

Особенности течения беременности после консервативной миомэктомии. Features of course of pregnancy after conservative myomectomy Гасанов Я. М.

*Гасанов Яшар Мамедага оглы / Gasanov Yashar Mamedaga ogli – акушер-гинеколог,
отделение гинекологии,
Азербайджанский медицинский университет,
Центральная больница нефтяников, г. Баку, Азербайджан*

Аннотация: наиболее частым осложнением у беременных с рубцом на матке после миомэктомии была угроза прерывания беременности, что требовало проведения дифференциальной диагностики с несостоятельностью рубца на матке для выбора оптимальной тактики ведения данной беременности.

Abstract: the most frequent complication in pregnant women with a uterine scar after myomectomy was the threat of termination of pregnancy, requiring differential diagnosis with the insolvency of the uterine scar for optimal tactics of this pregnancy.

Ключевые слова: миомэктомия, беременность, рубец на матке.

Keywords: myomectomy, pregnancy, a scar on the uterus.

При прогнозе исхода беременности после консервативной миомэктомии 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) [1, 2]. 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 [3, 4].

Цель исследования - изучение ведения беременности и клинической характеристики женщин с рубцом на матке после миомэктомии.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 18 беременных с рубцом на матке после консервативной миомэктомии. Возраст исследуемых пациенток находился в пределах от 30 до 41 года. Гинекологический анамнез был отягощенным у 100 % пациенток. Лишь у 3-х 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. При изучении репродуктивной функции отмечено, что беременности в анамнезе были у 12 из 18 пациенток, при этом родами закончилась только каждая четвертая беременность. Обращает на себя внимание значительное количество аборт, в том числе самопроизвольных у больных с миомой матки. Невынашивание беременности в анамнезе выявлено у 5 женщин.

Результаты и обсуждение. Решающее значение в выборе способа родоразрешения имели особенности предшествующей миомэктомии. Во время операции, у 12 больных удалены единичные узлы. Максимальное количество узлов, удаленных у одной пациентки, составило 12. Размер миоматозных узлов не превышал 15 см. Вскрытие полости матки произошло у 4-х больных. Дополнительная перитонизация области швов на матке сальником производилась у 9 пациенток. Общая кровопотеря во время операции не превышала 400 мл и в среднем составила 252,53±109,65 мл. Период после операции до наступления беременности составил от 1 месяца до 5 лет, у подавляющего большинства пациенток 1-4 года. Беременность наступила в течение первого года лишь у 3-х пациенток, у одной женщины - в первый менструальный цикл после миомэктомии. У 14 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 из них наблюдалась на ранних сроках беременности. Почти у каждой второй пациентки было от 2 до 4 эпизодов клинических проявлений данного осложнения беременности. 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.).

Наблюдение за женщиной и лечение угрозы прерывания беременности проводили в условиях стационара. При исчезновении болевой синдром на фоне сохраняющей терапии состояние расценивалось как угроза прерывания, и пациентки после проведенного курса лечения выписывались под наблюдением врача женской консультации. У 12 пациенток беременных отмечался 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. 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. *Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. и соавт.* Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки. Пособие для врачей. М., 2004, 12 с.
2. *Ландеховский Ю. Д., Фадеев И. Е.* Отраслевой стандарт (протокол) ведения больных миомой матки. // *Акушерство и гинекология.* 2002, № 5, с. 39-42.
3. *Савельева Г. М., Бурсенко В. Г.* Гинекология. М., 2004, с. 187-203.
4. *Chapron C, Guibert J, Fauconnier A. et al.* Adhesion formation after laparoscopic resection of uterosacral ligaments in women with endometriosis. // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 2001 - Aug; 8 (3): 368-373.