

УДК 618.2-07+618.4-089]:618.14-089(075.9)

Гасанов Я.М.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Центральная больница нефтяников,
Азербайджанский медицинский университет (г. Баку)

Цель исследования - изучение ведения беременности и клинической характеристики женщин с рубцом на матке после миомэктомии. Ведение беременности и выбор способа родоразрешения у женщин с рубцом на матке является сложной задачей и требует от врачей большого внимания, профессионализма и терпения. Проведено комплексное обследование 18 беременных с рубцом на матке после консервативной миомэктомии. Возраст исследуемых пациенток находился в пределах от 30 до 41 лет и в среднем составил 34,24±2,81 года. Таким образом, у 78% пациенток имелись различные осложнения и/или заболевания при данной беременности. Наиболее частым осложнением у беременных с рубцом на матке была угроза прерывания беременности, что требовало проведения дифференциальной диагностики с несостоятельностью рубца на матке для выбора оптимальной тактики ведения данной беременности.

Ключевые слова: миомэктомия, беременность, рубец на матке.

Введение

Данные литературы об особенностях течения беременности после консервативной миомэктомии довольно ограничены, несмотря на то, что эта операция производится довольно часто. Большинство авторов указывают на возможность невынашивания беременности, а также на угрозу разрыва матки [1,2]. При прогнозе исхода беременности у таких беременных необходимо учитывать ряд факторов: особенности течения послеоперационного периода (первичное или вторичное заживление швов), локализацию, число и величину удаленных фиброматозных узлов, их расположение в стенке матки, показания к операции, степень эффективности операции (в какой мере операция освободила матку от узлов) [3,4]. Чем больше была хирургическая травма матки, чем ниже были расположены на матке фиброматозные узлы и чем тяжелее протекал послеоперационный период, тем больше оснований для менее благоприятного прогноза [5,6,7].

Вышеизложенное относится как для случаев удаления фиброматозных узлов при наличии беременности, так и беременности, наступившей в дальнейшем после такой операции.

Цель исследования

Изучение ведения беременности и клинической характеристики женщин с рубцом на матке после миомэктомии.

Объект и методы исследования

Ведение беременности и выбор способа родоразрешения у женщин с рубцом на матке является сложной задачей и требует от врачей большого внимания, профессионализма и терпения.

Проведено комплексное обследование 18 беременных с рубцом на матке после консервативной миомэктомии. Возраст исследуемых пациенток находился в пределах от 30 до 41 года и в среднем составил 34,24±2,81 года.

Гинекологический анамнез был отягощенным у 100% пациенток. Лишь у 3-х (16,67%) пациенток отмечалась только миома матки и ее оперативное лечение в анамнезе. У остальных женщин помимо этого имелась и другая патология гениталий. Выявлена высокая частота бесплодия, патологии шейки матки, воспалительных заболеваний женской половой сферы (рис. 1).

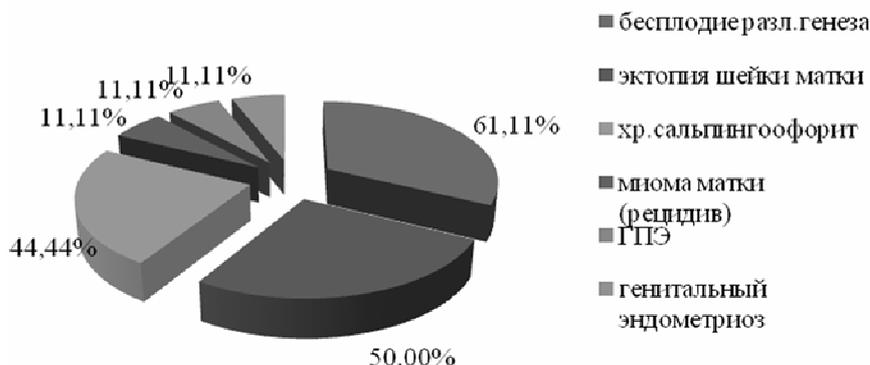


Рис. 1. Перенесенные гинекологические заболевания.

При изучении репродуктивной функции отмечено, что беременности в анамнезе были у 12 из 18 пациенток (66,67%), при этом родами закончилась только каждая четвертая беременность (27,78%). Обращает на себя внимание значи-

тельное количество аборт, в том числе самопроизвольных у больных с миомой матки. Не вынашивание беременности в анамнезе выявлено у 5 (27,78%) женщин (рис. 2).

