

**Министерство высшего и среднего специального  
Образования Республики Узбекистан  
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан  
Самаркандский Государственный Медицинский Институт**

**На правах рукописи**

**УДК: 618.4:616-006.36.089**

**Амонова Заррина Джомиевна**

**Тактика ведения родов после консервативной  
МИОМЭКТОМИИ.**

**5A510101-Акушерство и гинекология**

**Магистерская диссертация на соискание  
академической степени магистра к.м.н.**

**Научный руководитель: кандидат медицинских наук  
доц. Хамраева Лола Кахоровна**

**«Акушерство и гинекология»**

**Самарканд - 2016**

## СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения ..... стр.4

Введение ..... стр.5

**Глава 1.** Современный подход к ведению беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии..... стр.9

1.1. Факторы риска нарушения репродуктивной функции у женщин с миомой матки .....стр.10

1.2. Особенности клинического течения беременности и родов у пациенток с миомой матки ..... стр.13

1.3. Особенности клинического течения беременности и родов у беременных с рубцом на матке после консервативной миомэктомии ..... стр.23

**Глава 2.** Клиническая характеристика обследованных беременных и методы исследования.....стр.34

2.1. Краткая клиническая характеристика обследованных женщин .....стр.34

2.2. Методы исследования.....стр.36

**Глава 3.** Течение и ведение беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии.....стр.43

3.1 Родоразрешение через естественные родовые пути беременных с рубцом

|                                                                                                            |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| на матке после консервативной миомэктомии .....                                                            | стр.49 |
| 3.2 Родоразрешение оперативным путем беременных с рубцом на матке<br>после консервативной миомэктомии..... | стр.51 |
| Обсуждения.....                                                                                            | стр.57 |
| Выводы.....                                                                                                | стр.63 |
| Практические рекомендации.....                                                                             | стр.64 |
| Алгоритм ведения женщин после консервативной миомэктомии.....                                              | стр.65 |
| Список использованной литературы.....                                                                      | стр.66 |

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

ГнРГ-гонадотропин релизинг гормоны

КМЭ- консервативная миомэктомия

КОК-комбинированные оральные контрацептивы

ЛГ – лютеинизирующий гормон

ММ- миома матки

ПОНРП-преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

РПП- резорбционная поверхность плаценты

УЗ– ультразвуковое исследование

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон

ЭКО- экстракорпоральное оплодотворение

ЦНС- центральная нервная система

## Введение

Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половых органов женщины и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы. Существующие методы консервативной терапии больных миомой матки очень часто являются недостаточно или абсолютно неэффективными, в связи с чем приходится прибегать к оперативному лечению. При этом 60,9-95,3% всех оперативных вмешательств приходится на радикальные операции - ампутацию или экстирпацию матки [1,5,9,35,65,71]. Вместе с тем отмечено, что миома матки довольно часто встречается у молодых женщин. В возрасте до 40 лет оперативному вмешательству подвергаются до 24-26,8% больных миомой [7,8,48,52]. Радикальные операции лишают женщину в дальнейшем возможности иметь детей и приводят к значительным изменениям в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, усугубляя тем самым уже имеющиеся в организме патологические процессы, и обуславливают выраженное напряжение психоэмоционального состояния [7,14,15,16,25]. В связи с этим большое внимание уделяется проведению органосохраняющих операций, среди которых наиболее функционально-щадящей является миомэктомия.

Однако удельный вес миомэктомии до настоящего времени остается небольшим и составляет 8,2-18,9% [2,9,18,23,55,67,70]. Обусловлено это целым рядом причин: технической сложностью операции, требующей хорошей хирургической подготовки оперирующего врача, возможностью возникновения рецидивов миомы, более высокой частотой послеоперационных воспалительных осложнений, развитием массивного спаечного процесса в малом тазу, нередко приводящего к появлению перитонеальной формы бесплодия и симптомов спаечной болезни.

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе имеется большое количество исследований, посвященных проблеме реконструктивно-пластических операций на матке у больных миомой матки вне беременности. Анализ этих работ показывает, что основной целью проводимых операций является стремление оставить матку, сохранить или восстановить репродуктивную, менструальную функции и поддержать гомеостаз организма в целом [15,16,21,44,65,74]. Однако до настоящего времени многие вопросы этой проблемы остаются нерешенными, а по ряду принципиальных вопросов в литературе имеются противоречивые мнения.

Так, не до конца изучены сроки восстановления миометрия после реконструктивно-пластических операций, особенности формирования рубца на матке в зависимости от формы миомы. Требуют дальнейшей разработки ме-

роприятия, направленные на обеспечение оптимальных условий по формированию полноценного послеоперационного рубца на матке, как важного фактора профилактики разрывов матки при последующих беременностях и родах. Продолжаются поиски более надежных способов профилактики послеоперационных воспалительных осложнений.

До настоящего времени не разработаны достаточно эффективные способы, предупреждающие развитие спаечного процесса в малом тазу, нередко приводящего к формированию перитонеальной формы бесплодия. Попытки хирургов применять с профилактической и лечебной целью медицинские клеи и полимеры, масла, ферменты, антикоагулянты, кортикостероиды и ряд других препаратов не всегда заканчивались успехом, более того, некоторые из них даже увеличивали процесс спайкообразования [9,13,15,21,24,57,73]. Таким образом, проблема хирургического органосохраняющего лечения больных миомой матки является актуальной как в медицинском, так и в социальном аспектах, решение которой, несомненно, повысит безопасность проведения реконструктивно-пластических операций и эффективность восстановления нарушенных функций репродуктивной системы.

Вышеизложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель исследования:** разработка оптимальной тактики ведения родов и послеродового периода у женщин после консервативной миомэктомии.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Определить частоту и структуру оперативных вмешательств у пациенток репродуктивного возраста с миомой матки.
2. Изучить особенности клинического течения и исход родов для матери и плода у женщин после консервативной миомэктомии.
3. Усовершенствовать тактику ведения пациенток после консервативной миомэктомии.

**Научная новизна:** впервые в Самарканде были исследованы женщины с миомой матки, которым была произведена миомэктомия лапароскопическим и лапаротомическим доступом, а также изучены результаты выполненных операций.

### **Практическая значимость работы:**

В результате проведенного исследования разработана программа и проанализированы клиничко - анамнестические особенности, течение и исход родов у женщин с рубцом на матке после различных вариантов миомэктомии.

**Положения выносимые на защиту:** У пациенток репродуктивного возраста, имеющих показания для оперативного лечения миомы матки, операцией выбора является консервативная миомэктомия.

**Материалы:** для выполнения поставленных задач провести клиническое исследование 35 рожениц имеющих в анамнезе консервативную миомэктомию. Исследования проводились в 3-родильном комплексе города Самарканд в акушерском отделении.

### **Методы исследования:**

1. Сбор анамнеза: перенесенные заболевания в детском возрасте, экстрагенитальные заболевания, изучение менструальной функции (длительность, продолжительность, количество, характер выделений).
2. Физикальное обследование: Соматический статус.
3. Лабораторное исследование: общие анализы крови, мочи, биохимия крови, свертываемость по Сухареву, резус фактор и группа крови, коагулограмма.
4. Инструментальные методы исследования: Ультразвуковое исследование.



## ГЛАВА 1.

### *Современный подход к ведению беременности и родов у пациенток с миомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии.*

В последние годы акушерам все чаще приходится решать вопрос о возможности пролонгирования беременности при ее сочетании с миомой матки. Это связано с тем, что женщин фертильного возраста с опухолями матки из года в год становится все больше. По данным большинства авторов последних лет, средняя распространенность миомы матки составляла около 20% [2, 8, 11, 14, 18,65,70,75]. Заболеваемость миомой матки, как считали VelebilP. Et WingoP.A. (2005), повышалась с возрастом женщины, пик ее приходился на период пременопаузы, достигая максимального значения в 44 - 50 лет.

По данным Е.М. Вихляевой и соавт. (2012), средний возраст выявления миомы матки составлял  $32,8 \pm 0,47$  года. В настоящее время встречаются отдельные наблюдения диагностики миомы матки в возрасте 20 лет. Более того, у подростков миома матки обнаруживается в 5 - 7% при маточных кровотечениях [14, 15,38,42,49,55]. AridaG. et al. (2012) приводили следующие цифры: миома матки встречалась по меньшей мере у 20% всех женщин и у 40% старше 40 лет, поэтому, по их мнению, можно ожидать, что миома матки в значительном проценте наблюдений будет сочетаться с беременностью. Это мнение не подтверждалось в работах, публиковавшихся до 1960 года, когда сообщалось, что частота миомы матки при беременности составляла только 0,5 - 2,1%. В дальнейшем акушеры наблюдали более высокую частоту сочетания миомы и беременности - до 30% [18,19,50]. Это увеличение частоты миомы во время беременности связано, по мнению Brown B. (2011), с двумя существенными в настоящее время факторами в акушерской практике: увеличением числа беременных в возрасте старше 30 лет и широким применением ультразвукового сканирования. Статистические данные Городского Департамента Здравоохранения Нью-Йорка за период с 1960 по 1987 гг., подтвердили значительное увеличение числа женщин, рожавших после 30 лет. С увеличением количества беременных более старшего репродуктивного возраста возрастала и частота сочетания миомы матки при беремен-

ности [15, 16, 25.40,164,144]. По данным этих же авторов, применение ультразвукового исследования по самым разным акушерским показаниям способствовало диагностике миом, часто бессимптомных и ранее не диагностированных. Было обнаружено, что лишь у 41% беременных с миомой матки, выявленной при УЗ - исследовании, диагноз был предварительно установлен клинически. Миомы размером менее 5 см в диаметре клинически были диагностированы только в 12,5%, а размером 5-10 см у 50% обследованных. Таким образом, точная частота сочетания миомы и беременности неизвестна, однако она определенно превышает сообщавшуюся ранее. Проблема миомы матки очень обширна. При анализе литературы нас интересовали те аспекты, которые могли оказывать влияние на течение беременности и родов.

### ***1.1 Факторы риска нарушения репродуктивной функции у женщин с миомой матки.***

Кроме миомы матки, течение беременности и родов отягощают такие факторы, как возраст старше 30 лет и наличие экстрагенитальной патологии. Возраст беременных имел важное значение, оказывая влияние на возможность зачатия и последующее течение беременности и родов. Следует обратить внимание на данные Савельевой Г.М. (2011) и Сидоровой И.С. (2012), свидетельствующие о том, что возраст первородящих в этой группе часто старше 30 лет.

Указанное связано не только с социальным положением женщины в современном обществе, но и с тем, что каждая четвертая женщина с миомой матки страдала бесплодием. Учитывая длительное бесплодие у данной группы пациенток, следует отметить, что плодовитость всех женщин находится в прямой зависимости от их возраста [20,51,182].

Общеизвестно, что течение беременности и родов так же определяется наличием сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. Миома матки у беременных часто сочеталась с экстрагенитальной патологией: ожирение у 64%; заболевания сердечно-сосудистой системы - у 60%, нарушения со стороны желудочно-кишечно-печеночного комплекса — у 40%, гипертоническая болезнь - у 19% больных, неврозы и невротоподобные состояния - у 11%, эндокринопатии - у 4,5% [14]. Исследования, проведенные BiCamioskietal. (2013), показывали, что избыточный вес в сочета-

нии с низкой физической активностью и частыми стрессами относятся к факторам, способствующим развитию данной опухоли.

Для нормального процесса имплантации плодного яйца и последующей плацентации важное значение имеет состояние эндометрия, так как качественное изменение структуры эндометрия нарушает процесс миграции сперматозоидов и имплантации оплодотворенной яйцеклетки [11,41,57,67,69].

Исследования проведенные А.С. Патрушевой еще в 1982 г. свидетельствовали о возможности параллельного развития гиперплазии эндометрия и миомы при ее «бессимптомном» течении у 47,6% женщин, а при маточных кровотечениях - у 62,5% больных. Ряд авторов, анализируя сочетание миомы матки с патологией эндометрия, отметили высокую частоту гиперпластических изменений эндометрия, от 10,1% до 60%, что зависело как от расположения, так и от количества узлов миомы [4, 10, 60,63,97,148,164,181]. По их мнению этот показатель максимально возрастал при подслизистом расположении узлов и множественной миоме матки. Приведенные данные свидетельствовали о том, что в результате роста узлов и развития синдрома «компрессии», нарушается процесс трансформации эндометрия. При этом морфологическая картина эндометрия отличалась значительным многообразием, от атрофии слизистой в области противоположной субмукозному узлу до очаговой гиперплазии эндометрия.

Однако , состояние эндометрия при миоме не отличается в основном от показателей, характерных для соответствующих возрастных групп. Так, при исследовании эндометрия у 909 больных миомой матки железистая гиперплазия была выявлена в 4% случаев, базальная гиперплазия - в 3,6%, атипическая гиперплазия - в 10%, полипы - в 10%, рак эндометрия в 0,7%; у значительного большинства обследованных патологии эндометрия выявлено не было [21].

Как известно, для наступления и нормального течения беременности и родов, важное значение имеют особенности гормонального статуса и функционального состояния репродуктивной системы в ходе развития заболевания [12, 16, 22, 26, 37,60,65,82,91,125,161]. Мы представим различные точки зрения существующие по этому вопросу.

Исследования, проведенные Железновым Б.И. (2012) и Titlman A. (2012), показали, что у 2/3 пациенток с миомой матки концентрация гормонов на протяжении

менструального цикла не отличалась от соответствующих нормативных показателей.

Однако большинство отечественных и иностранных авторов [15, 50,56,57,63,180] придерживались другого, ставшего уже традиционным мнения о ведущей роли гиперэстрогении и прогестерондефицитных состояний у женщин с миомой матки. Однако, за последние годы, становится все более очевидным стимулирующее влияние прогестерона на лейомиомы даже в отсутствие эстрогенов [55,81,82,160,166,175]. Также существует мнение, что наряду с прогестероном, пролактин является одним из факторов роста миоматозных узлов [16]. По данным S. Casterday (2010), Вихляевой Е.М. и соавт. (2006), J. Andersen (2006) существенное значение имело не содержание и концентрация гормонов, а увеличение количества рецепторов к эстрадиолу и прогестерону в ткани миомы и подверженность их циклическим изменениям.

Кроме гормональных факторов в формирование и рост миомы матки вовлечены факторы роста - EFG, IFG-1, PDGF AB [22, 57, 145,147]. Несомненным является то, что при развитии и росте миомы матки чаще отмечается сочетание всех этих факторов, а не влияние одного из перечисленных.

Анализ литературы позволил определить одну из ведущих проблем, которая сопутствует миоме матки. В настоящее время, как в отечественной, так и зарубежной литературе широко обсуждаются и все еще остаются предметом дискуссии механизмы, посредством которых миома вызывает бесплодие. Частота бесплодия у женщин с миомой матки колеблется от 15,7 до 35,8 % [5, 10, 12,26,29,31,47,111,139,170]. GarciaCit. and TureckR.W. (1984) указывали на то, что при наличии миомы частота бесплодия удваивалась. В обзоре исследований Енюшина В.Д. (1980) приведены данные о наблюдении 10 - 25 % первичного бесплодия среди женщин, страдающих миомой матки и вторичного - от 12 до 69,2%.

Механизм снижения фертильности связан с различными факторами, включая нарушение транспорта спермы, окклюзию труб и нарушение овуляции [41]. Так при субмукозной миоме матки возможно снижение фертильности вследствие нарушения условий для имплантации на соответствующем участке эндометрия, а при расположении интрамуральных узлов в области углов матки наблюдалось сдавление

интерстициальной части маточных труб, что препятствовало транспорту гамет [10, 26,111]. Нерсисян Р.А. (2008) так же считал, что деформация полости матки субмукозной или интерстициальной опухолью затрудняло имплантацию плодного яйца.

В связи с высокой частотой бесплодия у женщин с миомой матки большой интерес представляет вопрос о влиянии миомы на исходы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). FarhiJ. и соавт. (1995) провели ретроспективный – анализ циклов ЭКО у женщин с наличием миомы. Частота имплантации составила 22,1% в расчете на перенос эмбриона, результаты предварительного гистероскопического исследования перед процедурой ЭКО показали, что нарушение имплантации имело место только в случаях с субмукозным расположением узлов [11]. Основываясь на данных литературы, можно полагать, что если у женщин с миомой матки имеется бесплодие, которое нельзя объяснить никакими другими причинами, то удаление опухоли создает условия, при которых возможность наступления беременности становится большей [7, 18, 24,25,48,61,67,75,98,110,132,164]. В настоящее время можно выделить две группы беременных, требующих особого внимания акушеров: беременные с миомой матки и беременные с рубцом на матке после консервативной миомэктомии.

## ***1.2 Особенности клинического течения беременности и родов у пациенток с миомой матки.***

Несмотря на частые сообщения о проблемах беременности, связанных с миомой у большинства пациенток, приводятся данные отдельных авторов о том, что с узлами небольших размеров при отсутствии признаков нарушения питания в них, беременность протекала без осложнений или они были минимальны и, как правило, заканчивалась самопроизвольными родами [14,54,58,68,100,123,135,159]. Общепринятая точка зрения, касающаяся влияния беременности на рост узлов миомы, свидетельствует об их увеличении. При анализе 445 наблюдений сочетания миомы и беременности, Grandin показал, что 21% миом увеличивались во время беременности. Имеются работы, посвященные причинам роста миомы во время беременности. Как считала Вихляева Е.М. соавт. (2010), факторы, вызывающие неопластическую

трансформацию во время беременности неизвестны. Однако очевидно гормональное влияние на рост миомы во время беременности [16,54,57]. По данным Global (2011), эстрогены оказывают пролиферативное влияние на узлы миомы, а прогестерон, напротив, оказывает на них атрофическое и дегенеративное влияние. Поскольку беременность характеризуется относительно высокой продукцией эстрогенов и прогестерона, можно ожидать, что эти изменения существенно влияют на рост миомы [8,39,132]. Кроме гормонального фактора, на рост миомы во время беременности могут также оказывать влияние механические факторы при беременности [20]. Увеличение беременной матки характеризуется растягиванием и гипертрофией миометрия и увеличением кровотока. Поскольку миомы захватывают миометрий в различной степени (субмукозные, интрамуральные, субсерозные), на их рост во время беременности оказывает влияние изменение окружающего миометрия. Кроме того клиническое изменение и увеличение миомы было обусловлено как выходом матки за область малого таза, так и растягиванием и истончением окружающего миометрия, что делало узлы миомы более выступающими и легко пальпируемыми [20,51]. В противоположность вышеуказанным авторам, Brown B. (2011) считал, что рост миомы при беременности не является частым и редко осложняет течение беременности. Савицкий Г.А. и соавт. (2010) отвергали концепцию истинного роста миомы в течение беременности, приводя в качестве доказательства своей позиции отсутствие гистологического подтверждения роста узлов. Эти авторы полагали, что какое-либо клиническое увеличение миом при беременности является в большей степени кажущимся, чем реальным [54, 74]. Связывая клиническое увеличение опухоли с дегенеративными изменениями в миоме - отеком, образованием кист, при проведении ультразвукового исследования было замечено, что только у 2 из 41 пациентки в течение беременности имелся истинный миоматозный рост, также подтверждал, что очень небольшое число миом действительно увеличивалось в размере во время беременности. Среди миоматозных узлов, размеры которых существенно изменялись во время беременности, небольшие из них (до 6 см в диаметре) увеличивались в течение I и II триместра. В третьем триместре все миомы вне зависимости от исходного размера - уменьшались [74.]. Одним из серьезных осложнений в течении беременности при ее сочетании с миомой матки, как считают все исследователи, занимавшиеся этой проблемой, являлось нарушение питания в узле опухоли.

