

УДК 618.2:618.14—006.36

А. А. ТРДАТЬЯН, К. А. АКОПЯН, Б. А. МАНУКЯН

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ МИОМОЙ МАТКИ

Обследованы 102 женщины с сочетанием беременности и миомы матки. Наличие миомы значительно осложняет течение беременности и родов, вызывает преждевременное прерывание беременности, нарушение сократительной функции матки, послеродовые и послеродовые кровотечения. Предлагаются рекомендации по ведению беременности и родов у этого контингента женщин.

Проблема сочетания беременности с миомой матки до настоящего времени остается актуальной.

Сочетание беременности и миомы матки, по данным А. Б. Деражне [3], встречается в 2,3, Н. П. Романовский [6]—в 0,7, Kayser [9]—в 0,45% случаев.

Течение беременности и исход родов у женщин, страдающих миомой матки, имеют ряд особенностей: наблюдаются выкидыши, преждевременные роды, возникает угроза прерывания беременности, токсикозы. Наличие множественных миоматозных узлов неблагоприятно сказывается на течении и развитии беременности вследствие изменения анатомо-топографических соотношений матки и нарушения ее тонуса, вызывая часто неправильное положение плода и тазовые предлежания [4, 5]. Снижается сократительная способность матки, нарушаются процессы прикрепления и развития плаценты, затягиваются роды в I и во II периодах, нередко наблюдается несвоевременное излитие околоплодных вод, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах [8].

Мы провели наблюдения за 102 женщинами, которые вынашивали беременность при наличии миомы матки. Контрольную группу составляли 168 женщин, у которых беременность не отягощена и которые не страдали экстрагенитальными заболеваниями.

Возраст женщин колебался от 18 до 43 лет, в среднем составляя 33 года в основной и 30 лет в контрольной группах. Менструальная функция в основной и контрольной группах установилась в 13—15 лет без каких-либо отклонений в дальнейшем. У 18 обследованных женщин основной группы в анамнезе отмечался умеренно выраженный гиперменструальный синдром (гиперполименорея). Начало половой жиз-

ни—с 20 до 34 лет в основной и с 18 до 30 лет в контрольной группах. В основной группе первородящих было 29, повторнородящих—73, в контрольной—75 и 93 соответственно.

У повторнородящих женщин основной группы предыдущие беременности в основном не были осложнены миомой матки. Роды протекали гладко, без каких-либо отклонений. У больных (10), страдающих миомой матки, во время предыдущих беременностей наблюдались ранние токсикозы (3), преждевременное прерывание беременности (3), кровотечение в послеродовом периоде (4). Из 102 женщин, находившихся под нашим наблюдением, миома матки впервые была обнаружена до наступления настоящей беременности у 21 больной, у 9—во время операции кесарева сечения, произведенной по различным показаниям, а у остальных—в различные сроки беременности.

Локализация узлов и их расположение устанавливались нами пальпаторно или во время операции. Узлы в основном располагались субсерозно или субсерозно-интерстициально. В 5 случаях было выявлено интерстициально-субмукозное расположение узлов (во время операции).

Из 102 женщин основной группы у 14 наблюдалась угроза прерывания беременности, ввиду чего они были госпитализированы, у 85 (83,3%) беременность закончилась родами в срок, у 12 (11,8%) были преждевременные роды, у 5 (4,9%) беременность прерывалась в сроки 19—24 недели. Из 168 женщин контрольной группы беременность закончилась родами в срок у 165 (98,2%), преждевременно у 1 (0,6%), прерывалась во II триместре у 2 женщин (1,1%).

В основной группе проявления раннего токсикоза (тошнота, рвота) наблюдались у 26, легкая форма нефропатии беременных—у 4, продольное головное предлежание плода—у 79 женщин, поперечные и косые положения плода—у 8, тазовые предлежания—у 15 женщин. В контрольной группе течение беременности неотягощено. Ни в основной, ни в контрольной группах признаков внутриутробной патологии плода не выявлено.

10 больных основной группы были оперированы во втором триместре беременности в связи с нарушением питания миоматозного узла (6) и при наличии крупных узлов (4), препятствующих нормальному развитию беременности. Из них у 3 наступил выкидыш вскоре после операции миомэктомии, а 7 женщин вынашивали беременность до конца и были родоразрешены путем операции кесарева сечения.

У 64 (65,8%) женщин основной группы роды завершились самостоятельно через естественные родовые пути; у 33 (34,2%) была произведена операция кесарева сечения в нижнем сегменте матки. У всех женщин контрольной группы роды завершились естественным путем ($P < 0,001$). Из 64 женщин, которые разрешились самостоятельно, у 12 было выявлено преждевременное или раннее излитие околоплодных вод (в контрольной группе—у 8, $P < 0,001$), у 13 беременных наблюдалась слабость в I или во II периоде родов (в контрольной группе—у 2

женщин, $P < 0,001$). В 3 случаях произведен комбинированный акушерский поворот ввиду поперечного положения плода.

В послеродовом периоде у 9 (9,2%) рожениц основной группы имело место гипотоническое кровотечение при средней кровопотере 625 ± 25 мл, в контрольной группе—у 3 рожениц (1,8%) при средней кровопотере 615 ± 15 мл. В остальных случаях она колебалась в пределах нормы и составила в среднем при самопроизвольных родах в основной группе $248 \pm 4,0$ и в контрольной 209 ± 15 мл. Определение внутриутробного состояния плода в родах методом амниоскопии фоноэлектрокардиографически не выявило гипоксии плода.

