. Основным шовным материалом, который использовали при хирургических вмешательствах во время беременности, был викрил № 0 и 1. Наложение швов на матку проводили в один-два ряда. Накладывали только узловые швы, так как в этом случае закрытие ран считали более надежным. Удаленность швов друг от друга была 1 см. Таким образом, ткани удерживались в состоянии репозиции, не возникала ишемия прошитых и прилежащих участков.

**Послеоперационное ведение беременных,** перенесших консервативную миомэктомию, имело свои специфические особенности, обусловленные необходимостью создания благоприятных условий репарации тканей, профилактики гнойно-септических осложнений, адекватного функционирования кишечника. При этом продолжали комплекс терапевтических мероприятий, направленных на развитие беременности и улучшение маточно-плацентарного кровотока.

1. После проведения хирургического вмешательства в течение 3 дней проводили интенсивную инфузионную терапию, включающую белковые, кристаллоидные препараты и средства,

улучшающие микроциркуляцию и регенерацию тканей. Вопрос о длительности инфузионной терапии решался индивидуально в каждом конкретном случае и зависел от объема оперативного вмешательства и кровопотери.

2. С целью профилактики гнойно-септических осложнений назначали курс *антибактериальной терапии* (предпочтительно синтетические пенициллины или цефалоспорины) *на фоне иммунопротекторов*.

3. Применяли средства, очищающие кишечник.

4. В зависимости от выраженности клинических признаков угрозы прерывания беременности продолжали с первых часов после операции *терапию, направленную на сохранение беременности*.

5. Для улучшения микроциркуляции миометрия, плацентарного кровотока, снижения возбудимости и сократительной активности матки в течение всей беременности женщины получали *токолитические препараты*, сочетая их с приемом спазмолитических средств.

6. Проводилась коррекция гормонального фона, тиреоидного статуса.

7. На 20-25-е сутки после операции пациентки с прогрессирующей беременностью были выписаны на амбулаторное лечение.

8. Плановая госпитализация на родоразрешение беременных после миомэктомии осуществлялась в 35-36 недель гестации.

## Результаты и обсуждение

Клинические показатели течения беременности у женщин исследуемых подгрупп имели ряд особенностей. Угроза прерывания беременности в I триместре, которая у пациенток клинически проявлялась тянущими болями внизу живота и кровянистыми выделениями из половых путей, во всех подгруппах выявлялась более чем в 80,00 % случаев. Высокий процент данного осложнения, вероятно, связан с нарушениями гормонального фона, тиреоидного статуса, наличием хронической инфекции урогенитального тракта у данной группы пациенток. Женщинам при поступлении в стационар проводилось исследование и коррекция гормонального фона, тиреоидного статуса, после консультации эндокринолога. Выявляли и проводили санацию очагов хронической инфекции. Осложненное течение беременности в виде угрозы прерывания наблюдалось более чем в 1,5 раза чаще у беременных с множественными миоматозными изменениями матки (>5 узлов), чем у женщин с одиночными и небольшим количеством миоматозных узлов.

Угроза прерывания беременности во всех подгруппах встречалась реже при субсерозной локализации миоматозных узлов, более часто – при субмукозном и центриветальном росте узлов.

Беременность желали сохранить все женщины. Для профилактики нарушения питания в миоматозных узлах и лечения угрозы прерывания беременности назначали охранительный режим, спазмолитические препараты. По показаниям под контролем гормонов крови проводилась коррекция гормонального фона и тиреоидного статуса.

Угроза позднего аборта во II триместре беременности отмечалась статистически значимо реже в подгруппах В и D, однако сохранялась достаточно высокой (в 1,5-2 раза чаще) в подгруппах А и С, с расположением миоматозных узлов в проекции плаценты.

У 19,55 % женщин в I и II триместрах беременности отмечался интенсивный рост миоматозных узлов. Основной процент такого осложнения регистрировался у беременных с *диффузным* внутриопухолевым кровотоком: 60,00 и 25,71 % в подгруппах С и D соответственно. У пациенток с *периферическим* типом кровотока быстрый рост опухоли выявлялся в 19,23 %, и только в подгруппе А, с расположением узла в проекции плаценты.