Дегенерация миомы, происходила в любом сроке беременности, при этом причины ее недостаточно понятны: ей могут способствовать как механические, так и гормональные факторы [39,54,58,72,73,75,80,100,132,152,177,179]. При гистологическом исследовании, в узлах миомы наблюдался центральный геморрагический некроз с возросшей фокальной митотической активностью, а также различные дегенеративные изменения, такие как гиалинизация, кальцификация, отек, образование кист. Эти изменения были сходны с изменениями у не беременных пациенток с миомой матки, получавших большие дозы прогестагенов, или при нарушении сосудистого питания опухоли [74]. Morganetal (2011) считали, что классическое нарушение питания в узле происходит приблизительно в 20 недель беременности и в послеродовом периоде, что связано со значительными изменениями, происходящими в миометрии. Также было установлено, что большие субсерозные миомы, более склонны к дегенерации во время беременности, тогда как субмукозные к некрозу и кровотечению в послеродовом периоде. В этих исследованиях, как правило, не наблюдалось взаимосвязи дегенерации миомы при беременности с ее дегенерацией в прошлом или будущем [74,88]. У пациенток с острой дегенерацией миомы во время беременности имелись следующие клинические симптомы: боль, локализованная в определенной области или, если имелись перитонеальные симптомы - генерализованная боль; при этом возрастала возбудимость матки, что могло привести к преждевременным родам [39,68,75]. Также, при присоединении инфекции, наблюдалось повышение температуры, лейкоцитоз, повышение СОЭ [8,52]. Проводимые ультразвуковые исследования подтверждали дегенеративные изменения в узле миомы, о чем свидетельствовало изменение эхографической архитектоники узла [13, 178, 188]. Chappat.O. (2010) было проведено сравнение двух методик, магнитно-резонансного исследования и трансвагинальной эхографии, для определения чувствительности метода при оценке миомы матки. Они пришли к выводу, что ультразвуковая методика столь же эффективна, и лишь незначительно уступает магнитно резонансному сканированию [88].

На протяжении длительного времени отрабатывалась тактика ведения беременных с миомой матки при нарушении питания в узле. Еще в 1905 году Михнов С.Д. предлагал при наличии фибромиомы с нарушением питания и одновременно беременности пользоваться радикальными операциями только при полной невозможности

сти выполнить ее консервативно. О благоприятных результатах консервативных операций во время беременности у молодых женщин сообщалось как в работах прошлых лет [11, 14, 20, 29], так и в современной литературе [8, 31, 53, 67, 89, 123, 128, 153]. Несомненным оставалось то, что хирургическое вмешательство в течение беременности по поводу острой дегенерации миомы должно проводиться только по абсолютным показаниям. К таким показаниям относили: нарастание клинической симптоматики, температурной реакции, высокий лейкоцитоз, ухудшение состояния с развитием генерализованного перитонита или сильного маточного кровотечения [8, 39, 17, 68, 74]. Так же часто показанием к консервативной миомэктомии как во время беременности, так и вне беременности являлось быстрое увеличение размеров опухоли, которое, по мнению Савицкого Г.А. (2010), было вызвано нарушением микроциркуляции и дистрофическими изменениями. При этом увеличения количества мышечных элементов не происходило, а отмечался отек мышечных клеток и соединительнотканых промежутков. Ультраструктурные исследования показали, что вторичные изменения в виде гиалиноза, отека, некроза, кальциноза можно рассматривать как звенья одного процесса в морфогенезе миомы матки, а быстрый рост опухоли как проявление этих изменений [54, 55]. Следует помнить о том, что миомэктомия во время беременности у пациенток с большими и множественными узлами является операцией высокого риска и может сопровождаться кровотечением, иногда требующим гистерэктомии [1, 31, 57]. На основании этого С.Сидорова (2010) полагали, что во время беременности могут быть удалены только субсерозные узлы миомы на тонком основании. По мнению Логутовой Л.С. (2009), целесообразно удалять только миоматозные узлы более 5 см в диаметре, так как во время беременности удаление всех узлов создает неблагоприятные условия для кровоснабжения миометрия, заживления ран на матке и развития плода. При выявлении абсолютных показаний к удалению миоматозных узлов во время беременности рекомендовано проводить минимальное оперативное вмешательство в объеме консервативной миомэктомии, способное улучшить состояние беременной, с обязательным последующим проведением патогенетической терапии [11, 13, 20, 39, 55, 100, 116]. Удаление опухоли при беременности должно быть бережным с тщательным ушиванием ложа и проведением профилактических мероприятий, направленных на предупреждение прерывания беременности, кровотечения и сеп-

тических осложнений [8,31,39,64]. 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 продолжался комплекс терапевтических мероприятий, направленных на развитие беременности и улучшение маточно-плацентарного кровотока (токолитики, курантил по общепринятым схемам). Вопрос о длительности терапии решался индивидуально в каждом конкретном случае и зависел от объема оперативного вмешательства и кровопотери [54, 57,132,155]. С целью профилактики гнойно-септических осложнений назначался курс антибиотико-профилактики. В дальнейшем, приведенные наблюдения свидетельствовали о том, что после успешно проведенной миомэктомии, беременность пролонгировали до сроков оптимальных для родоразрешения. Однако, Donnez J. (2012) сообщали о наблюдениях, когда, несмотря на проводимую терапию, происходило прерывание беременности после миомэктомии во время беременности. Результаты исследования Логутовой Л.С. (2012) отражали единое мнение о том, что беременные с миомой матки являлись группой повышенного риска в отношении различных осложнений. В настоящее время уже очевидно неблагоприятное влияние миомы матки на течение ранних и поздних сроков беременности, послеродовый период. Большая частота осложнений во время беременности при миоме матки является следствием тех биохимических и, в частности, гормональных и электролитных нарушений, которые имели место до беременности [54].

Обобщая данные, Вихляевой Е.М. (2011), Кулакова В.Л. (2011), Савельевой Г.М. (2011), Bednarek В (2012), Salvador E. (2012), касающиеся осложнений возникающих во время беременности у пациенток с миомой матки, мы выделили: угрозу прерывания беременности в различные сроки гестации; нарушение питания в узле миомы; фетоплацентарную недостаточность и синдром задержки роста плода; аномалии плацентации; преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, особенно, когда она частично расположена в области миоматозного узла; преждевременные роды; преждевременное излитие околоплодных вод; неправильные положения и предлежания плода. Несмотря на большое количество осложнений во время беременности, авторы сходились во мнении, что одним из наиболее

частых осложнений беременности при миоме матки являлись самопроизвольные выкидыши и угроза прерывания беременности на малых сроках [4, 10, 14, 20, 25, 28,41,117,139]. По данным ряда авторов, частота самопроизвольных выкидышей при наличии миомы матки составляла от 6% до 25,4% [55,57,67,111]. По мнению Salvadore E. (2012), беременные с миомой матки угрожаемы для самопроизвольного прерывания беременности во втором триместре. RaksetBatter (2011) приводили данные о том, что частота самопроизвольных выкидышей у беременных с миомой матки в два раза выше, чем в популяции. Для объяснения этого факта ими были предложены различные теории, в том числе увеличение сокращений матки и изменения в локальном маточном кровотоке, что особенно часто наблюдалось при наличии субмукозных миом. Кроме локализации опухоли, по их данным, важную роль в прогнозировании возможных осложнений при беременности играл размер узлов миомы соответственно увеличению размеров опухоли происходило повышение риска развития осложнений. По данным Шмакова Г. С. (2012), угроза прерывания беременности в 1 и 2 триместре отмечалась у каждой третьей беременной, при повторных родах на ранних сроках гестации частота этой патологии имела тенденцию к снижению. Также, им отмечено увеличение частоты угрозы прерывания, как на ранних, так и на более поздних сроках беременности, среди пациенток с большими или множественными узлами миомы и с рубцом на матке после миомэктомии, которое связано с повышенной настороженностью акушеров и самих женщин к сохранению беременности. Учитывая высокую частоту патологии течения беременности, особое значение имело развитие компенсаторно-приспособительных механизмов при формировании и функционировании плаценты. Вторичные механизмы компенсации, связанные с адаптацией патологического процесса (миома матки, рубец на матке) приводили к развитию таких механизмов, которые достаточны для нормального роста и развития плода, несмотря на отягощающие беременность факторы. К таким компенсаторным механизмам относилось, повышение уровня работы сердца, определяющего напряженность сердечно-сосудистой системы, необходимого для поддержания нормального функционального состояния фето-плацентарной системы и нормального развития плода [40,67,85]. В работе Дубчак. О., при эхографии с доплерометрией во время беременности на фоне миомы матки было выявлено следующее: 1- недостаточность преимущественно второй волны инвазии интерстици-

ального цитотрофобласта, реализующаяся в виде неполной гестационной перестройки эндо- и миометриальных сегментов МПА; 2- феномен «обкрадывания» за счет артериального кровоснабжения множественных миоматозных узлов; 3- местные гормональные сдвиги, приводящие к нарушению клеточно-тканевых сообщений в плацентарном ложе матки. Указанные изменения, по ее мнению, являлись признаками плацентарной недостаточности, которые свидетельствовали о том, что основы фетоплацентарной недостаточности развиваются на ранних сроках беременности [19]. Шмаковым Г.С. (2007) было показано, что при угрозе прерывания беременности имели значение сроки ее возникновения для формирования резорбционной поверхности плаценты (РПП). Однако и при недостаточной РПП происходила компенсация ее функции за счет выраженного увеличения мелких ворсин и гиперфункции сосудистых элементов, что способствовало нормальному развитию плода. У беременных с миомой матки наибольшая компенсация при осложненном течении беременности проявлялась со стороны плаценты, у пациенток с рубцом на матке эти процессы происходили за счет повышения напряженности межворсинчатого кровотока. Но при отсутствии подобной взаимной «страховки» наблюдалось отставание физического развития плода [68]. Связь между отслойкой нормально расположенной плаценты во время беременности и миомами отмечалась многими исследователями. Rice, et al. сообщали о 57% частоте преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) при локализации миомы ретроплацентарно. Weiner-Muram, et al. сообщали о ПОНРП во время беременности у 25 из 35 пациенток с миомами, расположенными ретроплацентарно, по сравнению с 5 из 54 пациенток с расположением плаценты не в области узлов миомы. В их исследованиях были приведены данные о четырехкратном увеличении частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты у пациенток с миомами [1,74]. Muram и Weiner-Muram (2011) сообщали, что частота осложнений беременности возрастала, если имелся контакт плаценты и миомы. При этом возрастала частота как отслойки нормально расположенной плаценты, так и преждевременных родов и послеродовых кровотечений. Частота преждевременных родов изучалась различными авторами и колебалась от 3.1% до 32%. Было предложено несколько теорий развития этого осложнения беременности, включая: во-первых, повышение сократительной активности матки, вызываемое простагландинами, высво-

бождаемыми из дегенерирующей миомы; во-вторых, уменьшение объема матки за счет узлов и преждевременного излития околоплодных вод [54,74]. В исследовании Campbell, частота преждевременных родов составляла 32%. Однако это относилось к тому времени, когда миомы диагностировались клинически, и обычно уже значительных размеров. Gainey et Keeler в обзоре сообщали о средней частоте преждевременных родов 12,5%, что как минимум вдвое меньше предыдущих данных. Grandin при исследовании 445 беременных с миомой матки выявил, что средняя частота преждевременных родов в данной популяции составила только 3,1%. Хотя все эти данные позволяли предположить, что преждевременные роды могли быть связаны с миомами, следовало иметь в виду, риск определялся размером и локализацией миомы Rice et al. и Rosati (2011) сообщали о высокой частоте преждевременных родов у пациенток с миомами, причем, чем больше размер миомы, тем выше, по их данным, частота преждевременных родов. По их мнению, только наличие небольших узлов (<3 см) не сопровождалось преждевременными родами. По данным наших современников частота преждевременного родоразрешения составила 6,9% и 11,6% [39,54,68]. Katz et Dolters обнаружили, что у 4 из 5 пациенток с миомами преждевременное излитие вод предшествовало преждевременным родам. При сочетании беременности и миомы матки чаще чем в популяции наблюдалось неправильное положение плода: тазовое предлежание (до 10.5%) и косое положение плода (до 14,8%). Campbell (2011) сообщал о 2% частоте лицевых, 12% частоте тазовых предлежаний и 5% частоте поперечных положений плода. Gainey et Keeler (2011) сообщили о 10% частоте неправильных предлежаний [74]. Следовательно, материал в большей мере, констатирует характер осложнений, не предусматривая мероприятия, направленные на устранение осложнений. Обобщая данные большинства исследователей, роды у беременных с миомой матки протекали со следующими осложнениями [1,6,11,19,20,26,28,54,62,90,126]:

- несвоевременное излитие вод;
- аномалии сократительной деятельности матки;
- плотное прикрепление плаценты;
- гипотонические кровотечения;
- субинволюция матки в послеродовом периоде и др.

При самопроизвольных родах существуют противоречивые взгляды о влиянии миомы на течение родов. Одни считали, что миома приводит к инертности матки в родах [58, 124]. Другие исследователи не подтверждали это предположение, так Campbell в большом исследовании показал, что у 51% пациенток роды были пролонгированными, однако у 49% пациенток роды были более быстрыми, чем в среднем. Большинство современных исследователей считают, что быстрые роды обусловлены сохраняющейся относительной гиперэстрогенией [11,16,39,57]. Обсуждая вопрос о родостимуляции при развитии слабости родовой деятельности у рожениц с миомой матки, следует обратить внимание на результаты проведенного гистологического исследования миоматозных узлов, удаленных во время кесарева сечения. Полученные результаты позволяли высказаться о нецелесообразности применения сокращающих средств (окситоцина) в родах без особых на то показаний, поскольку это может усугубить дегенеративные и некробиотические изменения в узлах [54]. Частота кесарева сечения у пациенток с миомой традиционно была и остается высокой. Данные литературы первой половины 20 века указывали на частоту кесарева сечения в 4-5 раз выше средней, около 70% [20,29]. По данным современных авторов частота оперативного родоразрешения при миоме матки колеблется от 17 до 30 % [89,92,93,99,154,173].

В основном, показаниями для планового оперативного родоразрешения являлись сочетанная акушерская патология и длительное бесплодие в анамнезе, а для экстренных операций - первичная слабость и дискоординация родовой деятельности, преждевременное излитие вод и преждевременная отслойка низко или нормально расположенной плаценты. Lev-Toaff et al. (2011) сообщали о 53,3% частоте кесарева сечения в случаях локализации миомы в области нижнего маточного сегмента, по сравнению с 31% при локализации миомы в области тела матки. Однако, по данным Arida G. (2011) et Golan A. (2012), непосредственно само наличие миомы является показанием для кесарева сечения у 0,9 - 14% беременных. Так как истинное препятствие рождению плода из-за миомы не является частой причиной оперативного родоразрешения. В большинстве случаев узлы, даже расположенные в области нижнего маточного сегмента, мигрируют во время родов, мигрируют во время родов [74]. По данным Brown B. (2011), в послеродовом периоде изменения, происходящие в миомах, довольно вариабельны и непредсказуемы.

Не диагностированные при беременности бессимптомные миомы могут проявлять себя или не проявлять клинически в послеродовом периоде. Ранее выявленные и клинически проявлявшиеся во время беременности узлы миомы, в последствии могут себя больше не проявлять и не вызывать никаких симптомов. При этом, по мере инволюции матки, узлы опухоли часто изменяли свое местоположение, что являлось основной детерминантой будущих клинических симптомов. Анализ литературы показал, что послеродовые осложнения, связанные с миомой, являются довольно частыми и могут быть классифицированы на ранние и поздние осложнения [6, 8, 20,39,67,74,129]. Ранние осложнения включали послеродовые кровотечения вследствие гипотонии матки, плотного прикрепления или приращения плаценты. Abitbol et Parks (2011) подчеркивали, что субмукозные миомы наиболее часто сопровождались тяжелыми послеродовыми кровотечениями. Campbell сообщал о 31% частоте послеродовых кровотечений и предполагал, что миомы влияли на сокращения маточной мускулатуры и приводили к гипотонии матки. Плотное прикрепление плаценты является вторым по частоте осложнением у пациенток с миомами, согласно данным Grandin. О. 8% частоте приращения плаценты сообщал Campbell (2011). К осложнениям в позднем послеродовом периоде относили: субинволюцию матки и инфекционные осложнения. В литературе прошлых лет приводится множество примеров длительной температурной реакции в послеродовом периоде у пациенток с миомой [20,29,58]. Причиной этого, как считала Вихляева Е.М. (2013), могла быть значительная контаминация эндометрия в том случае, если субмукозная миома имела плохое кровоснабжение и подвергалась некрозу в послеродовом периоде. В настоящее время эта проблема эффективно решается при применении антибиотиков широкого спектра действия. Однако, следует иметь в виду, что у пациенток рефрактерных к медикаментозному лечению может наблюдаться длительная температурная реакция, и это может потребовать гистерэктомии [57].

Таким образом, особое внимание к данной проблеме обусловлено полиэтиологичностью заболевания, причем роль отдельных взаимовлияющих факторов миомы матки и беременности неоднозначны. Вместе с тем, возрастает число беременных с миомой матки, что ставит перед акушерами ряд вопросов, которые до настоящего времени остаются не решенными. Становится все более актуальным вопрос о оперативном лечении этой опухоли в процессе планирования и течения бе-

ременности, а так же выборе метода родоразрешения, что мы и постараемся отразить в нашей работе.

### **1.3 Особенности клинического течения беременности и родов у беременных с рубцом на матке после консервативной миомэктомии.**

Появление в акушерстве новых проблем, связанных с определением тактики ведения беременности и родов у пациенток с оперированной маткой, было вызвано кардинальной переменой в последнее десятилетие тактики ведения пациенток с миомой матки. Получили широкое распространение реконструктивно-пластические операции на матке, позволявшие сохранить менструальную и репродуктивную функции, а также привычное и необходимое организму постоянство внутренней среды (гомеостазис). Целесообразность подобной операции в настоящее время у большого числа исследователей, не вызывает сомнения [2,3,6,9, 10, 18, 24, 27, 32, 33, 47, 53, 67, 70, 103, 107, 119, 185], до настоящего времени, остается операцией высокого риска, требуя наличия высококвалифицированных специалистов и гинекологического стационара, оснащенного современным оборудованием [2,5,6,7, 11, 19]. Однако, удаление миом у женщин, страдающих первичным и вторичным бесплодием, способствует в некоторых случаях наступлению беременности. По данным Бродовской Т.С. (2014), Dubuisson J.B. (2014), Soriano D. (2013) после консервативной миомэктомии вне зависимости от оперативного доступа, у каждой второй - третьей женщины наступает беременность. R. Narayan et al. (2014) сообщали о значительном повышении частоты наступления беременности после гистероскопической миомэктомии - 48,2% (в контроле - 23%), С. Poncelet (2011) - почти до 60 %. Levin B. (2012) сообщал, что удаление субмукозных миоматозных узлов в 62,8 % приводит к беременности у пациенток с бесплодием. Вероятность самопроизвольного наступления беременности после консервативной миомэктомии лапароскопическим путем в исследованиях, проведенных Fauconnier A. Et al. (2010), составила 44 %, Seracchioli R. (2010) - 53,6%. Seoud M. (2012), оценивая исходы экстракорпорального оплодотворения у женщин с трансабдоминальной миомэктомией в анамнезе, выявили, что частота наступления беременности в расчете на перенос эмбриона была 16,9%. Нерсеровой ИЛ. (2011) проведено лечение бесплодия методом экст-

ракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона, после первой попытки беременность наступила у 56,2% женщин, перенесших миомэктомию, и только у 18,7% женщин с миомой матки. Несмотря на популяризацию и положительные результаты эндоскопической миомэктомии, до настоящего времени все еще сохраняются серьезные многофакторные ограничения для этой методики [ 4, 10, 14,23], являющиеся показанием к трансабдоминальному доступу, такие как:

- неблагоприятное расположение узлов миомы, которое может привести к повреждению крупных маточных сосудов (в области сосудистых пучков и в перешеечной области);
- интралигаментарное расположение узлов опухоли;
- наличие крупного узла со значительным интерстициальным компонентом, когда требуется вскрытие полости матки;
- повторное вхождение в брюшную полость с учетом выраженного спаечного процесса;
- противопоказания для проведения лапароскопии и гистероскопии.

