

**КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
имени С. Б. ДАНИЯРОВА**

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
имени И. К. АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет Д 14.23.665

На правах рукописи  
УДК 618.214-006.36-055.2:618.3/.5

**Агайдаров Руслан Дамирович**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ  
У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек – 2023**

**Работа выполнена** на кафедре акушерства и гинекологии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева

**Научный руководитель:** **Самигуллина Альфия Эльдаровна**  
доктор медицинских наук, профессор,  
ректор Бишкекского международного  
медицинского института

**Официальные оппоненты:** **Байгазаков Асылбек Топчубаевич**  
доктор медицинских наук, доцент,  
старший научный сотрудник Кыргызского  
научного центра репродукции человека  
Министерства здравоохранения  
Кыргызской Республики

**Кармышев Азат Омуркулович**  
кандидат медицинских наук, главный врач  
«DOC university clinic» г. Бишкек

**Ведущая (оппонирующая) организация:** Казахский Национальный университет имени Аль-Фараби, Высшая школа медицины, кафедра клинических дисциплин (050040, Республика Казахстан, г. Алматы, проспект Аль-Фараби, 71).

Защита диссертации состоится «5» декабря 2023 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.665 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова, соучредитель Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, по адресу: 720017, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Боконбаева, 144 а, конференц-зал, 4-й этаж. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации:

<https://vc.vak.kg/b/142-rbk-vcr-ybt>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова (720017, г. Бишкек, ул. Боконбаева, 144 а), Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92) и на сайте: <https://vak.kg>

Автореферат разослан «3» ноября 2023 года.

**Ученый секретарь**  
диссертационного совета  
кандидат медицинских наук



**Ч. А. Стакеева**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** В Законе Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» от 4 июля 2015 года №148, подчеркнуто, что «женщина имеет право на подготовку к беременности, охрану здоровья в период беременности, медицинскую помощь при родах и в послеродовом периоде с применением методов, сводящих к минимуму риск для ее здоровья, здоровья плода и новорожденного». Одним из основных направлений государственной политики в области охраны репродуктивных прав граждан является проведение научных исследований в области охраны репродуктивного здоровья граждан и внедрение современных методов и технологий для улучшения их репродуктивного здоровья. Исследования, направленные на сохранение репродуктивного потенциала страны, являются первоочередными и актуальными.

Мировые тенденции «омоложения» лейомиомы матки, обуславливающие ее встречаемость у беременных женщин до 30 лет, а также увеличение доли женщин, планирующих реализацию своей детородной функции в более поздние сроки, после 30 лет, ставят перед акушерами-гинекологами новые вызовы [А. А. Борщева, 2016; А. А. Тюрина, 2018; А. Э. Самигуллина, 2020].

Проведенные в Кыргызской Республике исследования [А. М. Жылкыбаев, 2006; А. А. Аскеров, 2011] установили, что частота лейомиом матки у женщин Кыргызстана колеблется на уровне 5,8-7,5% из общего числа женщин в возрасте от 18 до 60 лет, а у женщин активного репродуктивного возраста (26-35 лет) - 69,9-75,3%.

Исследовательские работы последних лет указывают на продолжение роста числа женщин, планирующих беременность на фоне лейомиомы матки или после ее коррекции, в таких условиях проблему определения тактики ведения беременности, прогнозирования и профилактики осложнений у матери, плода и новорожденного можно отнести к актуальным направлениям для углубленного изучения [Е. И. Басина, 2016; А. Э. Самигуллина, 2020].

Количественные характеристики осложнений беременности и родов, а также сведения о здоровье плода и новорожденного, полученные в ходе научных исследований, позволят врачам практического здравоохранения расширить свои представления по данной проблеме и повысить качество акушерской помощи беременным женщинам, что позволит снизить материнскую заболеваемость и смертность [Я. Р. Малышева, 2020].