Некроз миоматозных узлов с ультразвуковыми и клиническими признаками дегенеративных изменений и нарушения питания узлов наблюдался у 22,56 % беременных женщин с лейомиомой. Чаще всего данное осложнение выявлялось в основном в подгруппах В и D, у пациенток с *периферическим* внутриопухолевым кровотоком и миоматозными узлами больших размеров (более 8 см), субсерозной локализацией и интенсивным ростом опухоли. Беременные с наличием клинических и ультразвуковых признаков некроза опухоли получали антибактериальную, иммунокорректирующую, антикоагулянтную терапию под контролем клинико-биохимических показателей крови.

У 16,54 % беременных с множественной миомой матки больших размеров была произведена миомэктомия в плановом порядке после обследования и предоперационной подготовки токолитическими препаратами в течение 5-7 дней.

### **Показания к проведению консервативной миомэктомии во время беременности:**

1. Некроз узла с наличием клинических признаков острой ишемии тканей (гипертермия, тахикардия, локальная болезненность, тошнота, рвота, нарастающий лейкоцитоз, повышенная СОЭ). В 12,03 % случаях была выполнена консервативная миомэктомия в сроках 14-19 недель гестации.

2. Множественная миома матки больших размеров с интенсивным ростом опухоли и атипичным расположением узлов, приводящим к нарушению функции смежных органов (переечная миома) – 4,51 %.

Оптимальным сроком проведения консервативной миомэктомии мы считали 14-16 нед. беременности, когда концентрация вырабатываемого плацентой прогестерона возрастает приблизительно в 2 раза. Под воздействием прогестерона уменьшалась сократительная деятельность матки, снижались тонус и возбудимость миометрия, повышалась растяжимость мышечных структур, усиливалась запирающая функция внутреннего зева. Последний срок возможного проведения операции во время беременности – 22 нед.

Хирургическая тактика консервативной миомэктомии при беременности существенно отличалась производимой вне беременности. Это связано с необходимостью проведения операции с соблюдением следующих условий: 1) минимальная травматичность для плода и кровопотеря; 2) выбор рационального разреза на матке с учетом последующего абдоминального

родоразрешения; 3) шовный материал, обладающий достаточной прочностью, минимальной аллергенностью, способный образовывать полноценный рубец на матке.

После миомэктомии в трех случаях (13,64 %) произошло прерывание беременности: в двух наблюдениях произошел поздний самопроизвольный аборт в 16-17 нед. гестации, через 7 и 10 дней после операции, на фоне обострения экстрагенитальной инфекции (ОРВИ и обострение хронического пиелонефрита); в третьем случае произошла гибель плода в 16 нед. беременности через 9 ч. после операции в связи с отслойкой плаценты. Данные пациентки входили в подгруппу С с диффузным внутриопухолевым кровотоком и расположением узла в проекции плаценты. У 19/22 (86,36 %) женщин после миомэктомии беременность прогрессировала.

### Клинический пример

Беременная М., 32 г., поступила в ДРЦОМД для планового родоразрешения с диагнозом: Беременность 1 36-37 нед. Рубец на матке. Врожденная деформация грудной клетки справа. Отсутствие правой молочной железы. Диффузный зуб 1 ст. Ожирение 2 ст.

Данная беременность наступила самостоятельно. Из гинекологического анамнеза: миома матки больших размеров впервые обнаружена при обследовании в МГЦ в сроке беременности 14 нед. При УЗИ субсерозно-интерстициальный узел 180×110 мм с доплерометрическими параметрами диффузного кровотока и локализацией опухоли вне проекции плаценты. Тонус миометрия по передней стенке матки повышен. Аномалий развития плода не выявлено, биохимический скрининг в пределах нормы.

Женщина была госпитализирована в ГО № 1 ДРЦОМД с диагнозом: Беременность I, 14-15 нед. Угроза позднего аборта. Миома матки больших размеров. Врожденная деформация грудной клетки справа. Отсутствие правой молочной железы. Диффузный зуб 1 ст. Ожирение 2 ст. В отделении получала сохраняющую терапию, после купирования явлений угрозы прерывания беременности, в сроке 15-16 нед., женщине произведена операция: Нижнесрединная лапаротомия. Консервативная миомэктомия. Был вылуцен субсерозный узел на широком основании размерами 20×15×10 см., исходящий из передней стенки матки с переходом на дно и левую боковую стенку (рис. 1).