Кроме того, учитывая, что на удаление из брюшной полости крупных миоматозных узлов затрачивается 2/3 времени при лапароскопическом доступе, лапаротомия в некоторых случаях является более предпочтительной, поскольку значительно сокращает продолжительность хирургического вмешательства [ 2,24,48].

Однако, по мнению Адамян Л.В. (2008), Кулакова В.Л. (2012), Takeuchi H. (2012) полостное вмешательство является высокотравматичным. Авторы установили, что после перенесенной ранее лапаротомии спаечный процесс в малом тазу имеет место во всех случаях, причем у 90% обследованных он характеризовался 3-4 степенью распространения. В последнее десятилетие, ведется активная дискуссия о целесообразности предоперационной гормональной подготовки на первом этапе лечения миомы матки. Целесообразность применения агонистов - ГнРГ перед хирургическим вмешательством на матке была обусловлена уменьшением объема матки на 35-50%, снижением кровотока в сосудах матки, вызывавшим временную ишемизацию [3,8,10,19]. Анисимова С.А. (2011), Савицкий Г.А. (2010), O.Chappa (2010) считали, что особую ценность эти средства приобретали при показаниях к эндоскопическим гинекологическим операциям, когда уменьшение размеров матки и узлов миомы имело ключевое значение.

К отрицательным сторонам этого воздействия, A.Golan (2012), M. Xumsden (2010), Fidel (2010) относили подавление функции яичников, которое сопровождалось стойкими атрофическими изменениями эндометрия, затрудняло диагностику и удаление мелких опухолей. Charpat O. (2010) сообщал, что через шесть месяцев после отмены указанных препаратов миома возвращается к своему первоначальному объему. Самым неблагоприятным, по данным Р.А Нерсисяна (2012), являлось то, что после прекращения терапии миоматозные узлы достигали первоначальных размеров практически в течение 2 недель при последующей индукции суперовуляции гонадотропинами.

По мнению большинства исследователей, использование этих препаратов оправдано в тех случаях, когда без такой терапии невозможно проведение успешного оперативного лечения [25,54,59,88]. Заведующими по значимости факторами для полноценного восстановления мышечного слоя матки после миомэктомии являлись способ восстановления операционной раны и характер шовного материала [3,30,34,38,43,45,46,66,176]. Обобщая результаты исследований последних лет, для оптимального восстановления стенки матки после консервативной миомэктомии было рекомендовано: отдавать предпочтение методам ушивания операционной раны на матке без захвата слизистого слоя в шов, учитывая выраженность экссудативного компонента воспаления в эндометрии при имплантации шовного материала применять моно- и псевдомонofilamentные хирургические нити. На современном этапе развития оперативного акушерства существует единая точка зрения о том, что это гипоаллергенный шовный материал, обладающий соизмеримой скоростью падения прочности нити и скорости заживления, восстановлением прочности тканей в месте наложения шва и минимальной реакцией на шовный материал при отсутствии «фитильного» эффекта, при обширной раневой поверхности рекомендовалось дополнительно использовать барьер интесид, применение которого способствовало более благоприятным процессам репаративной регенерации.

Учитывая, что с каждым годом возрастает число пациенток с рубцом на матке после реконструктивно-пластических операций, заинтересованных в наступлении беременности, в литературе широко обсуждался вопрос о времени зачатия после консервативной миомэктомии. При этом наиболее оптимальным сроком считался 2-3 год после консервативной миомэктомии [20, 29,48,56]. Однако в настоящее время

общепризнанно что длительное предохранение от беременности нецелесообразно. Анисимова С.В. (2011), Шмаков Г.С. (2013), C.Poncelet (2011) рекомендовали срок контрацепции не более 6 месяцев после консервативной миомэктомии. Частота наступления беременности в течении первого года после консервативной операции колебалась от 50 до 70%. В последующем этот показатель оставался достоверно ниже [4, 23,24,55,66]. RossettiA. Et Sizzi O. (2011), сообщали об одинаковой скорости наступления беременности вне зависимости от доступа, при котором было произведено удаление опухоли.

По мнению Кузнецовой Л.В. (1985), Сидоровой И.С. (2013), Шмакова Г.С. (2013), SchwerpeK.W. (2011), только хирургическое вмешательство не устраняло нейроэндокринных сдвигов при этой дисгормональной опухоли, что безусловно оказывало влияние на способность зачатия, а впоследствии и на течение беременности и родов. По данным Вихляевой Е.М. (2013), Бродовской Т. С. (2014) было установлено снижение циклической секреции гонадотропинов после консервативных операций, особенно ФСГ; базальная секреция ФСГ оставалась повышенной так же, как и до операции. Средняя концентрация эстрадиола за цикл не отличалась от дооперационного периода; содержание прогестерона было снижено или почти не отличалось от его концентрации до операции. Этими же авторами установлено, что только у 19% больных наблюдалась нормализация менструального цикла, у остальных сохранялись нарушения овариальной функции. При этом у 4.6 % больных отмечались те же нарушения гормональной функции яичников, которые имели место до операции. Не менее важным для прогноза восстановления фертильности, являлись сопутствующие операции на придатках матки по поводу эндометриоза яичников, воспалительных заболеваний маточных труб, кист яичников и т.д [20, 29,54,56]. Авторы прошлых лет считали, что проведение операций на придатках не влияло на способность к зачатию (Valsh,). По мнению Trembos-Kamber , подобные операции приводили к улучшению генеративной функции у женщин после хирургического лечения [20,37,47,75]. Вместе с тем, в последующих исследованиях было показано, что сопутствующие оперативные вмешательства на придатках матки значительно ухудшали прогноз в отношении сохранения или восстановления генеративной функции [9,15,16,18,57,60]. Т.С.Бродовской (2014) было установлено, что после выпол-

нения консервативной миомэктомии частота гиперпластических процессов эндометрия снижалась с 60 до 24,4%, хронический эндометрит, существовавший ранее - не обнаруживался, что достоверно увеличивало способность к зачатию.

Несмотря на восстановление фертильности и наступлении беременности у женщин после миомэктомии, анализ литературы показал, что миома матки сопровождается эндокринопатией, иммунными сдвигами, обменными нарушениями, дистрофией рецепторного аппарата матки, которые сохраняются и после миомэктомии, что подтверждалось осложненным течением беременности [5, 16, 18,66]. В настоящее время еще не отработаны принципы ведения беременности у пациенток, перенесших эту реконструктивно-пластическую операцию. Согласно литературным данным, ведущей патологией были невынашивание и угроза прерывания беременности [4, 7, 8, 30]. В исследованиях R. Narayan (2014), Varasteh N.N. (2011), Rossetti A. (2011), частота прерывания беременности на ранних сроках составляла от 19% до 31,5%. Шмаков Г.С. (2012) отмечал, что у 38,9% пациенток, перенесших миомэктомию, отмечалась частота угрозы прерывания беременности на ранних сроках и в два раза чаще диагностировалась у первородящих пациенток, на поздних сроках такой закономерности не наблюдалось. Все отечественные и иностранные авторы рекомендовали проводить своевременную терапию, направленную на восстановление нарушенных гормональных взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка, а также на повышение регулирующего влияния высших отделов ЦНС, что позволяло большинству женщин после реконструктивно-пластических операций на матке выносить беременность [13,24,27].

Ведение родов у женщин, перенесших КМЭ, не является простой задачей и также заслуживает особого внимания. Это связано с сохраняющимися после хирургического вмешательства сложными нейроэндокринными нарушениями регуляции половой системы [15,34,46,67]. Способ родоразрешения при наличии рубца на матке должен быть выбран также индивидуально [20, 2956,72,]. Для проведения подготовки к родам и выбора метода родоразрешения было рекомендовано заблаговременно госпитализировать беременных, что и позволяло осуществлять тщательное обследование с применением дополнительных методов исследования и исключить возможность несостоятельности рубца на матке после консервативной миомэктомии.

Имеющиеся данные о определении состояния рубца на матке после миомэкто-

мии немногочисленны и противоречивы. Еще в 1986 году, Репина М.А. описывала несколько случаев разрыва матки по рубцу после удаления опухоли при абдоминальном доступе. По мнению Nkemayim D.C. (2010), сообщения относительно разрыва матки по рубцу после лапароскопической миомэктомии редки, только по причине недостаточно длительного наблюдения за пациентками после операции. Charpat O. (2010) полагал, что несостоятельность рубца после миомэктомии и разрыв матки во время родов чаще наблюдается после лапароскопических операций, так как труднее сшить глубокие слои миометрия. Hockstein S.J. (2010) описывал разрыв матки по рубцу в третьем триместре (29 недель гестации) после лапароскопической миомэктомии, делая вывод о ненадежности рубцов на матке после миомэктомии, выполненной лапароскопическим доступом, отдавая предпочтение традиционному трансабдоминальному.

Существующая противоположная точка зрения на этот счет отражена, как в работах исследователей прошлых лет, так и у наших современников. Сырбу П. и Пепперелл Р.Дж. установили, что рубцы на матке после лапаротомической миомэктомии прочные независимо от истекшего после операции срока. Л.С.Логутова (2012), Г.А.Савицкий (2010) отмечали, что не всегда можно было определить место энуклеации миомы, наиболее часто это отмечалось после лапароскопической консервативной миомэктомии. Исследование беременных с рубцом после лапароскопической миомэктомии, проведенные Rossetti A. (2011), не выявили случаев нарушения целостности стенки матки, даже при удалении множественных и крупных узлов миомы. Оценивая интраоперационно состояние рубца на матке после миомэктомии, выполненной различными доступами, Бродовская Т.С. (2011) считала, что восстановление миометрия в случае консервативной миомэктомии, вне зависимости от оперативного доступа, происходит в основном за счет мышечных волокон, в отличие от рубца на матке после кесарева сечения, где, по данным Погореловой АБ. (2011) и Шалаева (2014), преобладают репаративные процессы за счет соединительнотканых волокон. В наблюдениях И.И. Левашовой (2009) при расположении плаценты в области рубца интраоперационный осмотр позволил установить, что последний был явно состоятельным; гистологическое исследование подтвердило значительное преобладание мышечной ткани над соединительной, хориальной инвазии обнаружено не было. По их данным, полноценный в морфофункциональном отношении рубец, по

существованию один из вариантов нормального строения миометрия, обладает достаточными защитными свойствами, препятствующими инвазии трофобласта и ворсин ветвистого хориона.

В современном акушерстве не разработаны четкие показания для метода родоразрешения у пациенток с миомэктомией в анамнезе. Но ни у кого не вызывает сомнений, что этот вопрос требует индивидуального подхода к каждой беременной, с обязательным учетом характера проведенной операции: объема миомэктомии; со вскрытием полости матки или без вскрытия полости матки проведена операция; особенностей течения послеоперационного периода — т.е. факторы, которые влияли на формирование полноценного рубца [8,13,19, 28,57,62,70]. Кроме этого, в приведенных работах при решении вопроса о родах у пациенток с рубцом на матке после миомэктомии, учитывали: возраст первородящей, готовность родовых путей, размеры плода, характер предлежания, наличие экстрагенитальной патологии.

Оптимальный выбор способа родоразрешения, с учетом вышеизложенного, по мнению большинства исследователей, позволял получить хорошие результаты для матери и плода. Исследования В.Денюшина (2010) показали, что рубцы на матке после трансабдоминальной миомэктомии являлись достаточно полноценными, в его исследовательской работе 6 из 7 наблюдаемых пациенток были родоразрешены через естественные родовые пути с хорошими результатами для матери и плода. В работе Логутовой Л.С. (2014) самопроизвольные роды произошли у 16% беременных. По данным Rossetti A.C (2011), самопроизвольно были родоразрешены — 26,6 % беременных после лапароскопической миомэктомии, которым удалили узлы миомы размером  $5,4 \pm 3,6$  см и количеством от 1 до 9 узлов. Это позволило сделать вывод о надежности рубца на матке после лапароскопического удаления множественных и крупных узлов миомы [39,64].

В настоящее время, учитывая использование новых технологий в оперативной гинекологии, способствующих полноценному восстановлению миометрия; при тщательном отборе больных с учетом анамнеза, нормальных размеров таза, средней массы плода и комплексной оценке состояния рубца на матке допустимо вести роды через естественные родовые пути под строгим акушерским контролем, что позволило снизить процент оперативного родоразрешения.

Однако частота операции кесарево сечение у беременных с миомэктомией в анамнезе остается высокой. Согласно данным литературы, это зависело от многих факторов: величины и количества удаленных узлов, вскрытия полости матки во время миомэктомии, длительного бесплодия в анамнезе, наступления беременности после экстракорпорального оплодотворения, особенностей ее течения и состояния плода на момент родоразрешения [13, 21,54,58,63,]. В случаях, когда удаляли несколько узлов миомы или послеоперационный период протекал с инфекционными осложнениями, Chappat O. (2010) рекомендовал родоразрешение путем кесарева сечения. После лапароскопической миомэктомии в рамках программы экстракорпорального оплодотворения, в работе Л.Т.Хоконовой (2011), кесарево сечение при доношенной беременности произведено всем 16 женщинам с миомэктомией в анамнезе. При анализе основных показаний к кесареву сечению у беременных с рубцом на матке после удаления миомы Шмаков Г.С. и соавт. (2013) обнаружили, что показанием к экстренному родоразрешению в 56,7% являлась несостоятельность рубца на матке, а в 32,4% - преждевременное излитие вод. Еще одной важной проблемой являлись определяемые во время кесарева сечения «рецидивы» миомы матки после проведенной ранее консервативной миомэктомии, частота которых колебалась по данным литературы в широких пределах от 2,1 до 44%. Объяснялось это неоднородностью контингента пациенток, проведением предоперационного гормонального лечения, типами реконструктивно-пластических операций, временем, прошедшим с момента операции [5, 6,8, 11, 17]. Fauconnier A. Et al. (2010) считали, что "рецидив" миомы а течении 5 лет катамнестического наблюдения после лапаротомической миомэктомии составлял 10%. По их мнению, после лапароскопической миомэктомии и при множественной миоме, имелся большой риск "рецидива" миомы [19,21,41,51,69]. Предоперационное применение агонистов - Гн РГ, значительно уменьшая миому, приводило к тому, что не выявленные узлы оставались не выявленными вне зависимости от оперативного доступа, которым производилась миомэктомия. Частота рецидивов, по данным Нерсесова И.И. (2011), Arida.G. (2011), Шмакова Г.С. (2012) через 2-15 лет после операции составляла 6 - 14,2% и была достоверно выше в группе больных с множественными узлами и давностью миомэктомии более 10 лет. Данный факт существенно ограничивал выполнение консервативной миомэктомии у больных с множественными узлами, особенно при значи-

тельных размерах матки. Однако, анализ литературы последних лет показал, что относительно низкая частота рецидива миомы матки среди доброкачественных опухолей является одной из положительных сторон, свидетельствуя о целесообразности миомэктомий, даже повторных, особенно учитывая заинтересованность женщин в сохранении репродуктивной функции [5, 6,8,19,35,37]. Как показывает опыт прошедших лет, не следует забывать о том, насколько тяжело происходит психологическая адаптация женщины и изменяется качество жизни наших пациентов, после проведения радикальных операций, в объеме надвлагалищной ампутации или экстирпации матки [7,13,17,53,55,63]. Поэтому, до настоящего времени ученые продолжают дискутировать о оптимальном объеме операции при проведении кесарева сечения и наличия миомы матки. Можно было ограничиться проведением только кесарева сечения, или удалением матки, или удалением опухоли. Как считают Савицкий Г.А. и соавт. (2010), миомэктомия во время оперативного родоразрешения безусловно противопоказана при любой локализации и размере узлов в случае инфицированных родов. По их данным, противопоказана миомэктомия, если последняя требует вскрытия полости матки в случаях, когда имели место затянувшийся первый период родов и длительный безводный промежуток, даже при отсутствии явных признаков инфицирования матки. Также нежелательным считалось, производить миомэктомию при очень больших узлах (объемом больше 1500-2000 см), особенно если миома множественная.

Уход от консервативной тактики в отношении узлов при кесаревом сечении начался только с появлением современных антибактериальных препаратов и синтетического рассасывающегося шовного материала, применение которых позволяло свести к минимуму процент инфекционных осложнений в послеоперационном периоде и способствовало полноценному восстановлению стенки матки [3,12,16,19]. По данным Савицкого А.Г (2010), у 41% пациенток кесарево сечение при наличии миомы матки, заканчивалось расширением объема оперативного вмешательства - миомэктомией или удалением матки. Разработанные Шмаковым Г.С. и соавт.(2012) показания к миомэктомии во время кесарева сечения позволили им снизить процент радикальных операций с 72% в до 10.5% в 2012г.

В прошлом считалось, что только если миоматозные узлы на ножке или они оказываются в области разреза, их удалять следует [11, 18,42,58]. В последнее десяти-

тилете, были значительно расширены показания для удаления узлов миомы: субсерозные узлы на тонком основании в любом доступном месте матки; крупные субсерозные узлы на широком основании; интерстициальные узлы миомы с тенденцией к центрипетальному росту и размерами более 10 см; количеством не более 5 [2,3, 10,25,44,58,69,70]. В настоящее время сохраняется тенденция к допустимости производства во время кесарева сечения "частичной" миомэктомии, то есть удаления не всех видимых или пальпируемых узлов, а только части из них [5,6,8].

Несмотря на установку и широкое внедрение реконструктивно пластических операций, по мнению Саргоп С. (2010), "рецидив" миомы матки в трети наблюдений становился причиной для экстирпации матки. При наличии множественной миомы больших размеров, расположении узлов миомы в области сосудистых пучков, инфицировании или малигнизации узла было рекомендовано проводить удаление матки во время кесарева сечения [7, 13, 16,28,35,47,54]. Савицкий А.Г (2010) считал, что при наличии множественных мелких узлов миомы не следует производить миомэктомию и по совокупности показаний или противопоказаний лучше либо ограничиться кесаревым сечением, либо произвести радикальную операцию на матке.

Все современные исследователи относят беременных с миомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии к контингенту беременных повышенного риска [3, 16, 30]. Однако о влиянии миомы и рубца после ее удаления на рост и развитие плода в литературе имеются немногочисленные данные. В единичном исследовании Enga et Shiota, которые наблюдали 97 беременных с миомой матки показали 6,2 % частоту локальных пороков развития у обследованных. Romero Т. (2011) в своем исследовании сообщает о случаях врожденной кривошеи и деформации черепа, обусловленных компрессией миомой. Задержка роста плода, согласно данным Muram и Rice, не являлась очевидной. Однако, Rossetti А. (2011) показал, что распределение веса новорожденных имело тенденцию к нижним значениям у пациенток с большими миомами. Шмаков Г.С. (2012) и Кулаков В.И. (2011) считали, что миома матки и рубец на матке после миомэктомии не влияли на частоту развития гипотрофии плода. Гиперкомпенсаторный характер адаптации в системе кровообращения мать - плацента - плод приводил к нормальному развитию плода. Задержка развития плода при миоме матки составляла 18,4% (контр-13%), что также подтверждало значение сочетания многих факторов риска внутриутробной задерж-

ки развитая плода. Причем эффективность адаптационных процессов оставалась переменным процессом и позволяла прогнозировать состояние плода не более чем на 6-7 дней. [6,8,54,62,75]. Показатели физического развития новорожденных и детей первого года жизни у матерей с миомой или с рубцом на матке после миомэктомии не отличались от таких же показателей детей, рожденных от женщин без миомы матки [6,8,36,46,]. По данным катamnестического исследования Шмакова Г.С., частота развития врожденных пороков, как и число детей, находившихся под наблюдением невропатолога, у матерей с миомой и рубцом на матке после миомэктомии не превышала частоты анализируемой патологии у детей, родившихся от здоровых матерей.