Актуальной и часто обсуждаемой остается и проблема лечения пациенток с лейомиомой матки. Учитывая, что данная патология приходится на активный фертильный возраст, важным вопросом остается сохранение и реализация женщиной детородной функции. На сегодняшний день хирургические методы лечения остаются ведущими. Оперативному лечению подвергаются от 60,0% до 70,0% женщин с миомой матки, при этом удельный вес органосохраняющих

операций остается все еще на низком уровне, составив 8,0-18,8% [Ю. К. Памфамиров, 2012; Ю. Е. Караваев, 2019; О. О. Алибеков, 2021].

Таким образом, научные исследования, позволяющие шире осмыслить глубину нерешенных вопросов, обосновать необходимость пересмотра тактики ведения пациентов с лейомиомой матки, решить вопросы прогнозирования и профилактики осложненного течения беременности и родов, разработать комплексный подход к дородовому уходу, своевременны и необходимы.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями или основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научным учреждением.** Диссертационная работа выполнена в рамках комплексной темы научно-исследовательской работы Национального центра охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики «Перинатальная помощь женщинам репродуктивного возраста в Кыргызской Республике: проблемы и пути ее решения» (№ Государственной регистрации 0007216).

**Цель исследования:** определить тактику дородового ухода у женщин с лейомиомой матки на основе распространенности, оценки факторов риска, хирургической тактики, клинико-морфологических характеристик осложнений течения беременности и родов.

**Задачи исследования:**

1. Провести ретроспективный анализ распространенности лейомиомы матки у пациенток фертильного возраста и во время беременности, методов родоразрешения пациенток с лейомиомой матки и оперативной активности при лейомиоме матки, рассчитать прогноз динамики до 2027 года.

1. Оценить прогностическую значимость факторов риска и особенности клинического течения гестационного процесса, исходов беременности и родов для матери, плода и новорожденного у пациенток с лейомиомой и рубцом на матке после консервативной миомэктомии.

2. Изучить функциональное состояние фетоплацентарной системы у пациенток в третьем триместре беременности и морфологию плаценты при наличии лейомиомы матки.

3. Разработать алгоритм дородового ухода для женщин с лейомиомой матки.

**Научная новизна:**

1. Впервые в Кыргызской Республике представлена комплексная оценка состояния и динамики проблемы лейомиомы у пациенток за 2010-2022 гг., позволившая констатировать рост распространённости данной патологии в 2,4 раза ( $p < 0,001$ ), увеличение количества беременных с лейомиомой в 6,4 раза ( $p < 0,001$ ), увеличение числа беременных с рубцом на матке в 9,2 раза, самостоятельными родами родоразрешены в 8,2 раза чаще пациентки с лейомиомой матки ( $p < 0,001$ ). Этот процесс сопровождался ростом хирургической активности в 1,3 раза при терапии лейомиом, при низком уровне

лапароскопических миомэктомий ( $p < 0,001$ ). Среднесрочный статистический прогноз подтвердил вероятность сохранения выявленных тенденций относительно числа показателей к 2027 году

2. Впервые доказано, что в Кыргызской Республике система медицинского обслуживания пациенток с лейомиомой матки характеризуется поздней выявляемостью миоматозных узлов (у 67,9% женщин уже при беременности), низким уровнем планирования беременности (28,4%) и прегравидарной подготовки (14,8%). Среди факторов риска формирования лейомиомы высокая ранговая значимость доказана для сердечно-сосудистых (EF=89,9%), бесплодия (EF=94,0%), воспалительных заболеваний органов малого таза (EF=51,5%), преждевременных (EF=100%), ранних (EF=100%) и очень ранних родов (EF=100%).

3. Подтверждено, что наличие лейомиомы является фактором риска развития ряда осложнений гестации, при этом впервые представлены ранговая значимость вероятности осложнений для поэтапных триместров беременности: для всех трех триместров высок риск угрозы невынашивания беременности (EE=92,2%, EF=84,7%, EF=90,0%, соответственно, по триместрам), в первом триместре часто развивается ранний токсикоз (EF=85,0%), во втором – нарушения питания узла (EF=84,7%), в третьем – гипертензивные нарушения (EF=93,5%) и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (EF=100%).