Левая маточная труба была распластана на узле, произведена левосторонняя сальпингэктомия. Ложе узла ушито двухрядным викриловым швом. К рубцу фиксирована предварительно резецированный фрагмент большого сальника (рис. 2).

В послеоперационном периоде женщина получала сохраняющую, токолитическую терапию. В сроке 17-18 нед. пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. В сроке 27-28 нед. по поводу угрозы преждевременных родов получала сохраняющую терапию в условиях стационара.

В отделении женщине проведено полное клинико-лабораторное обследование. Был составлен план ведения родов – оперативный. С началом родовой деятельности пациентка была родоразрешена путем операции кесарево сечение.

Срок гестации на момент родоразрешения составил 37-38 нед. На операции извлечен живой доношенный мальчик массой 3050,0 г, длиной 51 см, 7/7 баллов по шкале Апгар. Миометрий в области рубца на матке истончен до 3,0 мм. Матка ушита двухрядным викриловым швом, рубец в нижнем сегменте укрыт пластиной «Тахокомб» (рис. 3).

При ревизии органов малого таза: в области левого трубного угла сальник интимно подпаян к области рубца, где ранее была произведена оментоутеропексия (рис. 4).

Общая кровопотеря составила 600 мл.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Женщина с ребенком были выписаны на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

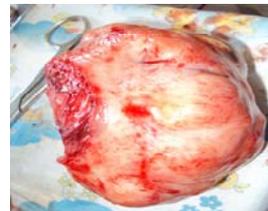


Рис. 1. Удаленный субсерозный узел

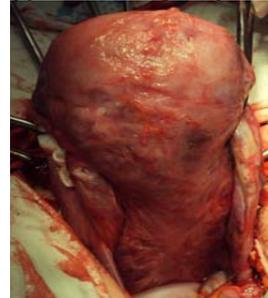


Рис. 2. Беременная матка после консервативной миомэктомии



Рис. 3. «Тахокомб» в области рубца



Рис. 4. Рубец на матке после консервативной миомэктомии с оментоутеропексией

У 72/125 (58,4 %) жінок во II триместрі ріст міоматозних вузлів продовжував прогресувати. Інтенсивний ріст пухли реєструвався у пацієнток підгруп С і D, з *диффузним* кровотоком в вузлах. У інших жінок розміри міоматозних вузлів залишалися стабільними, зменшення об'єму пухли в триместрі вагітності не спостерігалося. В даний термін вагітності у 16/125 (12,8 %) вагітних реєструвалися УЗ і клінічні ознаки порушення харчування в міоматозних вузлах. Ішемія вузлів частіше спостерігалася у жінок з *множественной* міомою матки (>5 вузлів), ніж при одиночних вузлах, а також у пацієнток з *крупними* міоматозними вузлами (>10 см) *субсерозної* локалізації (підгрупа В). У всіх жінок з клінічними ознаками некрозу вузла спостерігалося збільшення пухли (в основному, за рахунок набутка) і відзначалися ознаки загрози передчасних пологів. У вагітних після міомектомії такого ускладнення не відзначалося.

Всім пацієнткам з клінічними проявами порушення харчування в міоматозних вузлах було проведено комплексне лікування в умовах стаціонару з позитивним ефектом.

Загроза передчасних пологів в триместрі у обстежених пацієнток з лейомиомою матки спостерігалася частіше в підгрупах А і С з розташуванням міоматозного вузла в проекції плаценти – 45,0 і 77,8 %, в порівнянні з жінками підгруп В і D – 10,4 і 17,2 %, . У вагітних після видалення міоматозного вузла, клінічні симптоми загрози переривання вагітності реєструвалися в достатньо високому відсотку випадків – 42,1 %, що, ймовірно, пов'язано з травматизацією тканин матки в час оперативного втручання.