## **Глава 2. Клиническая характеристика обследованных беременных и методы исследования.**

Краткая клиническая характеристика обследованных женщин. За период 2013 - 2016 г.г. на стационарном лечении в отделении гинекологии 3 родильного комплекса прооперировано 370 женщины с ММ. Возраст пациенток колебался от 22 до 75 лет (средний возраст - 40,5 лет). Операции проводились по комплексу показаний, среди которых наиболее частыми являлись: большие размеры миомы, обильные менструации с анемизацией, быстрый рост миомы, бесплодие. У 82 (22%) произведена консервативная миомэктомия, из них у 48 (12.9%) наступила беременность. Из них 35 (9.4%) женщин донесли до срока 35-40 недель. У оставшихся женщин наблюдались самопроизвольные аборты 5(1.4%), прерывание беременности 8(2.1%). Для реализации поставленных перед нами задач мы проводили обследование, лечение и контроль за результатами хирургического лечения 35 пациенток. Были составлены группы: I – группа женщины которые в анамнезе перенесшие консервативную миомэктомию лапаротомным доступом, они составили 71.43% (25- рожениц). II - группа женщины в анамнезе перенесшие консервативную миомэктомию лапароскопическим доступом, в этой группе 28.57% (10- рожениц). Исследование выполнено в акушерском отделении 3- родильного комплекса за период 2013-2016 гг. перенесших - консервативную миомэктомию.

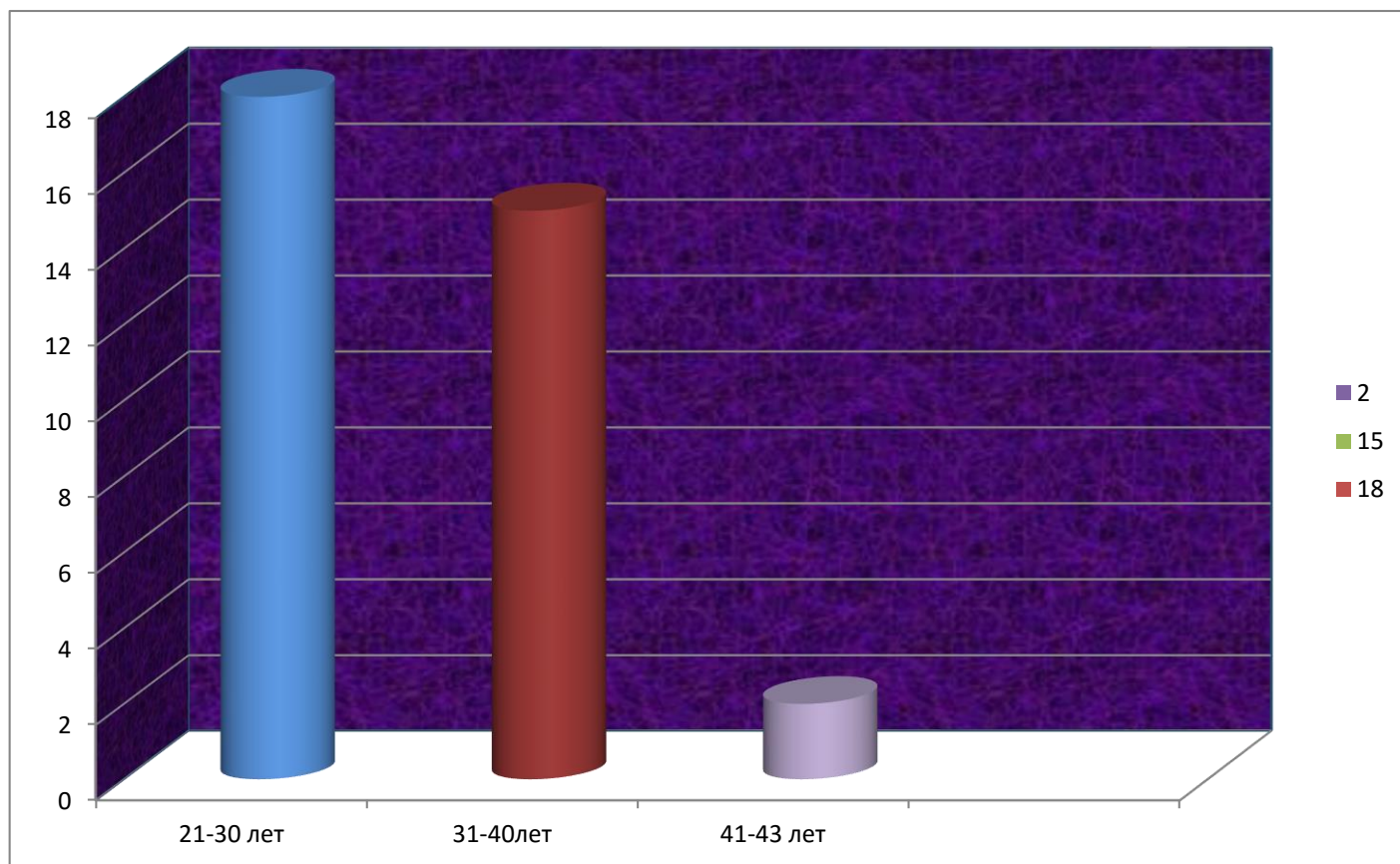
Всем женщинам, перенесших консервативную миомэктомию проведен комплекс общеклинического и специального обследования. В период обследования тщательно собирался анамнез, выяснялись жалобы, изучались и анализировались перенесенные гинекологические заболевания, сопутствующая соматическая патология. Детально изучены акушерский и общий анамнез, течение предыдущих беременностей, течение настоящих родов, стабильность брака, здоровье детей, проведены консультации терапевта и реаниматолога. Проводились вагинальные исследования.

Всем женщинам проводилось ультразвуковое сканирование органов малого таза.

Подробная клиническая характеристика всех беременных изложена в соответствующих главах.

## 2.2 Методы исследования

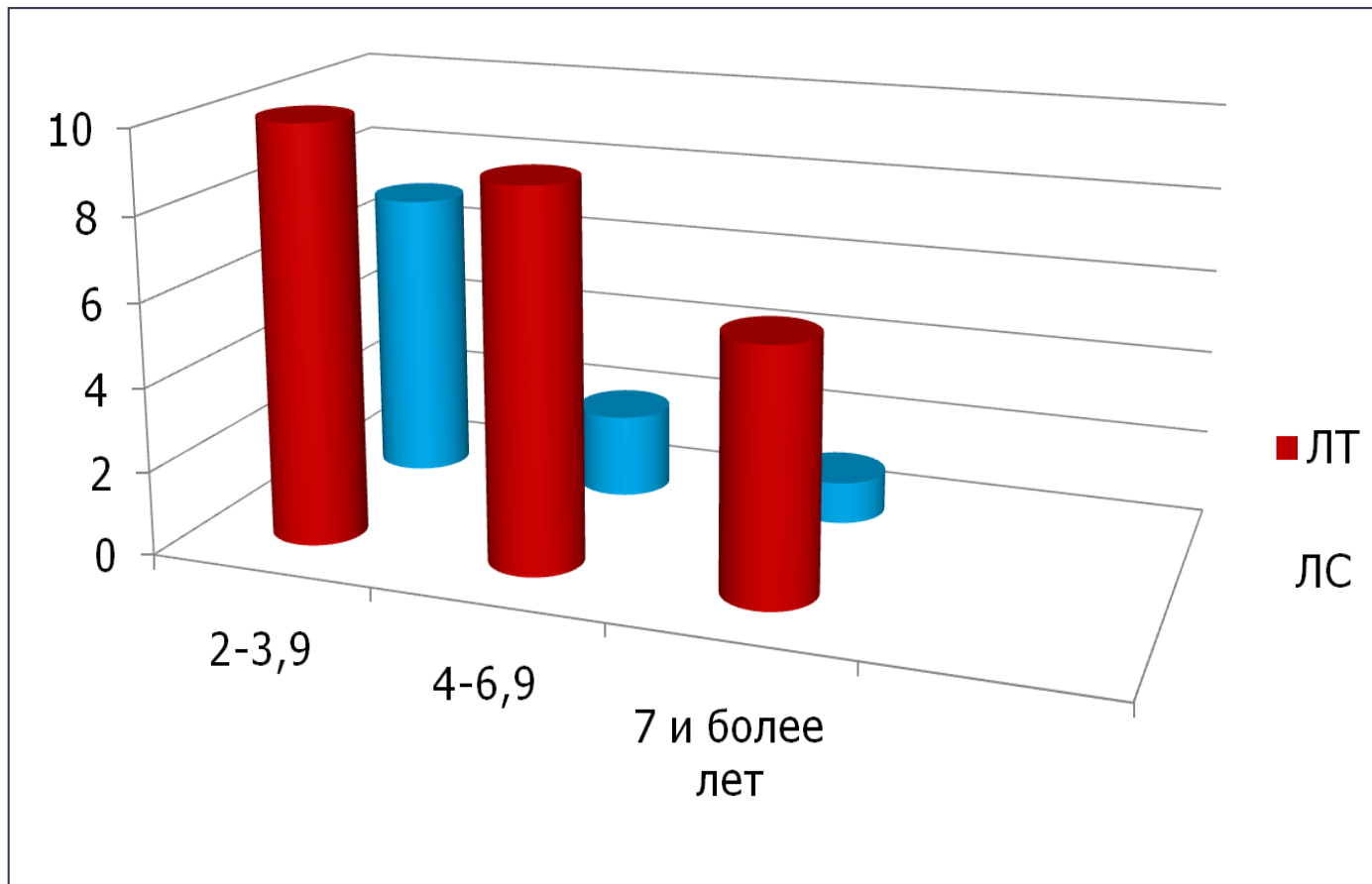
Рис. 1. Возрастная характеристика женщин перенесших КМ.



Из анамнестических данных выявлено, что миомой матки данные больные страдали от 2х до 10 лет. Возраст играет значительную роль в развитии миомы матки. Из литературных данных Сидоровой И.С (2012) свидетельствует о том, что возраст первородящей часто старше 30 лет. По нашим данным от 21-30 лет встречается у 18(51.4%), от 31-40 лет встречается у 15 (42.8%) и от 41-43 у 2(5.7%). По поводу этого заболевания 82,3% больных получали консервативное лечение.

## Длительность существования миомы матки

Рис2.



Таким образом, по данным видно, что средняя давность диагностики миомы матки составила 2-3,9 лет.

Из анамнеза у исследованных женщин в детском возрасте были перенесены инфекционно-аллергические заболевания которые влияли на становления репродуктивной функции и ее развитие. (таблице 1).

Таблица № 1. Перенесенные инфекционно-аллергические заболевания.

| Перенесенные заболевания в детстве | Количество №=35 | %    |
|------------------------------------|-----------------|------|
| Грипп                              | 32              | 91,7 |
| Корь                               | 5               | 14,3 |

|                  |   |      |
|------------------|---|------|
| Краснуха         | 3 | 8,5  |
| Вирусный гепатит | 5 | 14,3 |
| Коклюш           | 1 | 2,9  |
| Эпид паротит     | 3 | 8,5  |
| Ангина           | 7 | 20   |
| Ветряная оспа    | 6 | 17,2 |
| Инфекция ВДП     | 5 | 14,3 |

Следует обратить внимание на высокую частоту перенесенных инфекционно-аллергических заболеваний в анамнезе.

При этом наибольшая роль относится гриппу (91,7%), кори (14,3%), ангине (20 %), ветряной оспе (17,2 %), и вирусному гепатиту (14,3%), т.е. наблюдается преобладание вирусной инфекции, которые могли вызвать гормональные нарушения и нарушению активации рецепторного аппарата эндометрия.

Таким образом, на становление репродуктивной функции влияет высокая частота перенесенных инфекционно аллергических заболеваний в анамнезе, инфекционный индекс 1,9.

Анализ становления менструальной функции у больных представлен в таблице 2.

**Таблица 2. Становление менструальной функции у беременных миомой матки.**

| Параметры менструальной функции                                                                            | Абс. №=35 | %   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|
| Возраст менархе                                                                                            | 14,1± 0,2 |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ранее (до 11 лет)</li> <li>• Своевременное (11-14 лет)</li> </ul> | 2         | 5,7 |

|                                                                        |          |      |
|------------------------------------------------------------------------|----------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Позднее (16 и более)</li> </ul> | 27       | 77,2 |
|                                                                        | 6        | 17,1 |
| Продолжительность цикла (дни)                                          | 27,1±0,2 |      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>21-25</li> </ul>                | 6        | 17,2 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>26-30</li> </ul>                | 26       | 74,3 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>31-35</li> </ul>                | 3        | 8,6  |
| Длительность менструации (дни)                                         | 4,7± 0,2 |      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>3-4</li> </ul>                  | 12       | 34,3 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>5-7</li> </ul>                  | 17       | 48,5 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>более 7 дней</li> </ul>         | 6        | 17,2 |
| Кровопотеря                                                            |          |      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>скудная</li> </ul>              | -        | -    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>умеренная</li> </ul>            | 21       | 60   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>обильные</li> </ul>             | 14       | 40   |
| Установились                                                           |          |      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>сразу</li> </ul>                | 30       | 85,7 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>в течение года</li> </ul>       | 3        | 8,6  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>более двух лет</li> </ul>       | 2        | 5,7  |
| Регулярные                                                             | 29       | 82,9 |
| Нерегулярные                                                           | 6        | 17,2 |
| Болезненные                                                            | 11       | 31,4 |

Средний возраст наступления менархе у женщин с миомой матки составил  $14,1 \pm 0,2$ . Продолжительность менструации в анамнезе в среднем составила  $4,7 \pm 0,2$  дня с колебаниями индивидуальных значений от 3 до 10 дней, продолжительность меж менструального периода  $27,1 \pm 0,2$ . У 60 % больных с миомой матки менструация была умеренной и регулярной 82,9 %.

Следует отметить, что в анамнезе женщин менструальная функция характеризовалась у 17,2% нерегулярностью, у 40 % обильностью и у 31,4 % болезненностью.

Очень часто миома матки сочетается с экстрагенитальными патологиями (таблице 2).

**Таблица 3. Частота экстрагенитальной патологии у больных с миомой матки.**

| Нозология                                                                        | Абс. №=35 | %    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| Анемия                                                                           | 30        | 85,7 |
| • легкой степени                                                                 | 22        | 62,8 |
| • средней степени                                                                | 8         | 22,8 |
| • тяжелой степени                                                                |           |      |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта(гастрит,ЖКБ,хронический холецистит,колит) | 6         | 17,2 |
| Заболевания сердечно-сосудистой системы                                          | 10        | 28,6 |
| Хронический пиелонефрит                                                          | 3         | 8,5  |
| Аллергические заболевания                                                        | 3         | 8,5  |
| Заболевания щитовидной железы                                                    | 7         | 20   |

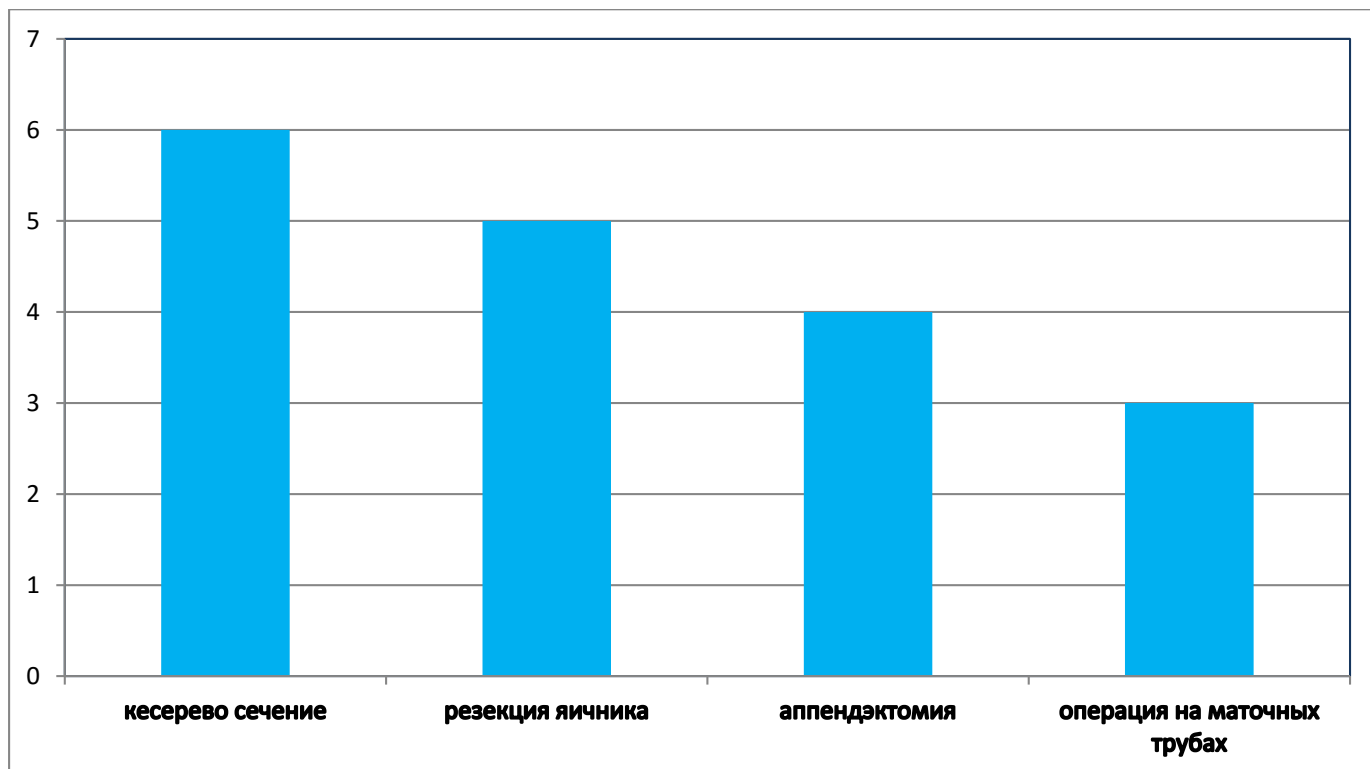
|                                                   |   |      |
|---------------------------------------------------|---|------|
| Хронические заболевания верхних дыхательных путей | 6 | 17,2 |
| Ожирение                                          | 3 | 8,5  |
| Миопия                                            | 2 | 5,7  |
| Перенесенная черепно-мозговая травма              | 2 | 5,7  |

Наиболее частая экстрагенитальная патология у пациенток миомой матки оказалось анемия (85,7 %), при этом 1 степень – у 62,8 %, 2 степень – у 14,3 %, 3 степень – у 8,6% исследуемых (средние показатели гемоглобина составили 78 г/л). Заболевания пищеварительной системы (гастрит, желчекаменная болезнь, хронический холецистит, колит) выявлены у 17,2 % беременных. Отмечена высокая частота патологии щитовидной железы 20 % и патология сердечно-сосудистой системы-28,6 %. Нарушения жирового обмена отмечены у 3 (8,5 %) женщин. У 3 (8,5 %) женщин диагностированы заболевания почек (пиелонефрит) в стадии ремиссии.

В патогенезе развития миомы матки, как известно, определенная роль отводится оперативным вмешательствам на органах малого таза, в результате которых, очевидно, меняется рецепция матки.

Нами проанализированы перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости у обследованных беременных. Данные об оперативных вмешательствах приведены в рисунке 3.

**Рис. 3. Перечень перенесенных оперативных вмешательств у больных миомой матки.**



Как видно из приведенного рисунка 3, почти каждая вторая женщина с миомой матки в анамнезе перенесла операцию, причем среди них наибольшее оперативное вмешательства на органах малого таза.

Кесарево сечение в анамнезе при доношенной беременности было у 6 (17,2 %), аппендэктомия у 4 (11,4 %) женщин, резекция яичника произведена у 5-х (14,3 %) обследованных и 3 (8,6%) женщин произведена операция на маточных трубах по поводу трубной беременности.

Известно, что опухоли матки сочетаются с рядом генитальных заболеваний и сопутствующими патологическими состояниями, которые усложняют течение данного заболевания. Анамнестические данные генитальных патологий приведены в таблице 4.

