

**Голубова Д.А., Кравченко С.С.**

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК  
С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МИОМАТОЗНЫМИ УЗЛАМИ И ПОСЛЕ  
ПРОВЕДЕНИЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПК и П  
Гомельский государственный медицинский университет  
Гомель, Беларусь.

**Golubova D.A., Kravchenko S.S.**

**PECULIARITIES OF PREGNANCY AND BIRTH IN PATIENTS WITH  
MULTIPLE MYOMATOUS NODES AND AFTER CONSERVATIVE  
MYOMECTOMY**

Department of obstetrics and gynecology  
Gomel state medical University  
Gomel, Belarus.

E-mail: dashai97@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены особенности гестации и родов у пациенток, перенесших консервативную миомэктомию до наступления беременности, в сравнении с беременными с неоперированными множественными миоматозными узлами. В результате исследования было установлено, что наиболее неблагоприятно беременность и роды протекают у пациенток с множественными миоматозными узлами.

**Annotation.** The article describes the feature of pregnancy and birth in patients who underwent conservative myomectomy before pregnancy, in comparison with pregnant women with non-operated multiple myomatous nodes. The study found that the most unfavorable pregnancy and birth occur in patients with multiple myomatous nodes.

**Ключевые слова:** миома матки, беременность, консервативная миомэктомия

**Keywords:** uterine fibroids, pregnancy, conservative myomectomy.

**Введение**

По данным Вихляевой Е.М. и соавторов, миома матки наиболее часто диагностируется в репродуктивном возрасте (в среднем, 32-33 года). С одной стороны миома матки длительное время может протекать без клинических проявлений, не препятствуя наступлению беременности. Однако беременность при миоме матки, а также роды и послеродовой период часто имеют осложненное течение. С другой стороны каждая 5-я женщина с миомой страдает бесплодием. Эффективным методом лечения миомы матки на этапе

планирования беременности является консервативная миомэктомия (КМЭ), однако проведение хирургического вмешательства на матке также несет негативные последствия как на наступление, так и на течение и исход гестации [1-2].

**Цель исследования** — проведение анализа особенностей гестации и родов у пациенток, перенесших консервативную миомэктомию до наступления беременности, в сравнении с беременными с неоперированными множественными миоматозными узлами.

#### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница №2» и «Гомельская городская клиническая больница №3». Был проведен ретроспективный анализ историй родов и обменных карт пациенток за 2014-2018 года. Основную группу составили 30 беременных с проведенной консервативной миомэктомией (КМЭ) в анамнезе. В группу контроля вошли 19 пациенток с множественными миоматозными узлами. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программ «Statistica 10.0» и «MedCalc 10.2.0.0».

#### **Результаты исследований и их обсуждение**

Медиана возраста пациенток основной и контрольной групп составила 32 года.

Сравнительные данные в группах по частоте осложнений течения гестации приведены в таблице 1.

Таблица 1

Осложнения течения беременности в зависимости от количества миоматозных узлов.

Осложнение беременности	Основная группа (N=30)		Контрольная группа (N=18)		Уровень значимости
	N1	%	n3	%	
Угроза прерывания беременности	10	33	10	56	$\chi^2=0,393$ ; $p=0,53$
Преэклампсия	12	40	8	44	$\chi^2=6,48$ ; $p=0,01$
ХФПН	21	70	15	83	$\chi^2=2,138$ ; $p=0,143$
Маловодие	0	0	10	56	<b>P=0,0003</b>
Многоводие	10	33	5	28	$\chi^2=11,45$ ; $p=0,0007$

Кровотечения во время беременности	0	0	6	33	P=0,3
Поперечное и косое положение плода	4	13	6	33	$\chi^2=1,247$ ; p=0,264
Тазовое предлежание плода	12	40	7	39	$\chi^2=6,48$ ; p=0,01
Предлежание петель пуповины	5	17	0	0	P=0,0027
Предлежание плаценты	4	13	0	0	P=0,01
ПОНРП	0	0	1	6	P=0,38

В ходе статистического анализа было установлено, что у беременных с множественными миоматозными узлами риск развития угрозы прерывания беременности выше в 76 раз (OR=76,1; 95%CI (4,17;1389,44); p=0,004), кровотечения во время беременности в 67 раз (OR=67,4; 95%CI (3,6;1261,45); p=0,005), а маловодия - в 161 раз (OR=160,8; 95%CI (8,32;3109,22); p=0,0008).

Основная и контрольная группы имели сопоставимые, но достаточно высокие показатели частоты хронической фетоплацентарной недостаточности, преэклампсии, поперечного и косого положения плода, а так же тазового предлежания плода.

При анализе рисков развития осложнений в родах у пациенток основной группы и группы с множественными миоматозными узлами необходимо отметить, что риск развития первичной слабости родовой деятельности был в 4 раза выше (OR=4,1; 95%CI (0,98;17,03); p=0,054) в когорте неоперированных пациенток. По результатам анализа осложнений во время родов было выявлено, что у пациенток двух групп можно ожидать патологическое кровотечение.

Обращает на себя внимание тот факт, что группа пациенток с множественными миоматозными узлами также имели более высокую вероятность развития воспалительной патологии последа в сравнении с группой с КМЭ в анамнезе в 9 раз (OR=8,7; 95%CI (2,32;32,37); p=0,001) повышается риск развития хориодецидуита, в 5 раз лимфоидной инфильтрации (OR=4,5; 95%CI (1,30;15,7); p=0,02), в 37 раз тромбоза межворсинчатого пространства (OR=36,6; 95%CI (1,94;690,57); p=0,02) и в 161 раз гиперплазии капилляров (OR=160,8; 95%CI (8,32;3109,22); p=0,0008).

#### **Выводы:**

Таким образом, можно сделать вывод, что течение беременности у пациенток с КМЭ в анамнезе несомненно имеет тенденцию к развитию гестационных и родовых осложнений, однако, по полученным нами данным,

риск развития патологии гестации статистически выше при наличии множественных миоматозных узлов.

**Список литературы:**

1. Адамян, Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных / Л. В. Адамян. – Москва: 2015. –101 с.
2. Roy K, Singla S, Baruah J, et al. Reproductive outcome following hysteroscopic myomectomy in patients with infertility and recurrent abortions / K.Roy , S.Singla, J.Baruah // Archives of Gynecology and Obstetrics –2010.–№282. – P.553-560.

УДК 618.1-089

**Горева Я.А., Антонова Е.А., Тен А. Р., Киселева М. К.  
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЁННОЙ АНЕСТЕЗИИ В  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Goreva Ya.A., Antonova E.A., Ten A. R., Kiselyova M. K.  
COMPLICATIONS AFTER ANESTHESIA IN GYNECOLOGICAL  
PRACTICE**

Department of Obstetrics and Gynecology, medical faculty  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: goreva\_96@mai.ru

**Аннотация.** В статье представлен сравнительный анализ осложнений в раннем послеоперационном периоде, после применения различных видов внутривенной анестезии. Исследование проводилось путем опроса 25 пациенток гинекологического стационара.

**Annotation.** The article presents a comparative analysis of complications in the early postoperative period, after the use of various types of intravenous anesthesia. The study was conducted by interviewing 25 patients of gynecological hospital.

**Ключевые слова:** внутривенная анестезия, пропофол, кетамин, тиопентал натрия, послеоперационные осложнения.

**Keywords:** intravenous anesthesia, propofol, ketamine, sodium thiopental, postoperative complications.

**Введение**