У 42,9% вагітних жінок з лейомиомою реєструвалася залізодефіцитна анемія, однак частіше – серед пацієнток з *диффузним* внутрішньопухлевим кровотоком ( $p < 0,05$ ).

У вагітних всіх підгруп були відзначені клінічні симптоми преєклампсії різної ступеня тяжкості. У пацієнток підгруп С і D з *диффузним* кровотоком в міоматозних вузлах дане ускладнення зустрічалося в 55,6 і 34,5 % випадків, що було статистично значимо частіше, ніж в підгрупах А, В і К з *периферическим* кровотоком в вузлах і після консервативної міомектомії – 25,0, 16,7 і 26,3 % відповідно. Це, ймовірно, пов'язано з наявністю неповних гестаційних перетворень маточно-плацентарних артерій міометральних сегментів в результаті другої хвилі інвазії цитотрофобласта, в умовах активного росту лейомиоми.

Нами були отримані цікаві дані щодо таких перинатальних ускладнень, як дистрес плода і синдром за-

тримки внутрішньопухлевого розвитку плода. В підгрупах А і С з міоматозними вузлами, розташованими в *проекції* плаценти, дистрес плода, за даними доплерометрії маточно-плацентарно-плодового кровотока і КТГ, реєструвався в 55,0 і 66,7 % випадків, що було значимо частіше, ніж в підгрупах В і D з вузлами *вне проекції* плаценти – 8,3 і 31,0 %. У пацієнток після консервативної міомектомії реєструвався найнижчий відсоток даного ускладнення – 10,5 %. При швидкому ріст міоми, *множественном* міоматозному зміні матки, що спостерігалося у жінок з *диффузним* типом внутрішньопухлевого кровотока, утворення додаткових судин, живлять швидкозростаючі міоматозні вузли, було недостатнім.

При розташуванні вузла в області плаценти формувалася редукція об'єму артеріальної крові, поступаючої з устьєв маточно-плацентарних артерій в міжворсинчасте простір плаценти, і виникав феномен "обкрадування плода", супроводжується його дистресом.

Аналогічні результати були виявлені при ультразвуковій біометрії плодів в досліджуваних підгрупах: синдром затримки розвитку плода був виявлений у 25,0 і 55,6 % пацієнток з наявністю міоматозних вузлів, розташованих в проекції плаценти проти 0,0, 6,9 і 5,3 % випадків СЗРП у вагітних з вузлами *вне проекції* плаценти і після видалення пухли.

Як показує аналіз даних про історію вагітності, найбільш сприятливою ситуацією спостерігалася у жінок в підгрупі В, з *периферическим* внутрішньопухлевим кровотоком і локалізацією вузла *вне проекції* плаценти (табл. 1).

Всього в досліджуваних підгрупах відбулося 125 пологів. Частота передчасних пологів складала 22/125 (17,6 %), і була статистично значимо вище у пацієнток з локалізацією міоматозного вузла в *проекції* плаценти і після міомектомії.

Патологічні роди в усіх підгрупах реєструвалися з достатньо високою частотою. Всі жінки після консервативної міомектомії були родорозрешені шляхом операції кесарево розтин. І тільки у пацієнток підгрупи В з *периферическим* внутрішньопухлевим кровотоком і локалізацією вузла *вне проекції* плаценти, патологія в родах зустрічалася в 66,7 %.

Найбільш часто зустрічаються ускладненнями родового акту в усіх підгрупах були дистрес плода, слабкість родової діяльності, дефект дольки плаценти, інтимне прикріплення плаценти (рис. 5).

