

МРНТИ: 76.29.48

УДК: 618.14-006.36-08-039.73: 618.3 / .5-036

## ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

М.А. Будченко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика,  
кафедра акушерства и гинекологии №1  
Украина, Киев

### АННОТАЦИЯ

В статье представлены данные по ведению беременности и родов у женщин после консервативной миомэктомии. Проведенное клиническое исследование определило эффективность комплексной методики хирургического лечения миомы матки с использованием современных медикаментозных средств и технического сопровождения для улучшения репродуктивной функции у женщин, прошедших курс лечения.

**Ключевые слова:** миома матки, репродуктивный возраст, консервативная миомэктомия, беременность, роды.

### ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным статистики, в последние годы значительно возросло количество оперативных вмешательств на матке, в том числе консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста, и соответственно, увеличился процент пациенток, имеющих рубец на матке. Таким женщинам сложно составить план беременности, установить лучший способ и время родоразрешения. Поэтому актуальность вопроса о возможности родов после хирургического удаления миоматозных узлов в наши дни как никогда велика [1, 6].

Миома матки - это доброкачественная гормонозависимая опухоль, развивающаяся из клеток миометрия. У большинства женщин заболевание проявляется в возрасте после 35 лет. В последнее время отмечается устойчивая тенденция к омоложению заболевания. Нередко миома оказывается у молодых женщин, в том числе и во время беременности [2, 4, 8].

У 60% женщин заболевание протекает бессимптомно. Пациентки отмечают нарушения менструального цикла, появление нерегулярных кровотечений. Миома больших размеров сдавливает соседние органы, приводя к нарушению мочеиспускания и дефекации. Характерно возникновение хронической тазовой боли. В части женщин единственным симптомом является бесплодие [1, 2, 7, 10].

Хирургическое лечение миомы показано в следующих ситуациях: миома матки у женщины, которая планирует беременность, миома матки в сочетании с бесплодием или невынашиванием беременности; размеры миоматозных узлов от 2 до 10 см; стремительный рост миомы; осложнения миомы (некроз опухоли, сдавление соседних органов, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки) [4, 5].

*Консервативная миомэктомия является операцией*

по удалению одиночных или множественных миом с сохранением матки. Как правило, такую операцию проводят женщинам репродуктивного возраста готовым еще иметь беременность и не имеющим противопоказаний. Удаление миомы матки может проводиться лапароскопическим или открытым доступом [1,4,9,10].

### *Беременность после консервативной миомэктомии*

После проведенной миомэктомии планировать беременность нужно не ранее чем через 6 месяцев после операции (при условии нормального самочувствия и отсутствия осложнений). Статистические данные свидетельствуют, что почти в 37% женщин с миомой матки наблюдается бесплодие, то есть беременность после миомэктомии и проведенного курса реабилитационных мероприятий наступает не всегда. Это связано с тем, что беременность наиболее часто наступает в первые 6 месяцев после миомэктомии, когда восстановительный период еще не закончился и часто наступает ее прерывание. Репродуктивные потери во многом зависят от продолжительности развития миомы матки и размеров опухоли [1, 6, 7].

Особенностью течения беременности после миомэктомии является наличие рубцов на матке, и ведущее значение имеет объем и характер выполненной операции. Так, после консервативной миомэктомии несостоятельность рубца составляет до 21%, то есть основным фактором вынашивания беременности после миомэктомии является функционально-морфологическое состояние рубца. Кроме того, возможно развитие следующих осложнений: самопроизвольный выкидыш; угроза прерывания беременности; преждевременные роды; низкое расположение плаценты; предлежание плаценты, плотное прикрепление, врастание и прорастание плаценты; тазовое предлежание плода, косое или поперечное положение плода; плацентарная недостаточность и сопутствующая задержка развития плода; разрыв матки по

рубцу [2, 3, 5, 6].

#### *Роды после миомэктомии*

Роды через естественные родовые пути могут быть разрешены специалистами в следующих случаях: при отсутствии обострений в восстановительном периоде; если лабораторно-инструментальные исследования подтверждают факт полноценности нижнего сегмента матки; при расположении плаценты вне рубцовой ткани полости матки; при соответствии таза матери головке плода; при обязательном отслеживании процесса родов с помощью мониторов; при возможности проведения кесарева сечения в срочном порядке, но не позднее чем через пятнадцать минут после принятия решения о вмешательстве. При несоблюдении одного из пунктов роды вести естественным путем запрещается [4, 6, 7].