4. Подтверждено, что беременность у пациенток с лейомиомой матки протекает на фоне снижения параметров плаценты и суммарной площади ворсин, их гиповаскуляризации, истончения плаценты, снижения ее межворсинчатого пространства, наличия признаков ДВС синдрома, являющихся патоморфологической основой невынашивания беременности. Впервые показано, что в 46,7% случаев изменения в плаценте и миометрии характеризуется наличием периваскулярного склероза, экспрессия коллагена и ламинина в эндотелиальных клетках, способствующих в последующем склерозированию послеоперационного рубца.

5. Самостоятельными родами беременность завершилась у 44,4% женщин, абдоминальным путем операции кесарево сечение – у 38,3% и кесаревым сечением с одномоментным удалением миоматозных узлов – у 17,3%.

6. Полученные, в процессе последовательного выполнения задач, данные стали обоснованием для разработки оптимизированного алгоритма медицинского ведения пациенток с лейомиомой матки на догоспитальном и госпитальном уровнях.

### **Практическая значимость полученных результатов:**

1. Полученные в исследовании данные об уровне встречаемости лейомиом матки, особенностях течения беременности и родов, объемах хирургической помощи у женщин с данной патологией являются обоснованием для планирования и внедрения в практическое здравоохранение мер,

направленных на повышение качества медицинской помощи женщинам фертильного возраста.

2. На основе результатов проведенного исследования расширены представления об особенностях течения гестации, морфофункциональных изменениях в комплексе мать-плацента-плод.

3. Сведения о факторах риска и вероятном прогнозе частоты беременных с лейомиомой матки являются ориентиром при формировании групп риска и при разработке мер по целевой подготовке кадрового потенциала.

4. Для практического здравоохранения разработана тактика дородового ухода для пациенток с лейомиомой матки, включающая формирование групп риска, методологию определения показаний и сроков удаления миоматозных узлов, ведения родов при лейомиоме матки и при наличии рубца на матке, с индивидуальным прогнозированием возможных осложнений и своевременным назначением необходимых мер профилактики.

5. Предложенный способ турникетного гемостаза позволил снизить объем кровопотери при оперативном родоразрешении беременных женщин с лейомиомой матки и сохранить орган репродуктивной системы в указанной группе пациенток (свидетельство на рационализаторское предложение № 936, выданное Кыргызпатентом 26.09.2023 г.).

6. Результаты исследования внедрены в клиническую практику родильного дома Национального центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Материалы диссертации используются в учебных программах врачей семейной медицины и акушеров-гинекологов Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Для современного акушерства характерен рост частоты распространённости лейомиомы матки, что влечет за собой рост оперативного родоразрешения с одномоментным удалением узлов, среднесрочный прогноз подтверждает сохранение данной тенденции до 2027 года.

2. Наличие лейомиомы матки и рубца на матке после консервативной миомэктомии обуславливает вероятность осложнений течения беременности и родов, число которых преобладает у пациенток с лейомиомой матки.

3. Течение беременности и родов у пациенток с лейомиомой матки протекает на фоне органометрических и морфологических изменений плаценты и миометрия, которые являются патогенетической основой формирования осложнений течения беременности и родов.

4. Алгоритм дородового ухода для пациенток с лейомиомой матки включает последовательность решения вопросов: возможность вынашивания беременности, необходимость удаления лейомиомы матки или вынашивания беременности на ее фоне и выбор метода родоразрешения.

**Личный вклад соискателя.** Программа исследования, выкопировка из первичного материала, наблюдение и обследование женщин, статистическая обработка и научная оценка, а также формулирование основных положений диссертации, выводов и заключений проведены лично соискателем.