Таблица 1. Исходы беременности у женщин с лейомиомой матки

Показатели	Подгруппы женщин											
	A		B		C		D		K			
	n/N	P, %	n/N	P, %	n/N	P, %	n/N	P, %	n/N	P, %		
Самопроизвольный аборт во II триместре	0	0,00	0	0,00	3/20	15,00	0	0,00	-	-		
Преждевременные роды	6/20	30,00	5/48	10,41	4/9	44,44	5/29	17,24	2/19	10,53		
Своевременные роды	12/20	70,00	43/48	89,58	5/9	55,56	24/29	82,76	17/19	89,47		
Физиологические роды	2/20	10,00	16/48	33,33	0	0,00	3/29	10,35	0	0,00		
Патологические роды	18/20	90,00	32/48	66,67	9/9	100,00	26/29	89,65	19/19	100,00		
Оперативные вмешательства	18/20	90,00	32/48	66,67	9/9	100,00	26/29	89,65	19/19	100,00		
Консервативные роды	6/20	30,00	24/48	50,00	1/9	11,11	5/29	17,24	0,00	0,00		
Кесарево сечение	12/20	70,00	24/48	50,00	8/9	88,89	24/29	82,76	19/19	100,00		
Консервативная миомэктомия при кесаревом сечении	14/20	70,00	24/48	50,00	4/9	44,44	20/29	68,97	9/19	47,38		
Надвлагалищная ампутация матки	1/20	5,00	0	0,00	5/9	55,56	3/29	10,35	0	0,00		

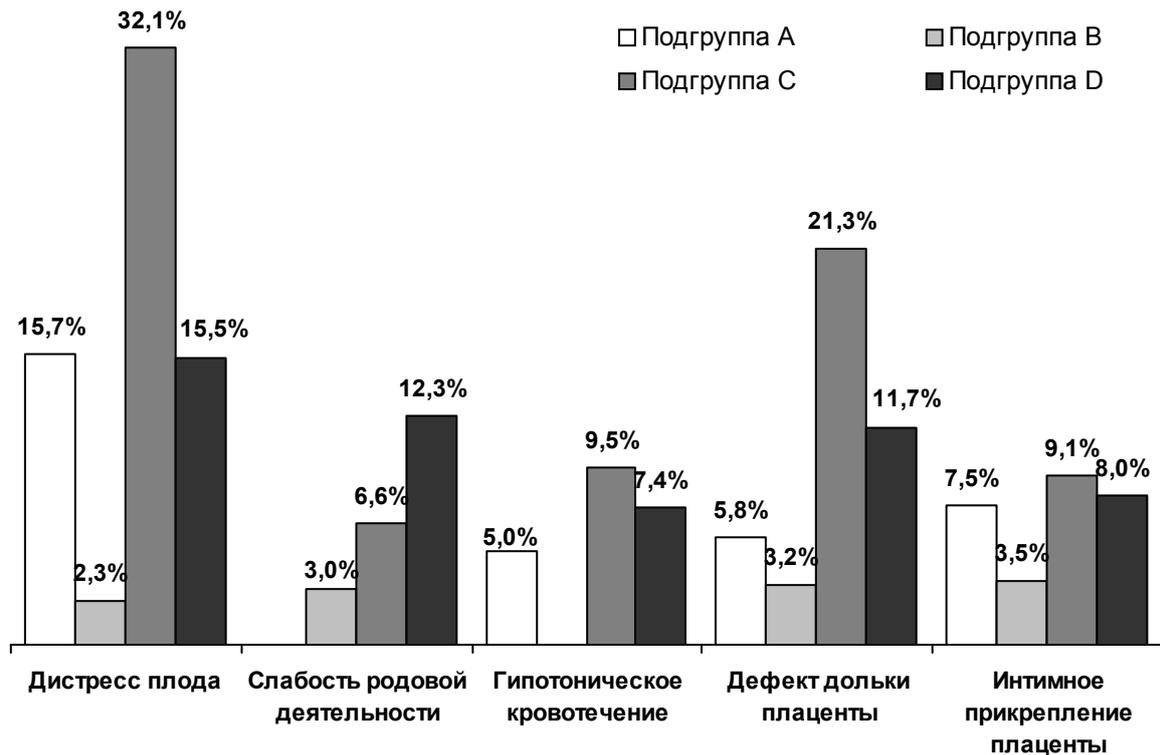


Рис. 5. Осложнения родового акта в подгруппах обследованных пациенток

Частота оперативного родоразрешения у женщин с лейомиомой составила 71,2%, и была статистически значимо ниже в подгруппе В – 50,0%, чем в подгруппах А, С, D D и К – 70,0, 88,9, 82,8 и 100% соответственно. Следует отметить, что в подгруппах В, D и К чаще проводилось плановое оперативное родоразрешение, в то время как в подгруппах А и С – кесарево сечение в ургентном порядке.