Таблица 4. Перечень генитальных патологий.

| Перечень заболеваний | Абс. №=35 | %    |
|----------------------|-----------|------|
| Хронический аднексит | 8         | 22,9 |
| Дисфункция яичников  | 5         | 14,3 |
| Эрозия шейки матки   | 6         | 17,2 |
| Пельвиоперитонит     | 3         | 8,5  |
| Кольпит              | 20        | 57,2 |
| Цервицит             | 7         | 20   |
| Носитель ИППП        | 6         | 17,2 |

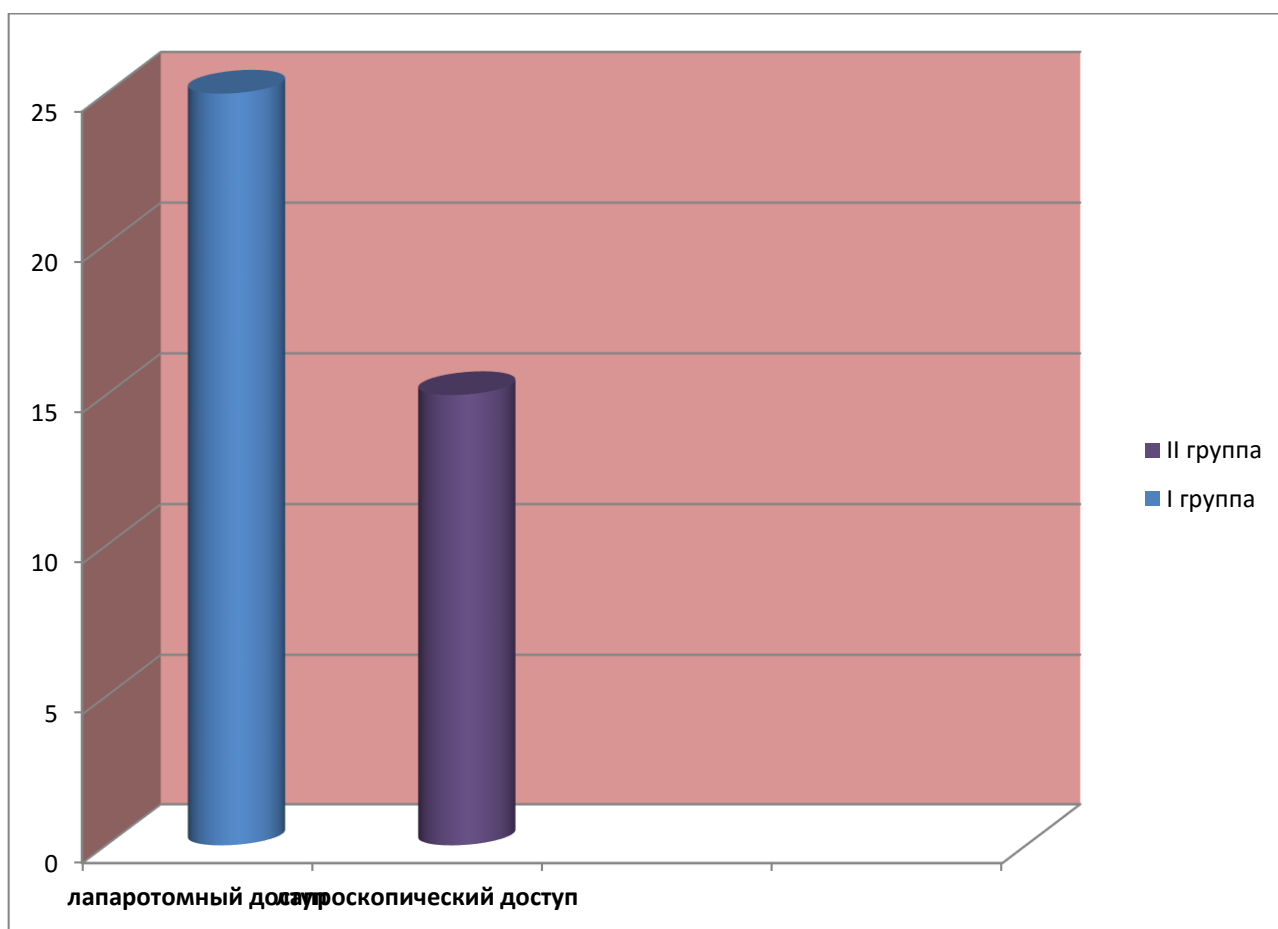
Из данной таблицы видно, что почти у каждой исследуемой женщины в анамнезе отмечено воспалительные заболевание гениталий. У 8 (22,9%) больных в анамнезе отмечено воспалительные заболевания матки и придатков, а также кольпит различной этиологии перенесли - 20 (57,2 %) женщин. У 6 (17,2%) обследуемых женщин была диагностирована фоновая патология шейки матки, которая у 2х произведено в анамнезе диатермокоагуляцией. Среди обследуемых 2 (8,3%) женщин в анамнезе перенесли пельвиоперитонит. А также каждая шестая (17,2%) женщина является носителем ИППП. Таким образом, клиническая характеристика исследуемых женщин показала наличие достаточно отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза.

### Глава 3. Течение и ведение беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии.

#### Результаты собственных исследований

С каждым годом увеличивается количество беременных с рубцом на матке после миомэктомии, а тактика ведения беременности и родов у этих пациенток не отработана до настоящего времени. Для решения этих вопросов, нами изучено течение родов у 35 женщин с консервативной миомэктомией в анамнезе.

Рис.4



Из данного рисунка мы видим, что в зависимости от вида оперативного вмешательства при котором производилась миомэктомия, пациентки были разделены на две группы: I – группа, включала 25 беременных, операция у которых была выполнена лапаротомным доступом. Во II группу вошло 10 беременных, операция у которых произведена лапароскопическим путем.

Важность проблемы ведения беременных после консервативной миомэктомии, как в I, так и во II группе, связана не только с наличием рубца на матке, но и с существованием дополнительногоотягощающего фактора — высокой частотой экстрагенитальной патологии. В общей сложности, сочетанную экстрагенитальную патологию имели около 60% беременных, в обеих группах: патология сердечно-сосудистой системы наблюдалась у 11,4% пациенток; эндокринные заболевания (31,4%) и миопия различной степени (14,2%) диагностировались у каждой третьей обследованной (**таблица 5**).

**Экстрагенитальные заболевания у беременных с рубцом на матке после консервативной миомэктомии (таблица 5).**

| Перенесенные заболевания                                                                                          | Абсолютное количество | Частота в группе, % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Заболевания системы органов дыхания (хр. бронхит, пневмония, бронх.астма)                                         | 8                     | 22,9                |
| Заболевания сердечно-сосудистой системы (НЦД, гипертоническая болезнь)                                            | 4                     | 11,4                |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта (хр.гастрит, язв. болезнь желудка и 12- п.кишки, хр.панкреатит, хр. колит) | 7                     | 20                  |
| Заболевания мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит, почечнокаменная болезнь)                                    | 9                     | 25,7                |
| Заболевания эндокринных органов и нарушение обмена веществ (аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз и др.)             | 11                    | 31,4                |
| Миопия различной степени (слабой, средней и высокой степени, с изменениями на глазном дне)                        | 5                     | 14,2                |

Результаты проведенного исследования показали, что ведущим осложнением течения беременности у пациенток с рубцом на матке после КМЭ является угроза прерывания беременности. Почти у всех после миомэктомии, в 1 триместре имели место клинические признаки угрозы выкидыша (тянущие и схваткообразные боли внизу живота и в пояснице).

Во 2 триместре угроза прерывания беременности имела место у 8 (22,8%) и 4 (11,4%), соответственно в 1 и во 2 группах.

Учитывая специфику причин, на фоне которых возникала угроза прерывания беременности, мы проводили комплексную медикаментозную терапию, которая была направлена не только на лечение, но и на профилактику развития осложненного течения беременности у пациенток с рубцом на матке после миомэктомии. Проводимое патогенетическое лечение было направлено на нормализацию гормонального статуса беременной и тонуса миометрия (спазмолитики, токолитики), а также улучшение маточно-плацентарного кровотока (деагреганты, антиоксиданты, мембран-стабилизаторы). Интенсивная инфузионная терапия продолжалась, пока сохранялась выраженная клиническая картина угрозы прерывания беременности, после купирования симптомов все беременные получали поддерживающую терапию, длительность которой зависела от эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Несмотря на проводимую симптоматическую комплексную терапию, преждевременные роды произошли у 2 (5,7%) беременных из группы после лапаротомической миомэктомии и у 1 (2,8%) — после лапароскопической энуклеации миомы.

Особенности анамнеза беременных с рубцом на матке после КМЭ и осложненное течение беременности, несомненно, относило этих пациенток к группе высокого риска. Этот факт определял длительность пребывания в условиях стационара, которая составляла от 14 до 120 дней, в среднем —  $32,8 \pm 21$  день.

У этого контингента беременных особое значение имеет определение состоятельности или несостоятельности рубца на матке после консервативной миомэктомии. В повседневной клинической практике спектр дополнительных диагностических мероприятий при контроле за рубцом на матке после миомэктомии ограничивается ультразвуковым исследованием. Учитывая особенности клинического течения такого грозного осложнения беременности, как несостоятельность рубца на матке (наличие "стертых" форм), становится очевидной важность использования этого ме-

тода функциональной диагностики.

Результаты проведенных нами исследований, для определения состояния послеоперационного рубца, характеризуют ультразвуковое сканирование как низкоинформативный метод диагностики несостоятельности рубца на матке после КМЭ. Согласно нашим данным, у большинства беременных по данным ультразвукового сканирования каких-либо изменений миометрия выявлено не было.

Патогномоничные ультразвуковые критерии несостоятельности рубца после миомэктомии наблюдались только у одной беременной в III триместре: истончение миометрия до 3,2 мм по передней стенке матки; наличие гиперэхогенных включений в области предполагаемого рубца; выявление симптома "ниши" в рубцовой ткани.

У этой беременной в анамнезе произведена лапаротомическая миомэктомия со вскрытием полости матки, были удалены 3 интерстициальных миоматозных узлов, до 5 см в диаметре. В 36 недель гестации, с началом родовой деятельности развилась клиника несостоятельности рубца на матке, и ей было произведено экстренное кесарево сечение. Интраоперационно было обнаружено истончение рубцовой ткани на передней стенке матки до 2 мм, на протяжении 4 см.

Согласно нашей точке зрения и с учетом литературных данных, не информативность данных эхографии при определении состояния рубца на матке после КМЭ может быть обусловлена вполне объективными причинами:

- частым расположением (около 30%) рубца на матке по задней стенке, что исключает возможность эхографической оценки его состояния;
- невозможностью достоверно определить локализацию предполагаемого рубца на матке;
- регенерацией миометрия, которая после консервативной миомэктомии происходит за счет мышечных волокон, в отличие от рубца на матке после кесарева сечения, когда образуется соединительно-тканый рубец (Бродовская Т.С., 2014);
- выявлением несостоятельности рубца после консервативной миомэктомии только с началом родовой деятельности, что обусловлено функциональной неполноценностью миометрия в области ранее проведенного оперативного вмешательства (Wittich A.C., 2010).

Решая вопрос о состоятельности или не состоятельности рубца на матке после КМЭ, часто приходится основываться только на данных анамнеза, жалоб о характере проведенной операции или дополнительных признаках.

Использование ультразвукового сканирования для определения особенностей фетоплацентарной системы, свидетельствовавших о нарушении структуры плаценты, выявлены в третьем триместре в виде гиперэхогенных включений ("преждевременное старение" плаценты) у 2 (5,7%) обследованной.

Таким образом, в нашем исследовании у пациенток с КМЭ в анамнезе, основным осложнением течения беременности являлась угроза прерывания. На протяжении беременности у этого контингента беременных, нами решались такие проблемы, как профилактика преждевременных родов и определение симптомов состоятельности и не состоятельности послеоперационного рубца на матке.

На основании результатов собственных исследований нами разработан дифференцированный подход к вопросу о методе родоразрешения у пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии. Необходимо отметить, что на выбор метода родоразрешения оказывали влияние таких факторов, как:

- возраст;
- паритет;
- отягощенный гинекологический анамнез (бесплодие, невынашивание беременности);
- методика реконструктивно-пластической операции — лапаротомическая или лапароскопическая миомэктомия;
- характер проведенной миомэктомии (объем операции, расположение и количество удаленных узлов миомы, вскрытие полости матки, течение послеоперационного периода);
- особенности течения данной беременности (длительность угрозы прерывания).

Осложненное течение родов при наличии рубца на матке после миомэктомии, часто определяется возрастом первородящих старше 30 лет и экстрагенитальной патологией.

### 3.1 Родоразрешение через естественные родовые пути.

При решении вопроса о методе родоразрешения, первоначально роды решено было вести через естественные родовые пути у каждой четвертой (9— 25,7%) беременной: у 6 (17,1%) беременных в I группе и у 2 (5,7%) во II. Характерным для этих беременных являлось:

- удаление единичных субсерозных миоматозных узлов, до 50мм в диаметре без вскрытия полости матки - у 3 (6,1%) из I группы и у 5 (11,9%) из II;
- повторные роды - у 4 (8,2%) из I и 5 (11,9%) из II группы;
- у всех данная беременность наступила самопроизвольно;
- возраст первородящих до 30 лет;
- отсутствие длительного бесплодия в анамнезе (более 5 лет);
- предполагаемая масса плодов до 3500гр.

Возможность самопроизвольных родов у беременных с рубцом на матке после миомэктомии, также была обусловлена готовностью родовых путей к моменту родоразрешения ("зрелая" шейки матки, по шкале Бишопа).

Для проведения подготовки к родам, с учетом наличия рубца на матке, выбора метода родоразрешения беременные заблаговременно госпитализировались в стационар в 37-39 недель беременности, что позволяло осуществить тщательное обследование с применением дополнительных методов исследования и исключить вероятность несостоятельности рубца на матке.

У всех беременных запланированных на самопроизвольные роды родоразрешение произошло в 37 - 40 недель гестации: у 1 беременных из I группы и у 3- из II.

Из 4 рожениц, у 2 , в связи с отклонением от нормального течения беременности и родов было произведено кесарево сечение в экстренном порядке. Показанием к кесареву сечению было: преждевременное излитие вод при неподготовленных родовых путях - у 1, клиническая картина несостоятельности рубца после миомэктомии у 1 беременной. У этой беременной после лапароскопического удаления интерстициально – субсерозного миоматозного узла диаметром 50мм, расположенного по передней стенке ближе к правому ребру матки, с началом регулярной родовой деятельности появились резкие боли на высоте схватки в правом подреберье. Учитывая появление локальной болезненности в области предполагаемого рубца на матке после КМЭ, бере-

менная была родоразрешена оперативно в экстренном порядке.

Литературные данные свидетельствуют о том, что удаление узлов не устраняет нарушения, на фоне которых происходит развитие миомы матки [13, 30,]. Поэтому можно ожидать развития тех же осложнений родовой деятельности, что и при наличии миомы матки (инертность или гипертонус миометрия).

У 2(5,7%) рожениц с миомэктомией в анамнезе, роды были быстрыми. При этом у каждой роды были повторными, и у них отмечено преждевременное или раннее излитие околоплодных вод.

Роды протекали без выраженной аномалии родовой деятельности у 2 рожениц. У этих пациенток диаметр узлов миомы удаленных вне беременности был небольших размеров (до 50мм), расположены узлы были преимущественно по передней стенке, 1-субсерозно, роженицы были повторнородящие. В конечном итоге, самопроизвольно были родоразрешены 2 рожениц с рубцом на матке после миомэктомии.

Сразу же после рождения ребенка всем роженицам проводили медикаментозную профилактику кровотечения - метилэргометрином. Кровопотеря в среднем, в группе после самопроизвольных родов составила  $256,09 \pm 36,80$  мл.

Учитывая наличие рубца на матке после консервативной миомэктомии в послеродовом периоде всем пациенткам проводили ручное обследование стенок матки. В одном наблюдении установлено частичное плотное прикрепление плаценты, по поводу чего была проведена операция ручного отделения плаценты и выделения последа. При ручном обследовании стенок матки деформации не выявлено.

В послеродовом периоде всем на 3-4 сутки, проводилось ультразвуковое исследование матки, определяли: размер матки, характер и количество внутриматочных включений. Размеры матки составляли: длина тела матки -  $110,21 \pm 5,2$  мм, передне-задний размер —  $82,30 \pm 11,04$  мм.

Операции лапароскопическим методом, дало возможность у 2 пациенток родить через естественные родовые пути. Новорожденных было два, все дети родились в удовлетворительном состоянии. Оценки по шкале Апгар у обеих была равной 8-9 баллов.

Таким образом, наши исследования показали, что для решения вопроса о самопроизвольном родоразрешении у беременных с рубцом на матке после консервативной миомэктомии необходимо учитывать не только паритет (повторные роды), объем проведенной ранее операции (энуклеация не больших субсерозно расположенных уз-

лов опухоли), но и отсутствие данных анамнеза о длительном бесплодии и наступлении настоящей беременности после репродуктивно-восстановительных методик. Основным осложнением родов у пациенток после КМЭ является преждевременное излитие околоплодных вод, на фоне чего впоследствии происходило развитие аномалий родовой деятельности.

## **4.2 Родоразрешение оперативным путем.**

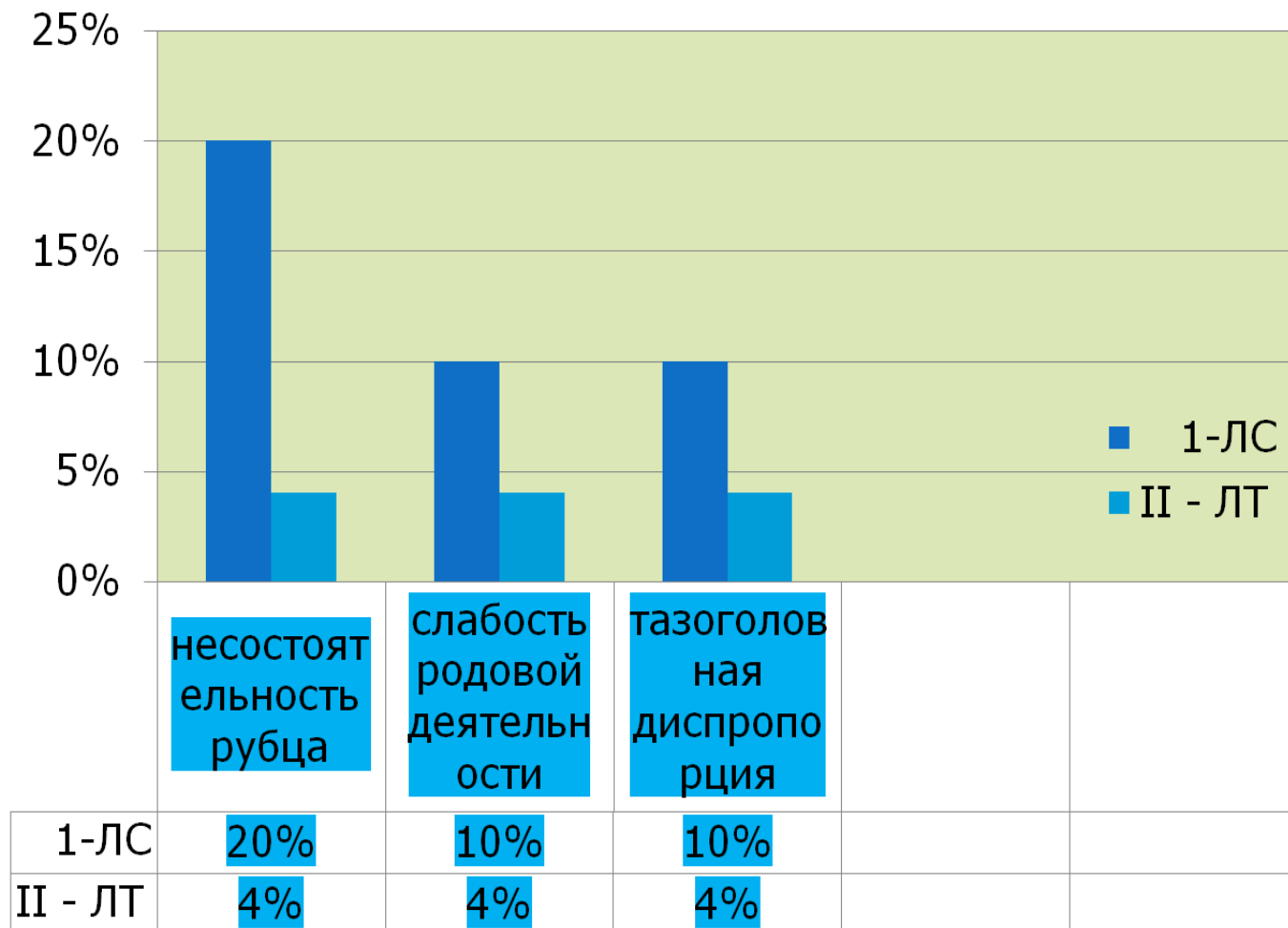
Учитывая особенности течения беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии и частое сочетание с другой патологиейотягощающей акушерский фон (возраст, длительное бесплодие, экстрагенитальные заболевания), до настоящего времени остается высоким процент оперативного родоразрешения [22,24, 28].