После любого вида миомэктомии (без вскрытия или со вскрытием полости матки) при отягощенном акушерском анамнезе тазовом предлежании плода, перенесенной беременности, плацентарной недостаточности, возраста женщины старше 30 лет, показано выполнение планового кесарева сечения [2, 3, 8].

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- определить эффективность инновационного подхода лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста для уменьшения осложнений во время беременности и родов.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Предложенный нами инновационный подход заключается в выполнении консервативной миомэктомии с использованием раствора терлиприсина (синтетический аналог вазопрессина), полифункционального антиспаечного раствора и технического сопровождения хирургического вмешательства радиоволновым скальпелем и применением аргоноплазмовой коагуляции тканей.

В ходе исследования на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии №1 НМАПО имени П. Л. Шупика было пролечено 98 женщин репродуктивного возраста с миомой матки. Из них 48 женщинам (контрольная группа) выполняли консервативную миомэктомию по традиционной методике и 50 женщинам (основная группа) проводили консервативную миомэктомию по нашему инновационному подходу. Группы женщин, вошедших в исследование, были репрезентативными по возрасту, паритету и соматической заболеваемости. После хирургического лечения пациентки получали комплексную антирецидивную терапию. Через 6 месяцев лечение было отменено, начата прегравидарная подготовка и в условиях нормального самочувствия и отсутствия

осложнений женщинам было рекомендовано вступать в беременность естественным путем.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

В группе исследования не отмечалось появление рецидивов заболевания в течение трех лет наблюдения, через 6 месяцев после операции самостоятельно забеременело 29 женщин, из которых у 12 пациенток роды были завершены через естественные родовые пути и у 10 пациенток - путем кесарева сечения. Еще 21 пациентка группы исследования забеременела через год и более после лечения. В контрольной группе рецидивы заболевания были обнаружены у 7 пациенток, в течении первого года после хирургического лечения миомы беременностей не было, в течение второго забеременело 23 пациенток, из которых 11 женщин родили через естественные родовые пути, а другим было выполнено кесарево сечение. Такие результаты в группе исследования, по нашему мнению, свидетельствуют об отсутствии спаек в брюшной полости и о формировании способного рубца на матке после консервативной миомэктомии. Это вызвано действием полифункционального антиспаечного раствора, эффективно профилактирующего образование спаек в брюшной полости после оперативного вмешательства и использованием аргоноплазмовой коагуляции, преимуществами которой является отсутствие контакта электрода с тканями, что исключает микробную контаминацию, возможность контроля глубины и площади коагуляции, отсутствие повреждения окружающих тканей. Все эти факторы способствуют формированию способного рубца на матке, а также уменьшению объема кровопотери.

#### **ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ РАБОТ**

Отсутствие спаек в брюшной полости и формирование способного рубца на матке после консервативной миомэктомии значительно увеличивает фертильность прооперированных пациенток и приводит к лучшим результатам родоразрешения.

Продолжение исследований предложенной нами методики позволит повысить эффективность хирургического лечения миомы матки и значительно повлияет на дальнейшее выполнение репродуктивной функции женщинами. Внедрение в практическую деятельность комплекса организационных мероприятий, современной медикаментозной профилактики / лечения и органосохраняющего метода хирургического вмешательства позволит снизить количество гистеректомий у женщин репродуктивного возраста, приведет к улучшению репродуктивной функции данного контингента и качества жизни женского населения в целом.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Адамян Л.В., Зарубиани З.Р., Киселев С.И. (2012). Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста. *Акушерство и гинекология*, 3, 40–4.
2. Базанов П. А., Волков Н. И. (2012). Миома матки и нарушения репродуктивной функции. *Проблемы репродукции*, 4 (8), 16–8.
3. Буянова С. Н., Логутова Л. С., Бабунашвили Е. Л. (2013). Репродуктивный прогноз при миоме матки. *Российский вестник акушера-гинеколога*, 3 (4), 47–9.
4. Вихляева Е. М. (2010). О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки. *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*, 3, 21–2.
5. Andersen J. (2010). Growth factors and cytokines in uterine leiomyomas. *Semin. Reprod. Endocrinol.*, 14 (3), 269–82.
6. Bendifallah, S., Brun, J. L. & Fernandez, H. J. (2011). Myomectomy for infertile women: the role of surgery. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 40 (8), 885–901.
7. Candiani G. B. & Fedele L. (2011). Risk of recurrence after myomectomy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 98 (4), 385–9.
8. Fauconnier A. & Chapron C. (2010). Recurrence of leiomyomata after myomectomy. *Human Reproduction Update*, 6 (6), 595–602.
9. Li T. C., Mortimer, R. & Cooke I. D. (1999). Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. *Hum. Reprod.*, 14 (7), 1735–1740.
10. Rolli R., Favilli A., Acanfora M. M., Scuderi G., Di Renzo G. C. & Gerli, S. (2012). Vaginal myomectomy is a safe and feasible procedure: A retrospective study of 46 cases. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 38 (9), 1201–1205.