Основными показаниями для проведения ургентного оперативного родоразрешения были

клинические несостоятельности рубца на матке, дистресс плода, тяжелая степень преэклампсии, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, дискоординация родовой деятельности (табл. 2).

Плановое кесарево сечение проводилось при наличии у беременной миомы матки больших размеров, рубца на матке после консервативной миомэктомии, ножного предлежания плода, какой-либо соматической патологии в стадии декомпенсации.

Таблица 2. Структура показаний к оперативному родоразрешению (N=89)

Показатели	n	P, %
Несостоятельный рубец на матке	5	5,62
Дистресс плода, в том числе:	32	35,96
– дистресс плода при беременности	28	31,47
– дистресс плода в родах	4	4,49
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	7	7,87
Дискоординация родовой деятельности	5	5,62
Преэклампсия средней и тяжелой степени	9	10,11
Узел, препятствующий рождению ребенка	22	24,71
Соматическая патология	5	5,62
Ножное предлежание плода	4	4,49

Во время оперативного родоразрешения 71/89 (79,8 %) пациенткам была проведена консервативная миомэктомия. В 9/89 (10,1 %) случаях объем операции был ограничен в связи с наличием множественной миомы матки. Проведение консервативной миомэктомии у таких женщин было невозможным из-за наличия крупных миоматозных узлов (8-10 см), которые располагались межмышечно с центрипетальным ростом по задней стенке матки в области перешейка, что являлось показанием к гистерэктомии. Однако, учитывая молодой возраст пациенток (28-35 лет) и желание сохранить репродуктивную функцию, мы ограничились проведением у них только операции кесарева сечения. Все женщины были первородящими. В последующем всем девяти пациенткам через 12-18 месяцев после родов была успешно выполнена миомэктомия вне беременности.

В то же время, у 9/89 (10,1 %) пациенток операция кесарева сечения была расширена до надвлагалищной ампутации матки. Все женщины в анамнезе уже имели детей. Показанием к удалению матки во время оперативного родоразрешения в одном случае явилось истинное приращение плаценты при локализации крупного миоматозного узла в проекции плаценты. У остальных женщин удаление матки было обусловлено множественной миомой с субмукозным расположением отдельных узлов, большими размерами миомы и поздним репродуктивным возрастом (39-42 года).

Средний объем кровопотери во время родов составил 300,0 (180,0; 380,0), минимальный объем – 150,0, максимальный – 600,0.

Средний объем интраоперационной кровопотери составил 600,0 (500,0; 800,0), минимальный объем – 500,0, максимальный – 2500,0.

В послеродовом периоде у пациенток подгрупп В, Д осложнения не регистрировались, у 4,0 % родильниц подгрупп А и С была диагностирована субинволюция матки. По поводу выявленного осложнения во всех случаях была произведена вакуум-аспирация полости матки.

## Выводы

Тактика ведения беременности у женщин с лейомиомой матки должна учитывать связанные с основным заболеванием изменения гормонального фона и тиреоидного статуса, а также особенности взаимного расположения узла и плаценты и количественные показатели внутриопухолевого кровотока:

1. В I и II триместрах необходимо проводить контроль и коррекцию гормонального фона и тиреоидного статуса (прогестерон, ТТГ, Т3св., Т4св., уровень йодурии).
2. При выявлении прогестероновой недостаточности и наличии клинических симптомов угрожающего аборта – назначать препараты гестагенов.
3. Беременным с лейомиомой матки в I триместре гестации, целесообразно проводить трехмерную энергетическую доплерографию с определением взаимного расположения узла и плаценты, а также количественных показателей внутриопухолевого кровотока.
4. **Локализация интерстициального или субсерозного миоматозного узла вне проекции плаценты** предполагает быстрый рост и возникновение дегенеративных процессов в опухоли. При наличии ультразвуковых и клинических признаков таких осложнений, беременным следует выполнять консервативную миомэктомию в 14-16 недель гестации с последующей антибактериальной, дезинтоксикационной и токолитической терапией.
5. **Расположение миоматозного узла с диффузным внутриопуховым кровотоком в проекции плаценты** является прогностически неблагоприятным признаком в отношении гемодинамических нарушений в плаценте, плацентарной дисфункции и дистресса плода. Таким женщинам необходимо проводить регулярное мониторирование параметров маточно-плацентарно-плодового кровотока и состояния плода (фетометрия, доплерография, кардиотокография).
6. **Показания к оперативному родоразрешению:**
  - большие размеры опухоли с наличием диффузного кровотока,
  - шеечная и субмукозная локализация опухоли,
  - состояние после консервативной миомэктомии узлов диаметром более 5 см в прегравидарном периоде или во время беременности,
  - дегенеративные процессы в лейомиоме,
  - дистресс плода.
7. **Самостоятельные роды** возможны при наличии субсерозных узлов с периферическим кровотоком, не препятствующих рождению головки, при условии отсутствия:
  - дегенеративных изменений в опухоли,
  - нарушений показателей маточно-плацентарно-плодового кровотока,
  - дистресса плода.

## Список літератури

1. *Uterine leiomyoma: available medical treatments and new possible therapeutic options* / M.S. Islam, O. Protic, S.R. Giannubilo [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2013. – Vol. 98, № 3. – P. 921-934.
2. *Update of myoma management: guidelines for clinical practice – text of the guidelines* / CNGOF // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2011. – Vol. 40, № 8. – P. 953-561.
3. *Лейоміома матки: етіопатогенез, профілактика, діагностика та лікування* / Ю. П. Вдовиченко, О. В. Голяновський, І. В. Лопушин // *Здоров'я жінки*. – 2012. – № 3. – С. 52-61.
4. *Fernandez H. Update of myoma management – introduction* / H. Fernandez // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2011. – Vol. 40, № 8. – P. 856.
5. *Parker W.H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas* / W. H. Parker // *Fertil. Steril.* – 2007. – Vol. 87, № 4. – P. 725-736.
6. *Uterine myomas during pregnancy: a longitudinal sonographic study* / A. De Vivo, A. Mancuso, A. Giacobbe [et al.] // *Ultrasound. Obstet. Gynecol.* – 2011. – Vol. 37, № 3. – P. 361-365.
7. *Holub Z. Myomas, fertility and pregnancy* / Z. Holub, M. Mára // *Ceska Gynecol.* – 2008. – Vol. 73, № 5. – P. 307-313.
8. *Ольшєвський В. С. Перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, стан новонароджених у жінок з лейоміомою матки* / В. С. Ольшєвський // *Архів клінічної та експериментальної медицини*. – 2011. – Том 20, № 2. – С. 160-163.
9. *Кустаров В. Н. Течение беременности, родов и послеродового периода у пациенток с простой и пролиферирующей миомой матки* / В. Н. Кустаров, А.С. Татаров // *Казанский медицинский журнал*. – 2010. – Т.91, № 3. – С. 393-397.
10. *Патогенез лейоміоми матки. Предгравідарна підготовка і акушерська тактика* / Чайка В.К., Деміна Т.Н., Чайка К.В. [и др.]. – *Донецк: изд-во «Ноулідж» (Донецкое отд.)*, 2014. – 175 с.

23.05.2015

ЧАЙКА К.В.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

## ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ ДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

**РЕЗЮМЕ. Мета:** вивчити особливості гестаційного періоду та пологів, стану плода та новонародженого у жінок з наявністю вагітності на тлі лейоміоми матки при різних варіантах методології ведення вагітності та пологів у них.

**Матеріали та методи.** Були вивчені особливості гестаційного періоду та пологів, стану плода та новонародженого у 125 жінок з наявністю вагітності на тлі лейоміоми матки з 16 тижнів вагітності. Всі пацієнтки були стратифіковані в чотири підгрупи за ознаками внутрішньопухлинного кровотоку і взаємного розташування міоматозного вузла і плаценти.

**Результати.** Ускладнений перебіг вагітності у вигляді загрози переривання спостерігався більш ніж в 1,5 рази частіше у вагітних з множинними міоматозними змінами матки (> 5 вузлів), ніж у жінок з поодинокими вузлами або їх невеликою кількістю.