В ходе наших исследований была выделена группа высокого риска – 33 (94.2% беременных с рубцом на матке после миомэктомии которым решено было произвести кесарево сечение в плановом порядке. Показания для планового оперативного родоразрешения были следующими:

- у 3 (8,5%)- из I группы удаление крупных и множественных узлов;
- у 7 (28%) и 2 (50%) пациенток соответственно в I и II , у которых КМЭ произведена со вскрытием полости матки, в виду интерстициально-субмукозного расположения узлов миомы;
- у 7(28%) и 1 (10%) с учетом длительного бесплодия (от 5 до 10лет), возраста первородящих от 30 до 42лет;
- у 12 (34,2%) из 33 по сочетанным показаниям (у 2- преэклампсия, у 6 — крупный плод, у 1 - тазовое предлежание плода, у 1 - предлежание плаценты, у 2- рубец на матке после проведенного ранее кесарева сечения у 1- двойня).

В ходе подготовки к плановому родоразрешению 11 беременных (9 из 25 в I- группе и 2 из 10 во II- группы) в силу причин рассмотренных в таблице были родоразрешены оперативно в экстренном порядке.

Рис.4



Наиболее частыми показаниями для экстренного родоразрешения у пациенток с рубцом на матке после миомэктомии, было слабость родовой деятельности 1(10%) из I группы и 1(4%) II группы, несостоятельность рубца 2(20%) из I группы и 1 (4%) из II группы, а также тазоголовная диспропорция 1(10%) из I группы и 1 (4%) из II группы, беременных запланированных на кесарево сечение.

В ходе наших исследований, у 4 (5,1%) беременных после удаления крупных интерстициально-субсерозных миоматозных узлов (70-130мм), расположенных у 2 — по задней стенке, в 38-39 недель гестации появились жалобы на локальные болезненные ощущения в области предполагаемого рубца на матке после КМЭ. Им решено было провести кесарево сечение ранее запланированного срока. У двоих беременных после лапароскопической миомэктомии с началом родовой деятельности развилась несостоятельность рубца на матке, ей также было произведено кесарево сечение в экстренном порядке.

При интраоперационном осмотре матки у всех беременных выраженность изменения миометрия в месте энуклеации узлов была следующей: Визуальные изменения не определялись вообще у 10 (28,5%) из 33. Ранее им производилось удаление преимущественно субсерозно расположенных узлов небольших размеров. Отсутствие каких-либо изменений отмечалось почти в 3 раза чаще у пациенток после лапароскопической операции.

У каждой четвертой беременной во II группе в месте миомэктомии определялась деформация и истончение миометрия (по типу "звездчатого" рубца).

Во время кесарева сечения "рецидив" миомы матки выявлен у 9 (36%) из пациенток после миомэктомии лапаротомическим путем и у 6 (24%) и у 1 (10%) — после лапароскопической миомэктомии. Учитывая молодой возраст женщин, наличие интерстициально-субсерозных миоматозных узлов от 40 до 90мм в диаметре была проведена повторная консервативная миомэктомия во время кесарева сечения.

У 2 (8%) с множественной миомой матки больших размеров, реконструктивно-пластическая операция была нецелесообразна. У них объем операции был расширен до надвлагалищной ампутации матки без придатков.

Средняя кровопотеря при оперативном родоразрешении составила  $480 \pm 238$  мл. средняя кровопотеря при кесаревом сечении и миомэктомии была незначительно выше —  $500,42 \pm 159$  мл.

В послеродовом периоде всем проводилось ультразвуковое исследование для контроля за восстановлением миометрия после кесарева сечения и миомэктомии. Эхографическое исследование проводили на 5 - 6 сутки после оперативного родоразрешения: длина тела матки была  $108,04 \pm 12,3$  мм, передне-задний размер —  $87,01 \pm 6,5$  мм.

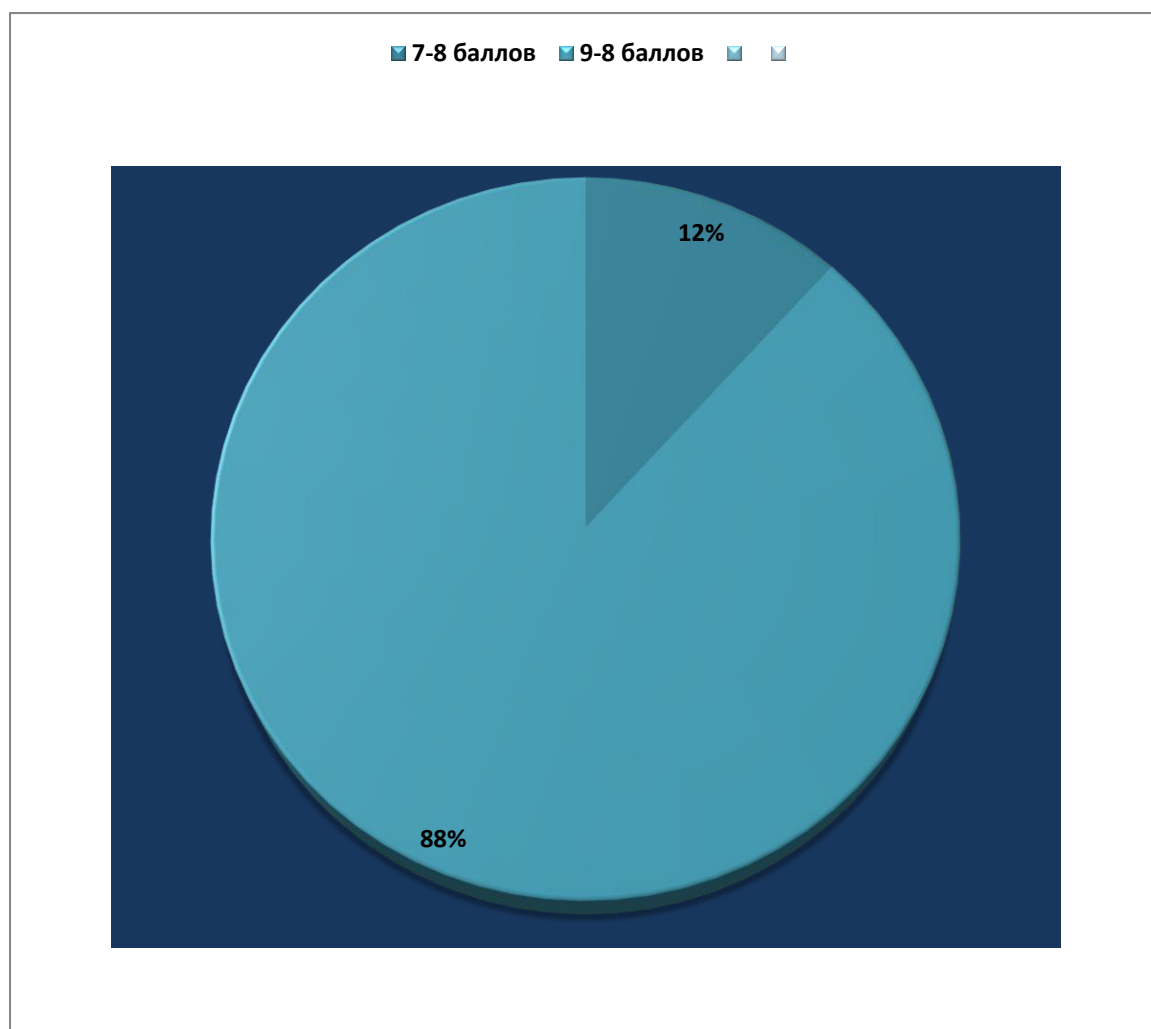
Особенностью течения позднего послеродового периода, была температурная реакция, отмеченная у 4 родильниц 3(12%) из первой группы, и у 1 (10%) из второй группы — после кесарева сечения и миомэктомии. Антибактериальную терапию проводили у 4 (16%) . У 1 (10%) из II группы родильниц с диагнозом гематометра, было произведено гистероскопическое исследование и вставили сайтотек per rectum. На 6 —е сутки были сняты швы у 33 родильниц , заживление per grima. На 7-е сутки были отпущены домой в удовлетворительном состоянии.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что у беременных с рубцом

на матке после консервативной миомэктомии высокий процент оперативного родоразрешения (94,2%), вне зависимости от доступа для проведения КМЭ, обусловлен не только наличием рубца на матке, но и совокупность таких факторов, как возраст первородящих, отягощенный анамнез и осложненное течение беременности. Вопрос о состоятельности рубца на матке после КМЭ следует решать, основываясь преимущественно на данных анамнеза об объеме оперативного вмешательства и жалоб.

У женщин после операции кесарева сечения родились 34 новорожденных все дети родились в удовлетворительном состоянии. Оценки по шкале Апгар у 29 детей была равной 8-9 баллам ; а у 4 новорожденных равнялась 7-8 баллам.

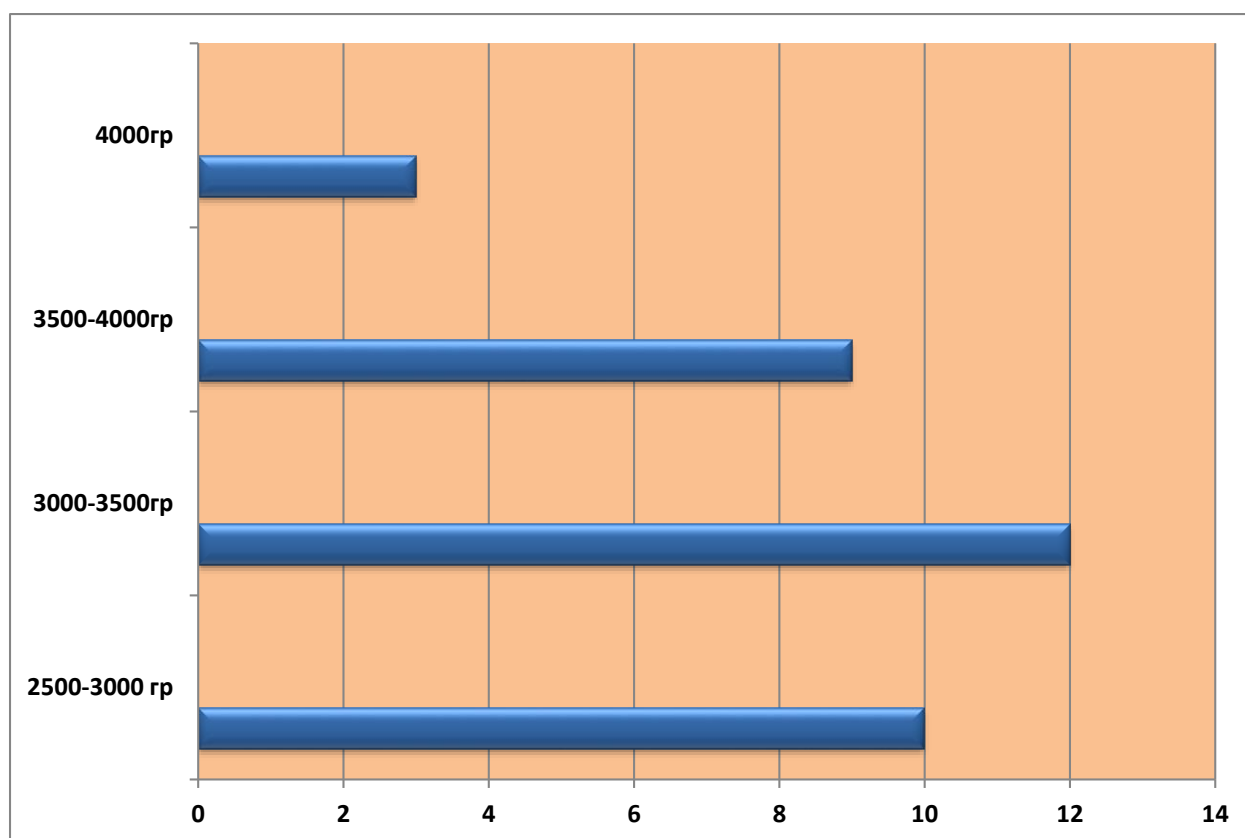
Рис 5



Большинство новорожденных (33) родились в срок 38-41 недель, и только 1(2,8%)

35 - 36 недель гестации. Масса новорожденных колебалась от 2700 до 4300 гр. Детей с массой от 2500 до 3000гр. было 10(28,5%); от 3000 до 3500гр. — 12(33,3%); от 3500 до 4000 - 9 (25,7%); более 4000гр. - 3(8.5%).

**Рис 6. Масса новорожденных**



Анализируя результаты нашего исследования, можно заключить, что у пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии ведение беременности и родов заслуживает особого внимания, с учетом отягощенного экстрагенитального фона (у 60%), при наличии длительного бесплодия в анамнезе, возраст первородящих старше 30 лет.

В связи с неинформативностью данных ультразвукового исследования, является крайне сложным контроль за состоянием рубца на матке и определение признаков его несостоятельности. В связи с этим, при решении вопроса о способе родоразрешения мы обратили внимание, что основными показаниями к операции кесарево сечение было сочетание отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (длительное бесплодие, самопроизвольные аборты, первородящие старше 30 лет) и данные анамнеза о характере проведенной консервативной миомэктомии.

## Обсуждение

В последнее десятилетие повысилась актуальность проблемы ведения беременности и родов у пациенток с миомой матки (ММ), что связано, во-первых, с увеличением количества беременных с данной патологией, во-вторых, с расширением показаний для проведения органосохраняющих операций и более частого наблюдения пациенток после консервативной миомэктомии (КМЭ) [7,18,24,25].

Однако до настоящего времени, у пациенток с миомой матки и после миомэктомии окончательно не определены рекомендации по ведению беременности и не отработаны оптимальные методы родоразрешения. Спорным является вопрос о целесообразности миомэктомии до беременности или ведения ее с миомой матки [11,23,30]. Кроме того, для акушеров серьезным осложняющим моментом является сочетание миомы матки или рубца на матке после миомэктомии с другими факторами риска развития акушерской патологии.

В связи с этим, целью данного исследования явилась оптимизация ведения беременности и родов у пациенток с миомой матки и с рубцом на матке после ее удаления.

Нам представляется целесообразным изучить следующие стороны проблемы сочетания беременности и миомы матки:

1. особенности клинического течения беременности у пациенток с миомой матки больших размеров и рубцом на матке после миомэктомии;
2. возможности дополнительных методов исследования состояния миоматозных узлов и рубца на матке после консервативной миомэктомии;
3. основные принципы современного подхода к решению вопроса о самопроизвольном и оперативном родоразрешении;

Нами проводилось амбулаторное и стационарное наблюдение за 35 пациентками. С рубцом на матке после ранее проведенной консервативной миомэктомии была выделена 35 беременных: 25(71,4%) после энуклеации миомы лапаротомическим путем и 10 (28,5) - лапароскопическим.

При изучении течения беременности и родов у всех обследованных пациенток отмечены близкие по значимости показатели, такие как: возраст, экстрагенитальная и гинекологическая патология. По данным большинства исследователей, возраст у бере-

менных старше 30 лет, особенно у первобеременных, уже является фактором риска в отношении развития акушерской патологии на разных сроках гестации [15, 16, 20, 26,29].

В исследованиях, посвященных течению беременности, дальнейший прогноз определялся не только наличием рубца на матке после миомэктомии, но и сочетанием с экстрагенитальной патологией. В процессе нашего исследования сопутствующая экстрагенитальная патология выявлена у каждой третьей беременной после КМЭ. У всех наблюдаемых в большей мере диагностировалась патология сердечнососудистой системы.

Важность проблемы ведения беременных с рубцом на матке после миомэктомии связана с существованием дополнительных отягощающих моментов. По мнению Вихляевой Е.М.(2010), De Leo V et Morgante G. (2013), Broekmans FJ (2012), Kamioski B. (2013), к ним относятся сохраняющиеся гормональные нарушения и длительное бесплодие в анамнезе, что в еще большей мере усугубляет проблему восстановления генеративной функции и последующего течения беременности.

По данным Каппушевой Л.М. (2011), Бордовской Т.С. (2014), Дмитриченко Л.М. (2011), после оперативного лечения, восстановление репродуктивной функции происходило у 24% - 60% женщин. Результаты нашего исследования позволяют согласиться с мнением большинства авторов [4,11,14,24,] что оптимальным сроком наступления беременности является первый год после консервативной миомэктомии (у 62 - 68,1%), проведенной любым доступом. Таким образом, в обеих группах беременные отличались наличием общих отягощающих факторов, таких как: возраст, экстрагенитальная патология и длительное бесплодие в анамнезе. Указанное во многом оказало влияние на последующее течение беременности и решение вопроса о методе родоразрешения.

В процессе исследования было установлено, что пациентки с рубцом на матке после миомэктомии имели идентичный характер осложнений течения беременности: анемия и преэклампсия, угроза прерывания беременности.

Беременность протекала на фоне анемии у каждой четвертой беременной после КМЭ.

При анализе течения беременности у пациенток с рубцом на матке после лапаротомической миомэктомии угроза прерывания диагностировалась почти у всех (у 8 из 25) в первом триместре беременности и у каждой третьей (у 15 из 33) на протяжении всей

беременности. В группе после лапароскопического удаления миомы частота угрозы прерывания в 1 триместре была существенно ниже - у 11 (33,3%), а на протяжении всего срока гестации только у 9.

У беременных после КМЭ основной проблемой в течение всего срока гестации являлся контроль за состоянием рубца на матке после энуклеации опухоли. Учитывая высоко информативность ультразвукового сканирования при определении состояния рубца на матке после кесарева сечения, можно было бы ожидать вполне объективной оценки области предполагаемого рубца после КМЭ. Мы проводили сопоставление результатов ультразвукового сканирования и визуального осмотра места энуклеации у 33 родоразрешенных впоследствии путем кесарева сечения.

К сожалению, специальной литературы по ультразвуковому контролю за состоянием рубца на матке после консервативной миомэктомии нами найдено не было. Согласно нашей точке зрения и с учетом литературных данных, неинформативность данных эхографии при определении состояния рубца на матке после КМЭ может быть обусловлена вполне объективными причинами:

- частым расположением (у 40%) рубца на матке по задней, стенке, что исключает возможность эхографической оценки его состояния;
- невозможностью достоверно определить локализацию предполагаемого рубца на матке, при ее увеличении во время беременности;
- регенерацией миометрия, которая после консервативной миомэктомии происходит за счет мышечных волокон, в отличие от рубца на матке после кесарева сечения, когда образуется соединительнотканый рубец (Бродовская Т.С., 2014);
- выявлением несостоятельности рубца после консервативной миомэктомии только с началом родовой деятельности, что обусловлено функциональной неполноценностью миометрия в области ранее проведенного оперативного вмешательства (Wittich A.C., 2010).