**Апробация результатов исследований.** Результаты и основные положения диссертационной работы доложены и обсуждались на: международной конференции молодых ученых и студентов (Бишкек, 2009), XX международном конгрессе акушеров-гинекологов (Рим, 2012), международной конференции “Гинекология без границ” (Бишкек, 2023).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, из них 9 статей – в научных изданиях, рекомендованных Национальной аттестационной комиссией при Президенте Кыргызской Республики, 2 статьи – в зарубежных изданиях, индексируемых системой РИНЦ, с импакт-фактором не менее 0,1, получено одно рационализаторское предложение № 936, выданное Кыргызпатентом 26.09.2023 г.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа состоит из введения, глав: обзор литературы, методология и методы исследования, главы собственных исследований, заключения, практических рекомендаций, списка использованной литературы, приложения. Текст диссертации изложен на 204 страницах компьютерного текста, иллюстрирован 48 таблицами, 23 рисунками (в том числе 6 фото) и 1 схемой. Библиографический указатель составлен в алфавитном порядке и включает 120 источников, из них 57 англоязычных.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** диссертации представлена актуальность темы проведенного исследования, обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость работы и основные положения, выносимые на защиту.

**Глава 1. Обзор литературы.** Представлен аналитический обзор публикаций, освещающих современное представление об особенностях течения беременности у с лейомиомой матки, прогнозировании и возможных путях терапии, в разделах литературного обзора выделены дискуссионные вопросы, требующие дальнейшего изучения, что стало обоснованием к проведению данного исследования

### **Глава 2. Методология и методы исследования.**

Исследовательская работа проводилась на базе клинического родильного дома Национального центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (КРД НЦОМиД МЗ КР) в период с 2006 по 2022 годы.

**Объект исследования.** На первом этапе проведено ретроспективное исследование. Сплошным методом изучены данные о частоте и распространенности лейомиом матки у пациенток фертильного возраста и беременных, тактике родоразрешения и хирургического лечения при данной патологии из сводных годовых отчетов Центра электронного здравоохранения (ЦЭЗ) и КРД НЦОМид МЗ КР за 2010-2022 годы.

На втором и третьем этапах исследования проведено проспективное наблюдение за 381 беременной женщиной, из них: первая группа – 81 беременная пациентка с лейомиомой матки, вторая группа – 150 беременных пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии и контрольная группа – 150 условно здоровых беременных женщин, и морфологическое исследование последа и материала, полученного при оперативном родоразрешении.

Конечным результатом всего исследования явилась разработка единого алгоритма процесса управления рисками, алгоритма дородового ухода за пациентками с лейомиомой матки и рубцом на матке, алгоритма оптимизации процесса дородового ухода за пациентками с лейомиомой матки

**Предмет исследования:** пациентки с лейомиомой матки, особенности течения гестационного процесса, акушерский анамнез, экстрагенитальная патология, структура осложнений, течение и исходы родов для матери, плода и новорожденного.

**2.2 Методы исследования.** Разработана карта исследования для учета клинических данных и результатов дополнительных методов исследования. Обследование включало подробный сбор анамнеза, объективное, лабораторное и инструментальное комплексное обследование беременных женщин. Лабораторная диагностика проводилась в соответствии с протоколом дородового ухода беременных (общий анализ крови, общий анализ мочи). Функциональные методы: ультразвуковое и доплерометрическое исследование матки, внутриутробного плода, эхографическая диагностика. Патоморфологическое исследование плацент, в том числе определяли массу и объем плаценты, а также гистологическое изучение ткани плаценты. Оценка состояния новорожденных проводилась в динамике в течение неонатального периода общепринятыми методами.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью доступного в онлайн-режиме свободного программного пакета Центра по контролю Заболеваемости США OpenEpi 3.03. Анализ тенденций данных явлений во времени рассчитан с помощью интервального динамического ряда.

Среднесрочные прогнозы до 2027 года были рассчитаны с помощью уравнения парной линейной регрессии. Качество полученного уравнения проверено: значимостью коэффициентов и критерием Стьюдента, значимость уравнения в целом коэффициентов критерием Фишера (F-статистика), эмпирическим корреляционным отношением, коэффициентом детерминации.



Для количественных переменных использовали стандартные методы описательной статистики с расчетом относительных величин (Р) и их ошибок ( $m_p$ ), доверительных интервалов и t-критерия Стьюдента. При межгрупповых сравнениях применяли методы непараметрической статистики (Критерий Манна-Уитни). Оценка влияния пошаговых переменных проведена дискриминантным анализом.