**REFERENCES**

1. Adamyan, L. V., Zarubiani, Z. R. & Kiselev, S. I. (2012). Laparoskopiya i gisterorezektoskopiya v hirurgicheskom lechenii miomy matki u zhenshin detorodnogo vozrasta. [Laparoscopy and hysteroresectoscopy in the surgical treatment of uterine fibroids in women of childbearing age]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 3, 40–4.
2. Bazanov, P. A. & Volkov, N. I. (2012). Mioma matki i narusheniya reproductivnoj funkicii. [Uterine fibroids and reproductive disorders]. *Problemy reprodukcii – Reproduction problems*, 4 (8), 16–8.
3. Buyanova, S. N., Logutova, L. S. & Babunashvili, E. L. (2013). Reproductivnyj prognoz pri miome matki. [Reproductive prognosis for uterine myoma]. *Rossijskij vestnik akushera-ginekologa – The Russian bulletin of the obstetrician-gynecologist*, 3 (4), 47–9.
4. Vihlyaeva, E. M. (2010). O strategii i taktike vedeniya bolnyh s miomoy matki. [On the strategy and tactics of managing patients with uterine myoma]. *Vestnik Rossijskoj associacii akusherov-ginekologov – Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists*, 3, 21–2.
5. Andersen, J. (2010). Growth factors and cytokines in uterine leiomyomas. *Semin. Reprod. Endocrinol.*, 14 (3), 269–82.
6. Bendifallah, S., Brun, J. L. & Fernandez, H. J. (2011). Myomectomy for infertile women: the role of surgery. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 40 (8), 885–901.
7. Candiani, G. B. & Fedele, L. (2011). Risk of recurrence after myomectomy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 98 (4), 385–9.
8. Fauconnier, A. & Chapron, C. (2010). Recurrence of leiomyomata after myomectomy. *Human Reproduction Update*, 6 (6), 595–602.
9. Li, T. C., Mortimer, R. & Cooke, I. D. (1999). Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. *Hum. Reprod.*, 14 (7), 1735–1740.
10. Rolli, R., Favilli, A., Acanfora, M. M., Scuderi, G., Di Renzo, G. C. & Gerli, S. (2012). Vaginal myomectomy is a safe and feasible procedure: A retrospective study of 46 cases. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 38 (9), 1201–1205.

**SUMMARY****MANAGEMENT OF PREGNANCY AND LABOR AFTER IMPROVED METHODOLOGY OF CONSERVATIVE MYOMECTOMY****M.A. Budchenko**

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, the Department of Obstetrics and Gynecology № 1

The article presents data on the pregnancy and childbirth in women after conservative myomectomy. The conducted clinical research has determined the effectiveness of the complex method of surgical treatment of uterine leiomyomas with the use of modern drugs and technical support for the improvement of reproductive function in treated women.

**Keywords:** *leiomyoma of the uterus, reproductive age, conservative myomectomy, pregnancy, childbirth.*

**ТҮЙІНДЕМЕ****КЕРЕКТІК МИОМЕКТОМИЗДІҢ ӘЛЕУМЕТТІК МЕТОДОЛОГИЯСЫ НӨТІЛГЕН ЖӘНЕ ЖЕТКІЗУДІ ТАЛДАУ****M.A. Будченко**

П.Л. Шупык атындағы жоғары оқу орнынан кейінгі білім берудің Ұлттық медициналық академиясы, №1 акушерлік және гинекология кафедрасы  
Украина, Киев

Мақалада консервативті миомектомиядан кейін әйелдерге жүктілік пен босануды басқару туралы мәліметтер келтірілген. Клиникалық зерттеулер емделуші әйелдердің репродукциялық функциясын жақсарту үшін заманауи дәрілік құралдарды және техникалық көмек көрсету арқылы жатыр миомасын хирургиялық емдеудің кешенді әдістерінің тиімділігін анықтады.

**Түйінді сөздер:** *жатыр миомасы, репродуктивті жас, консервативті миомектомия, жүктілік, босану.*