Решая вопрос о состоятельности или не состоятельности рубца на матке после КМЭ, часто приходится основываться только на данных анамнеза о характере проведенной операции или дополнительных признаках.

Наш опыт свидетельствует о том, что косвенным признаком состоятельности рубца на матке после миомэктомии и благоприятном восстановлении стенки матки в месте энуклеации может являться плацентация в области ранее проводимого оперативного

вмешательства. При сопоставлении расположения предполагаемых рубцов на матке после миомэктомии и плаценты мы обратили внимание на тенденцию у пациенток после лапаротомической миомэктомии к плацентации на стенке матки противоположной той, где была проведена миомэктомия. Можно предположить, что в группе после лапаротомической миомэктомии расположите плаценты на стенке матки противоположной месту энуклеации узла связано со значительными соединительнотканными изменениями в месте энуклеации миомы, и как следствие, нарушением условий имплантации. В группе после лапароскопической миомэктомии зависимости плацентации от места энуклеации не отмечено. Вероятно, это связано с более щадящей оперативной методикой и применением при этом ареактивного шовного материала, что способствовало благоприятным репаративным процессам в стенке матки.

Таким образом, на протяжении беременности у обследованных женщин нами решались различные проблемы: у пациенток после миомэктомии - профилактика преждевременных родов и определение симптомов состоятельности или не состоятельности послеоперационного рубца на матке.

Следующим этапом в нашей работе было определение способа родоразрешения беременных с рубцом на матке после миомэктомии. Наши исследования показали, что решение этого вопроса часто определяется, не только специфическими, критериями, такими как: размеры, расположение, количество и структура миоматозных узлов. Кроме того, оказывает влияние сопутствующие факторы: возраст первородящих старше 30 лет, паритет, сопутствующая экстрагенитальная патология, длительное бесплодие, высокий процент осложненного течения беременности и характеристикой миоматозных узлов. Поэтому родоразрешение через естественные родовые пути у этого контингента беременных имеет существенные ограничения.

В ходе исследования, мы пришли к выводу, что через естественные родовые пути целесообразно родоразрешать следующих пациенток с рубцом на матке после КМЭ:

- после удаления единичных субсерозных узлов миомы до 50 мм в диаметре;
- первородящих до 30 лет
- повторнородящих беременных;
- при отсутствии других отягощающих обстоятельств (бесплодие, ЭКО, экстрагенитальная патология и т.д.).

В наших исследованиях процент беременных после миомэктомии в анамнезе, ко-

торым было произведено кесарево сечение, составил 94,2% .

Процент кесарева сечения у беременных перенесших миомэктомию в анамнезе остается высоким. Это объясняется частотой отягощенного акушерского анамнеза, особенно длительным бесплодием , возрастом первородящих старше 30 лет и характером миомэктомии (оперативный доступ).

По нашему мнению, показанием к кесареву сечению у пациенток с рубцом после удаления опухоли, является:

- удаление, в анамнезе, крупных узлов миомы со значительным интерстициальным компонентом или со вскрытием полости матки;
- расположение рубцов на матке после миомэктомии на задней стенке;
- локальное истончение рубца на матке, выявленное при эхографическом исследовании;
- сочетанная патология: особенности течения беременности, длительное бесплодие в анамнезе.

Проведенное оперативное родоразрешение у 33 беременных позволило оценить выраженность изменений, происходящих в миометрии после миомэктомии и в брюшной полости, в зависимости от метода, которым произведено удаление опухоли. Интерпретация результатов позволила установить, на наш взгляд, наиболее оптимальный доступ для проведения консервативной операции вне беременности. При интраоперационном осмотре, более чем у половины после лапароскопического удаления миомы отмечено визуально полноценное восстановление стенки матки в месте энуклеации и наличие ограниченного спаечного процесса в малом тазу.

Немаловажное значение имеет течение третьего периода родов и особенности послеродового периода.

В литературе прошлых лет приводилось множество примеров длительной температурной реакции в послеродовом периоде у пациенток с миомой и после миомэктомии [11, 18]. В группе рожениц с рубцом на матке после КМЭ в позднем послеродовом периоде субфибрилитет отмечался у 5(15,1%), на 1- 6 сутки после родов.

Как показали результаты нашего исследования, все дети (34) родились в удовлетворительном состоянии.

У беременных с рубцом на матке после КМЭ помимо частой диагностики угрозы прерывания беременности серьезной проблемой остается возможность определения

состоятельности или не состоятельности рубца на матке, особенно учитывая недостоверность ультразвуковых критериев.

Касаясь, метода родоразрешения, нам кажется оправданным высокий процент оперативного родоразрешения после КМЭ, что обусловлено рядом отягощающих факторов.

Изучая отдаленные результаты проведенной до беременности КМЭ, можно заключить, что наиболее оптимальными являются эндоскопические методы миомэктомии. Так как, они вызывают меньшую травматизацию тканей и впоследствии более оптимальное восстановление миометрия, что сказывается и на течении беременности.

## Выводы

1. В процессе планирования беременности целесообразно удаление миоматозных узлов при: расположении их субсерозно; интерстициально-субсерозно с незначительным интерстициальным компонентом опухоли; величине узла более 70 - 80мм; наличии длительного бесплодия неясной этиологии.
2. Беременность при наличии рубца на матке после КМЭ сопровождается угрозой прерывания беременности, высокой частотой кесарева сечения (94,2%).
3. У беременных после консервативной миомэктомии в 12.1% отмечается нестойкость рубца на матке после энуклеации опухоли.
4. Самопроизвольное родоразрешение у беременных с рубцом на матке после КМЭ целесообразно: после удаления единичных узлов миомы с незначительным интерстициальным компонентом, при повторных родах.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Для сохранения и восстановления репродуктивной функции у женщин с миомой матки необходимо проводить органосохраняющие операции (миомэктомию).
2. В комплекс реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде целесообразно включать прием КОК или гестагенов на срок не менее 6 месяцев.
3. Учитывая высокую частоту угрозы прерывания на ранних сроках беременности рекомендуется ранняя явка беременных с рубцом на матке после консервативной миомэктомии в женскую консультацию для постановки на учет и своевременного проведения сохраняющей терапии.
4. Во время оперативного родоразрешения над влагалищная ампутация матки показана пациенткам, при наличии множественной ММ и расположении узлов в области сосудистых пучков, с учетом удовлетворительного состояния новорожденного произвести гистерэктомию.

# АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВ- НОЙ МИОМЭКТОМИИ



## Список использованной литературы:

1. Абдулходжаева З.М. Значение структурных изменений миометрия в области плацентарной площадки в патогенезе преждевременной отслойки. Материалы IV съезда акуш-гинеколог. Узбекистана, Ташкент, 1990, с.181-183.
2. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. Тезисы международного конгресса "Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки". 2010, с. 63 -69.
3. Азиев О.В., Бугеренко А.Е., Иванова Н.В. Использование задней кольпотомии при оперативной лапароскопии. Акуш. и гин., 2013, № 5, с. 25-27.
4. Анисимова С А. Трансцервикальная гистероскопическая миомэктомия. Автореф. дисс. канд. мед. наук., 2012, 25с
5. Ардус Н.В., Курашвили Ю.Б., Сидорова И.С. Физиологическая клеточная гибель (апоптоз) в нормальном миометрии и лейомиоме. Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. Москва, 2011, №2.
6. Арустомян Р.Р. Оптимизация ведения послеродового периода после консервативной миомэктомии., Дисс.канд. мед. наук, М., 2010.
7. Беккер С.М. Беременность после консервативной миомэктомии. В кн. Патология беременности., 2014
8. Буянова Л.Н., Сенчакова М.И., Гаспарян И.К. Хирургическое лечение беременных с миомой матки, Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2011, №3, с. 83-86.
9. Ботвин М.А. Реконструктивно восстановительные операции у больных миомой матки. Акуш. и гинеколог., 2014, №4, с.38-41.

10. Бродовская Т.С. Эффективность миомэктомии в восстановлении репродуктивной функции у больных миомой матки. Авто-реф.дисс. канд.мед.наук, 2014,31с.
11. Василевская Л.Н. Комплексное консервативное лечение больных миомой матки в репродуктивном периоде. Акуш. и гинек., 2010, №1, с.15-17.
12. Васильченко Н.П. Маточный фактор бесплодия у больных миомой матки и его хирургическое лечение. Сб-Современные вопросы репродукции., 1998, с. 139-140.
13. Васильченко Н.П., Туркин В.Н. Течение и ведение беременности, родов и частота кесарева сечения после реконструктивно-пластических операций на матке по поводу миомы. Ст. из сб. М, 2010, с. 94-98.
14. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов.,2011, №3, с.21-23.
15. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии, М., 2010, с. 424-487.
16. Вихляева Е.М., Железное Б.И., Запорожан В.Н. и др. Руководство по эндокринной гинекологии., М., "Мед.инф. агентство", 2011,768 с.
17. Дегтярева Н.В. Мозговой кровоток у новорожденных детей в норме и при гипоксических состояниях. Дисс.канд.мед.наук, М., 2013
18. Донне Д. Миома матки: тактика и лечение состояние мастерства. Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. Мат. междунар. конгресса., М., 2011.
19. Дубчак. А.Н. Течение беременности и родов, особенности фето-плацентарной системы у женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом. Дисс.канд.мед.наук, М., 2009
20. Енюшин В.Д. Особенности течения, ведения, беременности и родов у женщин после удаления или при наличии миомы матки, кист, кистом яичников. Дисс.

21. Железнов Б.И. Гиперпластические процессы и предрак эндометрия в клинικο-морфологическом аспекте. В кн.: Вопросы патологической анатомии предопухолевых процессов. Краснодар, 2010, с. 35-38.

22. Умаханова М.М., Гасанова С.Ш. Современные представления о морфо- и патогенезе миомы матки. Сб. научн. трудов к 60 летию ГKB №13 "Актуальные вопр. практ. мед.". М.:РГМУ.-2000.с.264-282.

23. Капустина И.Н., Сидорова И.С, Леваков С.А. Особенности васкуляризации миом матки больших размеров. Ультразвуковая диагностика. 2011, №4

24. Каппушева Л. М., Азиев О.В., Демина Л.М., Анисимова С. А. Эндоскопическая миомэктомия в восстановлении репродуктивной функции. Материалы Российского форума "Мать и дитя", М., 2011,222-225с.

25. Каппушева Л.М. Анисимова С.А., Бреусенко В.Г., Краснопольская К.В. Отдаленные результаты трансцервикальной миомэктомии у пациенток репродуктивного возраста. Акуш. и гинек., 2011, № 2, с 44-49.

26. Корсак В.С., Аржанова О.Н., Жаворонкова Н.В., Пайкачева Ю.М. Проблемы вынашивания беременности после экстракорпорального оплодотворения. Вестн. Росс, ассоц. акуш.-гинек. 2011, № 3, с. 52-55.

27. Кох. М.И. Миомэктомия лапароскопическим доступом при глубоком интрамуральном и подслизистом расположении узлов. Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки: Мат. междунар. конгресса. М., 2010.

28. Краснопольская К. В., Сичинава Л. Г., Калугина А. С. Использование экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона у больных миомой матки небольших размеров. Акуш.и гинек.,2014, №1, с 56-58

29. Кузнецова Л.В. Прогнозирование состояния репродуктивной функции у беременных после консервативной миомэктомии. Дисс. канд.мед.наук, 2013, 151с.
30. Кулаков В.И. Роль хирургического шовного материала и вспомогательных материалов в патогенезе образования послеоперационных спаек. Проблемы репродукции., 2013, №2, с. 28-34.
31. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность., М., 2011,344 с.
32. Кулаков В.И. и Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии. М., 2011,623 с.
33. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Хирургическая лапароскопия в гинекологии. Акуш. и гин., 2014, № 5, с. 3 6.
34. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки (этиология, патогенез и профилактика). М., Мед., 2010,528 с.
35. Кулаков В.И., Шилова М.Н. Применение агонистов гонадотро-пин-рилизинг-гормона для лечения миомы матки. Акуш. и Гинек., 2011, №6., с.3-6.
36. Л айне Т. Эндоскопическая миомэктомия. Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки: Мат. междунар. конгресса. М., 2012
37. Ландеховский Ю.Д. Гормональная терапия и состояние стероидных рецепторов матки при миоме. Акуш. и гинек., 2010, № 2, с. 10 17.
38. Лебедев В.А. Эхографические и морфологические параметры в оценке состояния рубца на матке. Акуш.и гинек., 2014, №1, с. 83-88.
39. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Горбунова Т.Н., Мананникова Т.Н. и др. Хирургическое лечение опухолей гениталий при беременности. Материалы 1 международной конференции. М.; РУДН, 2012,537с.

40. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод. Руководство для врачей, М., Мед., 2011, 448 с.
41. Нерсисян Р. А. Вспомогательные репродуктивные технологии у больных с гинекологической патологией. Проблемы репродукции 2012, №2.
42. Озолина Л. А., Ефимов В. С., Макаров О. В., Филатова Л. А., Гришин В.Л. Состояние гемостаза у больных миомой матки до и после оперативного лечения. Российский медицинский журнал, 2009, № 1, с.29.
43. Отус Г. Оценка эффективности применения синтетического шовного материала и интерсида при гинекологических реконструктивно-пластических операциях. Автореф.дисс. канд.мед.наук, М., 2013
44. Попов А.А., Левашова И.И., Лоскутов Л.С. и др. Лапароскопия в акушерстве. Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщин. Ростов-на-Дону., 2013, с.205.
45. Пучков К.В., Гаусман БЛ., Швальб А.П. Выбор шовного материала в оперативной гинекологии. Сравнительная оценка: биосин, поли-сорб, викрил, кетгут. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 2011, № 1, с. 83-86.
46. Радченко Н.А. Эффективность применения интерсида и синтетических рассасывающегося шовного материала нового поколения моно-крил при гинекологических реконструктивных операций на матке и яичниках. Автореф.дисс. канд.мед.наук, М., 2009.
47. Савельева Г.М. Эндоскопия в гинекологии. М., Мед., 1983, 195с.
48. Савельева Г.М., Федоров И.В. "Лапароскопия в гинекологии". М., 2010, 328с.
49. Савельева Г.М., Мясникова И.Г., Малиновская С.Я. Кардиомониторное наблюдение за состоянием плода во время беременности и родов. М., 1987, 21с.

50. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д. Роль локальной гипергормонемии в патогенезе темпа прироста массы опухолевых узлов при миоме матки. Акуш. и гинек., 1998, № 4, с. 13-16.

51. Савицкий Г.А. О формировании новой терапевтической доктрины при миоме матки. Пути развития современной гинекологии, М., 1994, 144 с.

52. Савицкий Г.А. Миома матки. Патогенетические и терапевтические аспекты. СПб., 1994, 215 с.

53. Савицкий Г.А., Волков Н.А., Чкаусели Г.Т. и др. Минилапаротомия и лапароскопия в современной хирургии миомы матки. Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. СПб., 1997, с.161-162.

54. Савицкий Г.А. Миома матки. СПб., "Путь", 2010, 214 с.

55. Савицкий Г.А. "Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии". СПб., 2010, 235 с.

56. Серов В.В., Журавлева Т.Б., Василевская Л.Н. Морфогенез миомы матки. Акушерство и гинекология, 2013, № 7, с. 3-8.

57. Сидорова И.С. Миома матки и беременность. М., Мед., 2005, 192 с.

58. Сидорова И.С. Ведение беременности и родов у больных с миомой матки. Сов. мед., 2005, №2, с. 87-90

59. Сметник В.Л., Тумилович Л.Г. Гиперпластические и дистрофические процессы некоторых органов репродуктивной системы. Неоперативная гинекология, М., 2011, с. 504-526.

60. Стафеева Е.Н. Критическая оценка хирургических методов лечения миомы матки в свете ближайших и отдаленных наблюдений. Авто-

реф.дисс.канд.мед.наук,М., 2008.

61. Стрижаков АН., Лебедев В А. Кесарево сечение в современном акушерстве. М., 304 с.

62. Табакман Ю.Ю., Васильева И.А. О патогенезе гиперпластических процессов эндометрия. Акушерство и гинекология, 1997, № 9, с. 55 -56.

63. Тамурова Л.С. Консервативная миомэктомия у больных детородного возраста. Автореф.дисс.канд.мед.наук, 2000

64. Тумбаев В.А. Диагностика гиперпластических процессов тела матки и эндометрия путем ультразвуковой доплерометрии регионарных сосудов. Проблемы пери- и постменопаузального периода, 2012, с. 83 85.

65. Шляпников М.Е. Обоснование выбора шовного материала при операции на матке. Автореф.дисс.кан.мед.наук, Самара, 2011.

66. Шмаков Г.С. Прогнозирование состояния генеративной функции после миомэктомии, анализ течения беременности и родов у этого контингента больных. Вопросы охраны материнства и детства. 2000, №7, с.49-47.

67. Шмаков Г.С. Миомэктомия во время беременности. Дисс.докт.мед.наук., 2014,285с.

68. Advards R.G., Biard G., Farmaiden Y.P.V. GnRH analogues and reproductive medicine. Human Reprodaction, 2012, Vol 11, Suppl 3.

69. Akira S, Araki T. Endoscopic surgery in obstetrics and gynecology. Nippon Geka Gakkai Zasshi 2010 Aug;101(8):561-7

70. Al-Fozan H., Dufort J., Kaplow M., Valenti D. et al. Cost analysis of myomectomy, hysterectomy, and uterine artery embolization. Am J Obstet Gynecol 2012

71. Andersen J. Factors in fibroid growth. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 2011 Jun;12(2):225-43.

72. Andersen J, Barbieri RL. Abnormal gene expression in uterine leiomyomas. J Soc Gynecol Investig. 2013 Sep-Oct;2(5):663-72.

73. Arida G.N., Brown B. Uterinas myomas and pregnansy "Complications of pregnancy: Medical, Surgical, Gynecologic, Psychosocial, and Perinatal", 2011.

74. Aydeniz B., Wallwiener D., Kocer C., Grischke E.M. et al. Significance of myoma-induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement. Geburtshilfe Neonatol 2014 Jul-Aug;202(4): 154-8

75. Balasch, J., Manau, D., Mimo, J. et al. Sequential gonadotrophin-releasing hormone agonist/low-dose oral contraceptive treatment for leiomyomata uteri. Hum. Reprod., 2009, 10, 529-532.

76. Baloniak B, Jasinski P, Drews K, Slomko Z. Morphologic pattern of uterine myomas enucleated at cesarean section. Ginekol Pol 2002 Apr;73(4):255-9

77. Barbieri. R.L., Dilena, M., Chumas, J. et al. LeuproUde acetate depot decreases the number of nucleolar organizer regions in uterine leiomyomata. Fertil. Steril., 2013,60,569-570.

78. Borselino G., Danile G. Trattamento laparoscopico Delia graviganza extrauterina. Minerva Ginecol., 2010, Vol. 47 .N 11, p. 471-476.

79. Bednarek W., Morawska D., Kotarski J., Zrubek H. The diagnostic and therapeutic management of pregnant women with neoplasms of the reproductive organs. Ginekol Pol, 2002 Apr; 73(4):243-6.