Показания к операции кесарева сечения были следующие: наличие рубца на матке—9, множественная миома матки—7, пожилая первородящая—7, неправильное положение плода—4, узкий таз—3, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты—2, предлежание плаценты—2, нарушение питания узла—1. Из общего числа оперированных больных у 16 произведено кесарево сечение. Во время операции кесарева сечения у 19 женщин была произведена консервативная миомэктомия с сохранением генеративной и менструальной функции, у 4—высокая ампутация матки с сохранением менструальной функции, у 2—экстирпация матки в связи с наличием в одном случае некроза узла и в другом—«матки Кувелера». При наличии небольших миоматозных узлов миомэктомия не производилась. При производстве консервативной миомэктомии вылушивание узлов производилось после поперечного разреза на матке—поперечные разрезы проходят параллельно сосудам, нервам и меньше нарушают анатомическую структуру органа, а следовательно и его функцию. Указанные разрезы уменьшают кровотечение, реже дают осложнения, обеспечивают оптимальные условия заживления операционной раны на матке. Применяя указанные разрезы, С. Н. Давыдов с соавторами [2] отмечают восстановление генеративной функции у оперированных женщин в 57,4% случаев. По нашим наблюдениям, поперечные разрезы на матке следует проводить при любой локализации миоматозных узлов, в том числе и при узлах, расположенных в шеечно-перешеечном отделе матки.

С развитием беременности происходит увеличение размеров миоматозных узлов, которое связано с гиперплазией и гипертрофией мышечных волокон вследствие гормональных влияний. В послеродовом периоде наблюдается инволюция мышечных образований не только здоровых, но и измененных (миоматозных) тканей.

При обследовании 34 женщин, страдающих миомой матки, через 6—8 месяцев после родов выявлено резкое уменьшение миоматозных узлов, а у некоторых больных миоматозные узлы клинически не выявлялись.

Основываясь на собственных наблюдениях, мы систематизировали методы оперативных вмешательств, применяемых при сочетании миомы матки и беременности: 1) операции в I и II триместрах беременности с удалением незрелого плода и миомы матки; 2) операции кон-

сервативной миомэктомии при наличии незрелого плода с сохранением беременности; 3) операция кесарева сечения в конце беременности с вылучением крупных миоматозных узлов или удалением матки; 4) операции в послеродовом периоде в связи с кровотечением или нарушением питания миоматозного узла; 5) консервативные и радикальные операции после окончания послеродовой инволюции половых органов.

Резюмируя данные клинических наблюдений у женщин, страдающих миомой матки, можно заключить, что миома матки в сочетании с беременностью наблюдается нередко в периоде расцвета овариально-менструальной функции, причем она встречается чаще у повторнобеременных, чем у первобеременных. При интерстициальных и особенно при субмукозных узлах беременность наступает значительно реже, а при наступлении прерывается в ранние сроки. Наличие субсерозных узлов не оказывает неблагоприятного влияния на течение беременности и родов, ведение родов через естественные родовые пути считается вполне возможным. При множественных миоматозных узлах, сочетающихся с неправильным положением плода, наличии неполноценного рубца на матке после предыдущих операций корпорального кесарева сечения или консервативных операций на матке у пожилых первородящих и при других отягощающих обстоятельствах целесообразно роды закончить путем операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки. Операцию консервативной миомэктомии при кесаревом сечении следует производить при наличии крупных и низко расположенных узлов, а также при настоятельной необходимости сохранения генеративной функции. При наличии большого числа мелких субсерозных узлов целесообразнее их оставлять, т. к. множественные разрезы на матке могут осложнить послеоперационный период, привести к развитию спаечных изменений тазовых органов и нарушить генеративную функцию.

Кафедра акушерства и гинекологии

Ер. ГИДУВа,

Институт акушерства и гинекологии

МЗ Арм. ССР

Поступила 24/X 1978 г.

Ա. Ա. ՏՐԴԱՏՅԱՆ, Կ. Ա. ՀԱՎՈՐՅԱՆ, Բ. Ա. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ

ԱՐԳԱՆԻԻ ՄԻՈՄԱ ՈՒՆԵՑՈՂ ԿԱՆԱՆՑ ՄՈՏ ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ
ՄՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ

Հետազոտված են 102 հղի կին, որոնք ունեն արգանդի միոմա: Միոմայի առկայությունը զգալիորեն բարդացնում է հղիության և ծննդաբերության ընթացքը, հղիության վաղաժամ ընդհատման, արգանդի կրճատման ֆունկցիայի խանգարման և հետծննդաբերական արյունահոսությունների պատճառ հանդիսանում:

Բերված են այս տիպի կանանց հղիության և ծննդաբերության ընթացքում բուժման վերաբերյալ ցուցումներ:

THE COURSE OF THE PREGNANCY AND DELIVERY IN
WOMEN WITH MYOMA OF UTERUS

102 women have been observed with combination of pregnancy and myoma of uterus. Myoma complicates the course of the pregnancy and delivery, causes premature abortion, disturbance of contractile function of the uterus and bleeding. Recommendations on the treatment of such women during the period of pregnancy and delivery are brought in the article.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов С. Н. Акушерство и гинекология, 1970, 12, стр. 54.
2. Давыдов С. Н., Хромов Б. М., Шейко В. З. Атлас гинекологических операций. М., 1973 стр. 133.
3. Деражне А. Б. В кн.: Сборник работ по фибромиомам матки. Киев, 1958.
4. Кленицкий Я. С. Миома матки. М., 1966.
5. Персианинов Л. С. Акушерский семинар. т. 2. Ташкент, 1973, стр. 169.
6. Романовская Н. П. Акушерство и гинекология, 1961, 2, стр. 111.
7. Сырбу П. Функциональная хирургия матки. Бухарест, 1973.
8. Удалова К. Н. Канд. дисс. М., 1953.
9. Kayser H. Lental bild gynecol., 1960, 3, 120.