Вагітність бажали зберегти всі жінки. Для профілактики порушення живлення в міоматозних вузлах і лікування загрози переривання вагітності призначали збережений режим, спазмолітичні препарати. За показаннями під контролем гормонів крові проводилася корекція гормонального фону і тиреоїдного статусу. У 16,54% вагітних жінок з множинною міомою матки великих розмірів була проведена міомектомія в плановому порядку після обстеження і передопераційної підготовки токолітичними препаратами протягом 5-7 днів.

Хірургічна тактика консервативної міомектомії при вагітності суттєво відрізнялася від такої поза вагітністю. Післяопераційне ведення вагітних, які перенесли консервативну міомектомію, мало свої специфічні особливості, обумовлені необхідністю створення сприятливих умов щодо репарації тканин, профілактики гнійно-септичних ускладнень, адекватного функціонування кишківника. При цьому продовжували комплекс терапевтичних заходів, спрямованих на розвиток вагітності і поліпшення матково-плацентарного кровотоку. Найбільш сприятлива ситуація спостерігалася у жінок з периферичним внутрішньопухлинним кровотоком і локалізацією вузла поза проекцією плаценти.

Всі жінки після консервативної міомектомії були розроджені шляхом операції кесарів розтин. У пацієнток з периферичним внутрішньопухлинним кровотоком і локалізацією вузла поза проекцією плаценти патологія в пологах зустрічалася в 66,7%.

**Висновок.** Тактика ведення вагітності у жінок з лейоміомою матки повинна враховувати пов'язані з основним захворюванням зміни гормонального фону і тиреоїдного статусу, а також особливості взаємного розташування вузла і плаценти та кількісні показники внутрішньопухлинного кровотоку.

**Ключові слова:** лейоміома матки, внутрішньопухлинний кровоток, вагітність, міомектомія, локалізація вузла.

СНАУКА К.В.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

## FEATURES METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMA

**SUMMARY. Objective:** To study the characteristics of gestation and birth, state of the fetus and the newborn in women with pregnancy with uterine leiomyoma in different variants of the methodology of pregnancy and childbirth have.

**Materials and methods.** The peculiarities of gestation and birth, state of the fetus and the newborn in 125 women with pregnancy with uterine leiomyoma with 16 weeks of pregnancy. All patients were stratified into four groups on the basis of intratumoral blood flow and arrangement of myoma node and placenta.

**Results.** Complications of pregnancy as a threat of termination was observed by more than 1.5 times more likely in women with multiple uterine myoma changes (> 5 nodes) than in women with single and some fibroids. Pregnancy want to save all the women. For the prevention of eating disorders in myoma nodes and treatment of threatened abortion prescribed protective regime, antispasmodic drugs. According to the testimony under the control of hormones blood shall adjust the hormonal and thyroid status. In 16.54% of pregnant women with multiple uterine fibroids larger myomectomy was performed routinely after the examination and preoperative preparation tocolytic drugs for 5-7 days.

Surgical tactics of conservative myomectomy during pregnancy significantly differed produced outside of pregnancy. Postoperative care of pregnant women who underwent conservative myomectomy, had its own specific features, due to the need to create favorable conditions for tissue repair, prevention of septic complications, the proper functioning of the intestine. This continued a complex therapeutic interventions aimed at the development and improvement of pregnancy utero-placental blood flow. The most favorable situation was observed in the subgroup of women with peripheral intratumoral blood flow and node localization is the projection of the placenta.

All women after conservative myomectomy were rodorazresheny by cesarean section. Patients with peripheral intratumoral blood flow and node localization is the projection of the placenta, the pathology in labor occurred in 66.7%.

**Conclusion.** Management of pregnancy in women with uterine leiomyoma should take into account the underlying disease associated with hormonal changes and thyroid status, as well as features of the mutual arrangement of the node and the placenta and quantitative indicators of intratumoral blood flow.

**Keywords:** uterine leiomyoma, intratumoral blood flow, pregnancy, myomectomy, localization node.