80. Brandon, D.D., Bethea, C.L., Strawn, E.Y. et al. Progesterone receptor messenger ribonucleic acid and protein are overexpressed in human uterine leiomyomas. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2013,169, p. 78-95.
81. Breuiller-Fouche M, Vacher-Lavenu MC, Fournier T, Morice P. et al. EndothelinA receptors in human uterine leiomyomas. *Obstet Gynecol.* 2011 Nov;90(5):727-30.
82. Broder MS, Bovone S. Improving treatment outcomes with a clinical pathway for hysterectomy and myomectomy. *J Reprod Med* 2002 Dec;47(12):999-1003
83. Broekmans, F.J., Hompes, P.O., Schoute, E. et al. 'Draw back' GnRH agonist treatment of uterine leiomyomas: standard followed by reduced dose therapy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2009, 175, in press
84. Bronshlein M, Zimmer EZ, Miselevich I, Sabo E. et al The possible impact of a myomatous uterus on the accuracy of fetal biometric measurements. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009 Jul;14(1):47-51
85. Buttram, V.C. and Reiter, R.C. (2011) Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology and management. *Fertil. Steril.*, 36,433-445.
86. Candiani, G.B., Fedele, L., Parazzini, F. and Villa, L. Risk of recurrence after myomectomy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 2011,98,385-389.
87. Chappat.O. Современные принципы лечения фибромиом. Лечащий врач, 2010, №4.
88. Celik C, Acar A, Cicek N, Gezginc K. Can myomectomy be performed during pregnancy?. *Gynecol Obstet Invest.* 2012;53(2):79-83.
89. Check JH, Choe JK, Lee G, Dietterich C. The effect on IVF outcome of small intramural fibroids not compressing the uterine cavity as determined by a prospective matched control study. *Hum Reprod* 2012 May;17(5):1244-8

90. Cobellis G, Messaffi EM, Stradella L, Pecori E, Cobellis L. Restitutio ad integrum of myometrium after myomectomy. Different results in pregnant and non-pregnant patients. *Minerva Ginecol* 2012 Oct;54(5):393-5
91. Cobellis L., Messali E.M., Stradella L, Pecori E et al. Myomectomy during cesarean section and outside pregnancy. Different outcomes of scars., *Minerva Ginecol.*, 2012, Dec; 54(6):483-6.
92. Cobellis L., Florio P., Stradella L., Lucia E.D., et al. Electro-cautery of myomas during caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 2012 Apr 10; 102(1): 98-9
93. Colgan T.J., Pendergast S., LeBlanc M. The histopathology of uterine leiomyomas following treatment with gonadotrophin-releasing hormone analogues. *Hum. Pathol.*, 2013,24,1073-1077.
94. D'Addato F., Repinto A., Andreoli C. Pre-surgical treatment of uterine myomas with LH-RH agonists. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.*, 2012, 19,45-50.
95. De Leo V., Morgante G. Uterine fibromas and the hormonal pattern: the therapeutic considerations. *Minerva Ginecol.*, 2011, Vol. 48, № 12, p. 533 -538.
96. De Vos S., Wilczynski S.P., Fleischhacker M. et al. P53 alterations in uterine leiomyosarcomatosis versus leiomyomas. *Gynecol. Oncol.*, 2014, Vol. 54, №2, p. 205-208.
97. Di Gregorio A, Maccario S, Raspollini M. The role of laparoscopic myomectomy in women of reproductive age. *Reprod Biomed Online* 2012;4 Suppl 3:55-8
98. Dimitrov A. Cesarean section frequency and its indications at the State University Hospital Maternity Home over a 12-year period. *Akush Ginekol (Sofia)*, 2012; 37(4):4-8.
99. Donnez J., Smets M., Polet R., Feger Ch. et al. Unusual growth of a myoma during pregnancy. *Fert. and Ster.*, Vol.78, Issue 3, Sept.2012, P 632633.

100. Doridot V, Dubuisson JB, Chapron C, Fauconnier A. et al. Recurrence of leiomyomata after laparoscopic myomectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2011 Nov;8(4):495-500
101. Dubuisson J.B., Fauconnier A., Chapron C., Kreiker G., Norgaard C. Second look after laparoscopic myomectomy. *Hum Reprod.*, 2011 Aug; 13(8):2102-6
102. Dubuisson JB, Fauconnier A, DefFarges JV, Norgaard C et al. Pregnancy outcome and deliveries following laparoscopic myomectomy. *Hum Reprod* 2010 Apr;15(4):869-73
103. Dubuisson JB, Chapron C, Fauconnier A, Babaki-Fard K. Laparoscopic myomectomy fertility results *Ann N Y Acad Sci* 2011 Sep;943:269-75
104. Dubuisson J.B., Lecuru F., Foulot H et al. Myomectomy by laparo-scopy: a preliminary report of 43 cases. *Fertil. Steril.*, 2011, 56, 827-830.
105. Fahri. J., Ashkenazi J., Feldberg D. et al. Effect of uterine leio-myomata on the results of in vitro fertilization treatment. *Hum. Reprod.*, 2005, 10,2576-257.
106. Falsetti. L., Mazzani M.D., Rubessa S. and Ruggeri C. Presurgical treatment of uterine fibroids by using gonadotrophin-releasing hormone agonists. *Ada Eur. Fertil.*, 2012,23,29-32.
107. Fauconnier A., Chapron C., Babaki-Fard K., Dubuisson J.B. Recurrence of leio-myomata after myomectomy. *Hum Reprod*, 2010 Nov-Dec; 6(6):595-602.
108. Fauconnier A., Dubuisson J.B., Ancel P.Y., Chapron C. Prognostic factors of reproductive outcome after myomectomy in infertile patients. *Hum Reprod.*, 2010 Aug; 15 (8):1751-7.
109. Farhi J. et al. Effect of uterine leiomyomata on the results of in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod.*, 2011 Oct; 10 (10):2576 2578.

110. Fernandez H., Sefrioui O., Virelizier C., Gervaise A. et al. Hysteroscopic resection of submucosal myomas in patients with infertility. *Hum Reprod.*, 2011 Jul; 16(7):1489-92.
111. Frsedian. A.J., Harrison Atlas D., Barbieri R.L. et al. A randomized, placebo-controlled, Axible-blind study evaluating the efficacy of leu-prolide acetate depot in the treatment of uterine leiomyomata. *Fertil. Steril.*, 2011 51,251-256.
112. Frwdanan A.J., Daly M, Juneau Norcross M et al. Recurrence of myomas after nsvomectomy in women pretreated with leuprolide acetate depot or placebo. *Fertil. Steril.*, 2012 58, 5-208.
113. Frwiman. AJ., Daly, M, Juneau Norcross, M. and Rein, MS. (2002b) Predictors of uterine volume reduction in women with myomas treated with a gonadotropin-releasing hormone agonist. *Fertil, Steril.*, 58,413-415
114. Fuchs AR, Behrens O, Maschek H, Kupsch E, Einspanier A. Oxytocin and vasopressin receptors in human and uterine myomas during menstrual cycle and early pregnancy. *Hum Reprod Update.* 2012 Sep-Oct;4(5):594-604.
115. Fujii S. Uterine leiomyoma: pathogenesis and treatment. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi.*,2012, Vol. 44, № 8, p. 994 999.
116. Garcia C.R. and Tureck R.W. Submucosal leiomyomas and infertility. *Fertil Steril.*, 2014 42, 16-19.
117. Gindoff P. et al. Efficacy of assisted reproductive technology during diagnostic and operative infertility laparoscopy. *Obstet Gynecol.*, 2010 Feb; 75(2):299-301.
118. Golan A. et al. Diagnostic hysteroscopy: its value in an in vitro fertilization embryo transfer unit. *Hum Reprod.*, 2012 Nov, 7 (10): 1433-1434.

119. Golan A GnRH analogues and reproductive medicine. Human Re-production, 2011, Vol 11, Suppl 3., p 39-48
120. Geler W.S. An overview of consumer-driven ambulatory surgery: operative laparoscopy. Nurse Pract., 2015, Vol. 20, N 1 l,p. 46-51.
121. Gabbe S.G., Niebyl J.R., Simpson J.L. Normal and problem pregnancies. New York: Churchill-Livingston, 2012.
122. Grune B., Zikulnig E., Gembruch U. Sepsis in second trimester of pregnancy due to an infected myoma. Fetal Diagn Ther., 2011 Jul-Aug; 16(4):245-7.
123. Gudmundsson. J.A., Lundkvist, O., Bergquist, C. et al. Endometrial morphology after 6 months of continuous treatment with a new gonadotropin-releasing hormone superagonist for contraception. Fertil. Steril., 2013, 48, p. 5256.
124. Hajek Z, Uhler M. Micronized progesterone in the treatment of imminent necrosis of a myoma during pregnancy. Ultrasound changes during treatment. Ceska Gynekol 2013 Jun;64(3):189-92
125. Hajek Z, Uhler M. Micronized progesterone in the treatment of imminent necrosis of a myoma during pregnancy. Ultrasound changes during treatment. Ceska Gynekol. 2012 Jun;64(3): 189-92.
126. Hasbargen U., Strauss A., Summerer-Moustaki M., Baretton G. Myomectomy as a pregnancy-preserving option in the carefully selected patient. Fetal Diagn Ther 2012 Mar-Apr; 17(2): 101-3
127. Haskins R.D. Jr, Haskins C.J., Gilmore R., Borel M.A., Mancuso P. Intramural leiomyoma during pregnancy becoming pedunculated postpartally VJ Reprod Med. 2011 Mar; 46(3):253-5.
128. Jedrzejczak P, Kubiacyk B, Pisarski T, Skrzypczak J, Szymanowski K, Wilczak

M. Comparison of the frequency of selected gynecologic operations conducted as laparotomy and laparoscopy during 2007-2011

129. Kirspor R. et al. The role of hysteroscopy in patients having failed IVF/GIFT transfer cycles. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, 2011 Aug; 31 (3):263-264.

130. Koike T, Minakami H, Kosuge S, Usui R. Uterine leiomyoma in pregnancy: its influence on obstetric performance. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011 Oct;25(5):309-13.

131. Koleva Zh., Iankov M., Katsulov A., Kirov K., Grigorova V., Rusinov P., Nikolova D., Doncheva M. Large uterine myoma during pregnancy and delivery choice of management. *Akush Ginekol (Sofia)*., 2011; 41(1):33-5.

132. Kopitovic V., Bujas M., Fistes Topalski N., Pjevic M., Die D., Ka-pamadzija A., Bujas I. Clinical efficacy of goserelin (Zoladex) in the treatment of uterine myomas in infertile patients. *Med Pregl.*, 2011 Jul-Aug; 54(7-8):339-46

133. Kulikowska-Ciecielag K, Ploszynski A, Damdinsuren A, Leszczynska K. et al. Myomas and pregnancy—obstetrics dilemma of the next decade?. *Ginekol Pol* 2012 Apr;73(4):284-7

134. Kwawukume EY. Caesarean myomectomy. *Afr J Reprod Health.* 2012 Dec;6(3):38-43.

135. Lazarov L., Todorov I., Lazarov N. Peripartal hysterectomy. *Akush Ginekol (Sofia)*., 2011; 41(1):12-3

136. Lee W.Y. Peritoneoscopy. *J. Int. Coll. Surg.*, 1991 ,N4,p. 511-519.

137. Lefebvre G, Vilos G, Allaire C, Jeffrey J. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013 May;5(5):396-418.

138. Li TC, Mortimer R, Cooke ID. Myomectomy: a retrospective study to examine re-

productive performance before and after surgery. Hum Reprod. 2011 Jul;14(7):1735-40.

139. Liu J., Han F., Bian X. Optimal management of postpartum hemorrhage. Chin Med J (Engl)., 2011 Dec; 114(12): 1280-2.

140. Lin J, Gu Y, Hua K, Sun C, Xue X. Comparative study of laparo-scopically assisted myomectomy and mini- laparotomy for uterine intramural fibroids. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2012 Jul;82(13):883-6

141. Lumsden M.A., West S.P., Thomas E. et al. Treatment with GnRH agonist goserelin before hysterectomy for uterine fibroids. Br j Obstet. Gynaecol., 2014; 101:438-42.

142. Malzoni M, Rotond M, Perone C, Labriola D. Fertility after laparoscopic myomectomy of large uterine myomas: operative technique and preliminary results. Eur J Gynaecol Oncol. 2013;24(1):79-82.

143. Matsumoto T, Sagawa N, Mukoyama M, Tanaka I. et al. Type 2 angiotensin II receptor is expressed in human myometrium and uterine leiomyoma and is down-regulated during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Dec;81(12):4366-72.

144. Mardon H. Histeroscopy. Diagnosis of uterine pathologi. Тезисы конгресса "Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний". М., 2012, с. 101 103.

145. Marinaccio M., Reshkin S., Pinto V. et al. The estimation of LHRH receptors in the tissue of human leiomyoma, myometrium and endometrium. Minerva Ginecol., 2014, Vol. 46, № 10, p. 519 526.

146. Mastrominas M. et al. Fertility outcome after outpatient hys-teroscopic removal of endometrial polyps and submucous fibroids. J Am Assoc Laparosc., 2010 Aug; 3 (4).

147. Mettler L., Lehmann-Willenbrock E., Brandenburg K., Jonat W. Surgical intervention in female sterility and infertility *Reproduktionsmedizin.*, 2010, Vol. 16, p. 194-201
148. Narayan R. et al. Treatment of submucous fibroids, and outcome of assisted conception. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.*, 2014 Aug; 1 (4 Pt 1):307-311.
149. Newker C. Pelvic inflammatory disease: a contemporary approach. *Am.-Fam.-Physician.*, 2013, Vol.53,N4, p. 1127-1235.
150. Niswander K.R., Evans A.T. Manual of obstetrics. Little, Brown and Corp., Boston-NY-Toronto-london., 2013.
151. Nkemayim D.C., Hammadeh M.E., Hippach M., Mink D. Uterine rupture in pregnancy subsequent to previous laparoscopic electromyolysis. *Arch, of Gynec. and Obst.* 2010, Vol 264, Issue 3, p 154-156
152. Omar S.Z., Sivanesaratnam V., Damodaran P. Large lower segment myoma-myomectomy at lower segment caesarean section—a report of two cases. *Singapore Med J.*, 2011 Feb; 40(2):109-10.
153. Pajszczyk-Kieszkiewicz T, Kazimierak W, Lech W, Lipecka-Kidawska E et al. Leiomyomas in pregnancy. *Ginekol Pol* 2012 Apr;73(4):291-6
154. Perko G., Fernandes A. Subcutaneous emphysema and pneumothorax after laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. *Acta Anest. Scand.*,2010, Vol41, N 6, p. 792-794.
155. Pessos E. P. et al. Use of hysteroscopy in an Assisted Reproduction program. The 13th Meeting of the ESHRE, . 2013
156. Poncelet C., Benifla J.L., Batallan A., Darai E., Madelenat P. Myoma and infertility: analysis of the literature. *Gynecol Obstet Fertil.*, 2011 Jun; 29(6): 413-21

157. Ramzy A., Sattar M., Amin Y., Mansour R.T. et al. Uterine myo-mata and outcome of assisted reproduction. *Ac Obstet Gynecol Scand.*, 2012; 76:167: FC 714.6.
158. Rein M.S., Barbieri R.L., Freedman A.J. Progesterone: a critical role in the pathogenesis of uterine myomas. *Am. J. Obset. Gynecol.*, 2015, Vol. 172, №1, p. 14-18.
159. Rein M.S., Friedman A.J., Stuart, J.M., MacLaughlin D.T. Fibroid and myometrial steroid receptors in women treated with gonadotropin-releasing hormone agonist leuprohde acetate. *Fertil. Sterii.*, 2010, 53, 1018-1023.
160. Roddock J.C. Peritoneoscopy. *West. J. Surgery.*, 2014, Vol. 42, p. 392-405.
161. Roaner T., Schwesinger G. Chance finding of a leiomyosarcoma in hysteroscopic resection of a myoma. *Obstet Gynecol Scand.*, 2012 Nov; 81 (II):1078-9
162. Rossetti A., Sizzi O., Soranna L., Mancuso S., Lanzone A. Fertihty outcome: long-term results after laparoscopic myomectomy. *Gynecol Endocrinol.*, 2011 Apr; 15(2): 129-34.
163. Salvador E., Bienstock J., Blakemore K.J., Pressman E. Leiomyo-mata uteri, genetic amniocentesis, and the risk of second-trimester spontaneous abortion. *Am J Obstet Gyne-col.*, 2012 May; 186(5):913-5.
164. Schweppe K.W. Progestins and uterine leiomyoma. *Gynecol Endocrinol.*, 2009 Jun; 13(4):21-4
165. Semm K. New methods of pelvioscopy (gynaecologic laparoscopy), myomectomy, ovariectomy, tubectoffly and adnexectomy. *Endoscopy.*, 1996, Vol.11, N2, p. 85-93.
166. Seidman DS, Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. The role of laparo-scopic-assisted myomectomy. *JSLs 2011 C)ct-Dec*;5(4):299-303

167. Seiner P, Arisio R, Decko A, Farina C, Crana F. Laparoscopic myomectomy: indications, surgical technique and complications. *Hum Reprod.* 2011 Sep;12(9):1927-30.
168. Seoud M. et al. Effects of myomas or prior myomectomy on in vitro fertilization (IVF) performance. *J Assist Reprod Genet.*, 2012 Jun; 9 (3):217-221.
169. Seoud MA, Patterson R., Muasher S.J., Coddington C.C., J. Assist. Влияние миомы и миомэктомии на результаты ЭКО. *Reprod. Genet.*, 2012, №9, Р. 217-221.
170. Sharara F.I., Nieman L.K. Growth hormone receptor messenger ribonucleic acid expression in leiomyoma and surrounding myometrium. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2013, Vol. 173, № 3, p. 814-819.
171. Siut J, Zimmer M, Klosek A, Woyton J. Frequency cesarean section in pregnant women with uterine myoma. *Ginekol Pol* 2010 Apr;71(4):288-91.
172. Soriano D, Dessolle L, Poncelet C, Benifla JL. et al. Pregnancy outcome after laparoscopic and laparoconverted myomectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Jun 10;108(2): 194-8.
173. Spitz I.M., Chwalisz K. Progesterone receptor modulators and progesterone antagonists in women's health. *Steroids.*, 2010 Oct-Nov; 65(10-11):807-15
174. Takeuchi H., Kinoshita K.J. Evaluation of adhesion formation after laparoscopic myomectomy by systematic second-look microlaparoscopy. *Am Assoc Gynecol Laparosc.*, 2012 Nov; 9(4):442-6.
175. Titlman A.J. Smooth muscle neoplasms of the uterus. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, 2011, Vol. 9, № 1, p. 48-51.
176. Trampe B.S., Piyde P.G., Stewart K.S., Droste S. et al. Color Doppler ultrasonography for distinguishing myomas from uterine contractions in pregnancy. *J Reprod Med.*, 2011 Sep; 46(9):791-4.

177. Trott E. A., Liarakos G., Russell J. B. Quadruplet in vitro fertilization pregnancy complicated by fetal reduction and leiomyoma. Archives of Gynecology and Obstetrics., 2013, Vol. 259, p. 153-155.
178. Varasteh N.N., Neuwirth R.S., Levin B., Keltz M.D. Pregnancy rates after hysteroscopic polypectomy and myomectomy in infertile women. Ob-stet Gynecol., 2011 Aug; 94(2):168-71
179. Velebil P., Wingo P.A., Xia Z. et al. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. Obset. Gynecol., 2010, Vol. 86, № 5, p. 764 769.
180. Vercellini P, Maddalena S, De Giorgi O, Pesole A. et al. Determinants of reproductive outcome after abdominal myomectomy for infertility. Fertil Steril. 2011 Jul;72(1):109-14.
181. Vikhlayeava E.M., Khodzhaeva Z.S., Fantschenko N.D. Familial predisposition to uterine leiomyomas. Int. J. Gynecol. Obstet., 2013j Vol. 51, № 2, p. 127-131.
182. Vilos GA, Daly LJ, Tse BM. Pregnancy outcome after laparoscopic electromyolysis. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2010Aug;5(3):289-92.
183. Wittich A.C., Salminen E.R., Yancey M.K., Markenson G.R. Myomectomy during early pregnancy. Mil Med., 2010 Feb; 165(2): 162-4
184. Ziegler D., Bessis R., Frydman R. Vascular resistance of uterine arteries: physiological effects of estradiol and progesterone. Fertil. Steril., 2011, 55, 775-779.