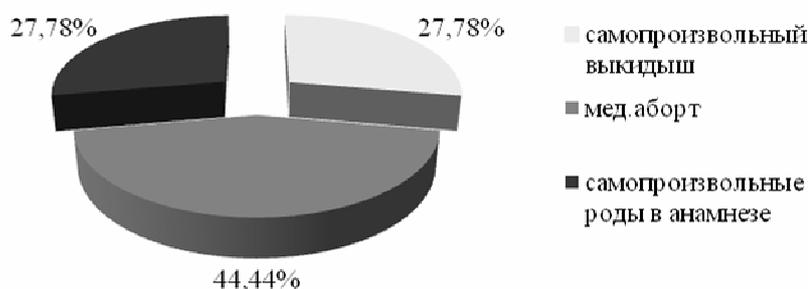


Рис. 2. Репродуктивная функция обследуемых пациенток.

Результаты исследования и их обсуждение

Решающее значение в выборе способа родоразрешения имели особенности предшествующей миомэктомии. Во время операции, у 12 (66,67%) больных удалены единичные узлы. Максимальное количество узлов, удаленных у одной пациентки, составило 12. Размер миоматозных узлов не превышал 15 см (в среднем 5,12±1,86 см). Вскрытие полости матки произошло у 4-х больных. Дополнительная перитонизация области швов на матке сальником производилась у 9 (50,00%) пациенток. Общая кровопотеря во время операции не превышала 400 мл и в среднем составила 252,53±109,65 мл.

Немаловажное значение для течения последующей беременности и родов имеет время, прошедшее после консервативной миомэктомии. Период после операции до наступления беременности составил от 1 месяца до 5 лет, у подавляющего большинства пациенток 1-4 года (76,6%). Беременность наступила в течение первого года лишь у 3-х пациенток, у одной женщины - в первый менструальный цикл после миомэктомии.

Таким образом, на момент наступления беременности помимо наличия рубца на матке после миомэктомии, большинство пациенток были в возрасте старше 30 лет, имели отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. У 14 (77,78%) пациенток во время беременности имелись осложнения, заболевания и их сочетание. Наиболее частым осложнением у беременных с рубцом на матке после миомэктомии являлась угроза ее прерывания, которая имела место у 13 пациенток, причем у 12 (66,67%) из них наблюдалась на ранних сроках беременности. Почти у каждой второй пациентки было от 2 до 4 эпизодов клинических проявлений данного осложнения беременности (табл.).

Учитывая, что болевой синдром при угрозе прерывания беременности, особенно после 20 недель, может быть клиническим проявлением несостоятельности рубца на матке, проводили дифференциальную диагностику этих состояний, так как субъективные жалобы беременных могут быть схожи в обоих случаях (боли внизу живота, активное шевеление плода, учащенное мочеиспускание и т.д.).

Таблица
Заболевания во время беременности и их осложнения

Заболевания и осложнения	Количество беременных (n=18)	
	абс. число	%
Ранний токсикоз	12	66,67
Угрожающий выкидыш	13	72,22
Угрожающие преждевременные роды	7	38,89
Гестоз	4	22,22
Анемия	6	33,33
Многоводие	1	5,56
Крупный плод	2	11,11
ХФПН	4	22,22
Грипп, ОРВИ	2	11,11
Вульвовагинит	4	22,22

Наблюдение за женщиной и лечение угрозы прерывания беременности проводили в условиях стационара. При исчезновении болевого синдрома на фоне сохраняющей терапии состояние

расценивалось как угроза прерывания, и пациентки после проведенного курса лечения выписывались под наблюдение врача женской консультации. У 12 пациенток беременных отмеча-

лся ранний токсикоз, как правило, протекавший в легкой форме и не требовавший стационарного лечения. У каждой третьей пациентки беременность протекала на фоне анемии легкой и средней степени тяжести. Хроническая фетоплацентарная недостаточность и гестоз встречались у каждой пятой пациентки.

Выводы

Таким образом, у 78% пациенток имелись различные осложнения и/или заболевания при беременности. Наиболее частым осложнением у беременных с рубцом на матке была угроза прерывания беременности, что требовало проведения дифференциальной диагностики с несостоятельностью рубца на матке для выбора оптимальной тактики ведения данной беременности.

Литература

1. Бурлев В.А. Влияние агониста гонадотропин-рилизинг-гормона на пролиферативную активность и апоптоз у больных миомой матки / В.А. Бурлев, С.В. Павлович, Н.И. Волков // Проблемы репродукции. – 2003. - № 3. - С. 27-31.
2. Костючек Д.Ф. Акушерство и гинекология / Д.Ф. Костючек. - СПб, 2001. - 129 с.
3. Краснопольский В.И. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки. Пособие для врачей / [В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А.Щукина и др.]. - М., 2004. - 12 с.
4. Ландеховский Ю.Д. Отраслевой стандарт (протокол) ведения больных миомой матки / Ю.Д. Ландеховский, И.Е. Фадеев // Акушерство и гинекология. – 2002. - № 5. - С. 39-42.
5. Савельева Г.М. Гинекология. / Г.М. Савельева, В.Г. Бурсенко. - М., 2004. - С. 187-203.