Оценка степени влияния воздействия предикторов проводилась путем расчета показателей: OR (статистически значимо достоверным считался  $OR > 1$ ), RR (статистически значимым являлся  $RR > 1$ ), AR – атрибутивный (добавочный) риск (%), EF – этиологическая доля – для определения меры причастности и степени обусловленности фактора риска (%).

### Глава 3. Результаты собственных исследований.

**3.1 Частота, тенденции, прогноз и объем хирургической помощи у пациенток с лейомиомой матки.** Для прогнозирования и планирования необходимого объема организационных и лечебно-профилактических мероприятий на всех уровнях здравоохранения необходимо разностороннее изучение динамических процессов, наглядно показывающих изменение какого-либо явления во времени. Анализ динамического ряда распространенности лейомиомы матки у женщин Кыргызской Республики за период 2010-2022 гг. выявил рост данной патологии в 2,4 раза за анализируемый период с 19,5 на 100 тыс. женщин в 2010 году до 47,4 на 100 тыс. женщин к 2022 году,  $p < 0,001$ . Среднесрочный прогноз рассчитанный на основе показателей динамического ряда, подтверждает динамику роста распространенности лейомиомы матки до 52,8 на 100 тыс. женщин к 2027 году, что в 2,7 раза выше 2010 года ( $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,5$ ;  $F = 4,7$ ;  $\eta = 0,6$ ).

Распространенность лейомиомы матки у женщин КР в родах за анализируемый период отличалась стабильно высокими показателями (6,8 на 1 тыс. родов в 2010 году и 6,7 на 1 тыс. родов в 2022 году) без тенденций к снижению. Среднесрочный прогноз подтверждает сохранение стабильности процесса и к 2027 году показатель может быть равен 6,5 на 1 тыс. родов (рисунок 3.1.2).

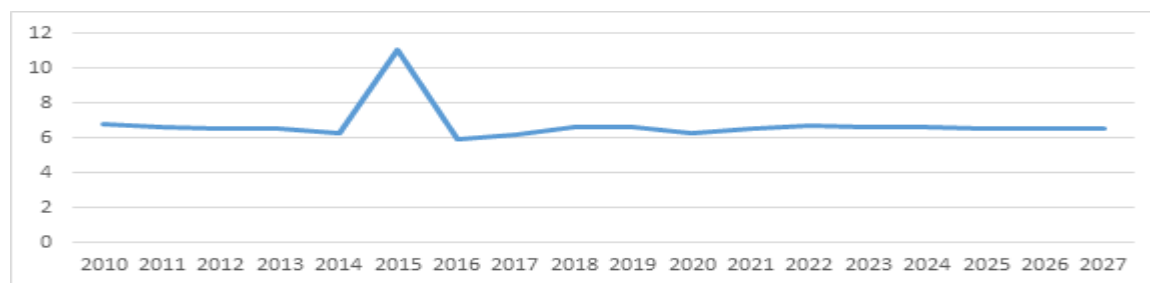


Рисунок 3.1.2 - Распространенность и среднесрочный прогноз частоты лейомиомы матки у женщин в родах КР (на 1 тыс. родов).

Количество беременных пациенток с лейомиомой матки, получающих медицинскую помощь по родовому уходу в Центре планировании семьи «Брак и семья» КРД НЦОМид МЗ КР, за анализируемый период увеличилось в 6,4 раза (с  $1,6 \pm 0,2$  на 100 беременных женщин в 2010 году до  $5,1 \pm 0,2$  на 100 беременных женщин к 2022 году,  $p < 0,001$ ). Среднесрочный прогноз установил дальнейший рост числа беременных пациенток с лейомиомой матки до  $4,8 \pm 0,2$  на 100 беременных женщин к 2027 году,  $R^2 = 0,9$ ;  $F = 64,2$ ;  $\eta = 0,9$  (рисунок 3.1.3).