6. Chapron C. Adhesion formation after laparoscopic resection of uterosacral ligaments in women with endometriosis / C. Chapron, J. Guibert, A. Fauconnier [et al] // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. - 2001 – Vol. 8 (3). – P. 368-373.
7. Ito F. Ultra structural comparison of uterine leiomyoma cells from the same myomas nodule before and after gonadotropin-releasing hormone agonist treatment / F. Ito, N. Kamamura, T. Ichimura [et al] // Fertil. Steril. - 2001. - Vol. 75, № 1. - P. 125-130.
8. McLucas B. Uterine fibroid embolization: nonsurgical treatment for symptomatic fibroids / B. McLucas, L. Adler, R. Perrella // J. Am. Coll. Surg. – 2001. - Vol. 192 (1). – P. 95-105.
9. Miller C.E. Myomectomy. Comparison of open and laparoscopic techniques / C.E. Miller // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. - 2000. - № 27 (2). - P. 407-420.

References

1. Burlev V.A. Vlijanie agonista gonadotropin-riizing-gormona na proliferativnuju aktivnost' i apotoz u bol'nyh miomoy matki / V.A. Burlev, S.V. Pavlovich, N.I. Volkov // Problemy reprodukci. – 2003. - № 3. - S. 27-31.
2. Kostjuchek D.F. Akusherstvo i ginekologija / D.F. Kostjuchek. - SPb, 2001. - 129 s.
3. Krasnopol'skij V.I. Hirurgicheskaja korrakcija reproduktivnoj funkcii pri miome matki. Posobie dlja vrachej / [V.I. Krasnopol'skij, S.N. Bujanova, N.A.Shhukina i dr.]. - M., 2004. - 12 s.
4. Landehovskij Ju.D. Otrasevoj standart (protokol) vedenija bol'nyh miomoy matki / Ju.D. Landehovskij, I.E. Fadeev // Akusherstvo i ginekologija. – 2002. - № 5. - S. 39-42.
5. Savel'eva G.M. Ginekologija. / G.M. Savel'eva, V.G. Bursenko. - M., 2004. - S. 187-203.
6. Chapron C. Adhesion formation after laparoscopic resection of uterosacral ligaments in women with endometriosis / C. Chapron, J. Guibert, A. Fauconnier [et al] // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. - 2001 – Vol. 8 (3). – R. 368-373.
7. Ito F. Ultra structural comparison of uterine leiomyoma cells from the same myomas nodule before and after gonadotropin-releasing hormone agonist treatment / F. Ito, N. Kamamura, T. Ichimura [et al] // Fertil. Steril. - 2001. - Vol. 75, № 1. - P. 125-130.
8. McLucas B. Uterine fibroid embolization: nonsurgical treatment for symptomatic fibroids / B. McLucas, L. Adler, R. Perrella // J. Am. Coll. Surg. – 2001. - Vol. 192 (1). – R. 95-105.
9. Miller C.E. Myomectomy. Comparison of open and laparoscopic techniques / C.E. Miller // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. - 2000. - № 27 (2). - P. 407-420.

Реферат

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ ПІСЛЯ МІОМЕКТОМІЇ
Гасанов Я.М.

Ключові слова: міомектомія, вагітність, рубець на матці.

Мета дослідження - вивчення ведення вагітності та клінічної характеристики жінок з рубцем на матці після міомектомії. Ведення вагітності і вибір способу розродження у жінок з рубцем на матці є складним завданням і вимагає від лікарів великої уваги, професіоналізму і терпіння. Проведено комплексне обстеження 18 вагітних з рубцем на матці після консервативної міомектомії. Вік досліджуваних пацієнток знаходився в межах від 30 до 41 років і в середньому склав $34,24 \pm 2,81$ роки. Таким чином, у 78% пацієнток були різні ускладнення та / або захворювання при даній вагітності. Найбільш частим ускладненням у вагітних з рубцем на матці була загроза переривання вагітності, що вимагало проведення диференціальної діагностики з неспроможністю рубця на матці для вибору оптимальної тактики ведення даної вагітності.

Summary

PRENATAL CARE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH UTERINE SCAR AFTER MYOMECTOMY
Gasarov Y.M.

Key words: myomectomy, pregnancy, a scar on the uterus.

The purpose of the investigation was to study the management of pregnancy and clinical features of women with uterine scar after myomectomy. The management of pregnancy and selection of delivery mode for women with uterine scar is a complex task and requires doctors' attention, professionalism and patience. A comprehensive examination involved 18 pregnant women with uterine scar after conservative myomectomy. The age of the patients ranged from 30 to 41 years, average age was $34,24 \pm 2,81$ years. 78% of patients had different complications and/or medical conditions during this pregnancy. The most frequent complication in pregnant women with a uterine scar was a threatened miscarriage that required differential diagnosis with failure of the uterine scar for the choice of optimum tactics of this pregnancy.