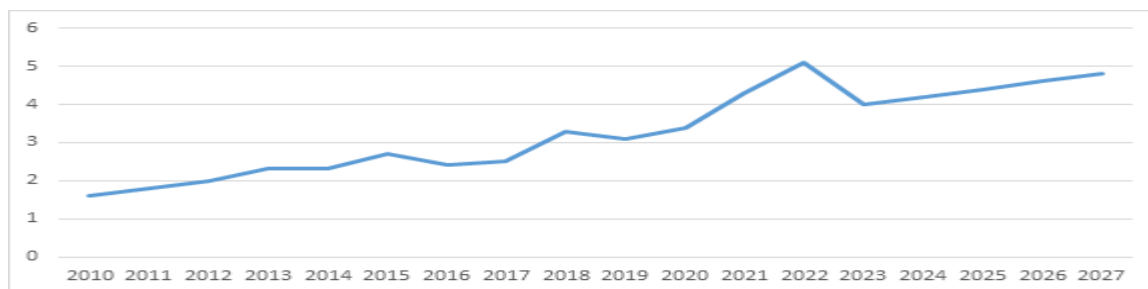


Рисунок 3.1.3 - Распространённость и среднесрочный прогноз числа беременных пациенток с лейомиомой матки на базе РД НЦОМид (на 100 беременных).

Количество беременных пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии, получающих медицинскую помощь в КРД НЦОМид МЗ КР по родовому уходу, за анализируемый период увеличилось в 9,2 раза, с  $0,5 \pm 0,1$  на 100 беременных женщин в 2010 году до  $2,2 \pm 0,2$  на 100 беременных женщин к 2022 году,  $p < 0,001$ . Рассчитанный среднесрочный прогноз числа беременных пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии подтверждает вероятность роста показателя до  $2,6 \pm 0,2$  на 100 беременных к 2027 году (рисунок 3.1.4). Т.е. возможен рост показателя в 5,2 раза, в сравнении с 2010 годом ( $R^2 = 0,6$ ;  $F = 16,4$ ;  $\eta = 0,8$ ).

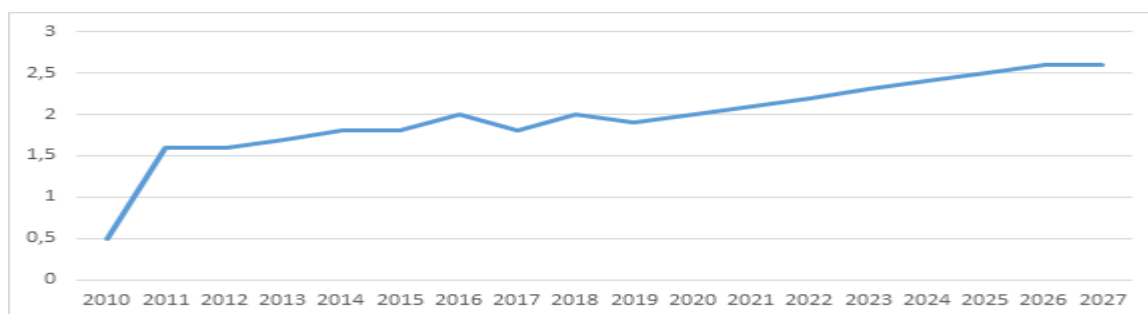


Рисунок 3.1.4 - Распространённость и среднесрочный прогноз числа беременных пациенток с рубцом на матке после консервативной миомэктомии на базе РД НЦОМид (на 100 беременных).

За анализируемый 13-ти летний период самостоятельные роды у пациенток с лейомиомой матки в родильном доме НЦОМид были, в базовый 2010 год  $9,7 \pm 1,6$  на 1 тыс. родов и к 2022 году составили  $14,0 \pm 1,6$ , соответственно, статистически значимой разницы не установлено,  $p=0,05$ . Среднесрочный прогноз подтверждает), что, при сохраняющейся ситуации, частота самостоятельных родов у пациенток с лейомиомой матки к 2027 году будет равна 12,6 на 1 тыс. родов (рисунок 3.1.6). Самостоятельными родами, в среднем, в 8,2 раза чаще будет заканчивать беременность у пациенток с лейомиомой матки, нежели операцией кесарево сечение (КС),  $p<0,001$ .

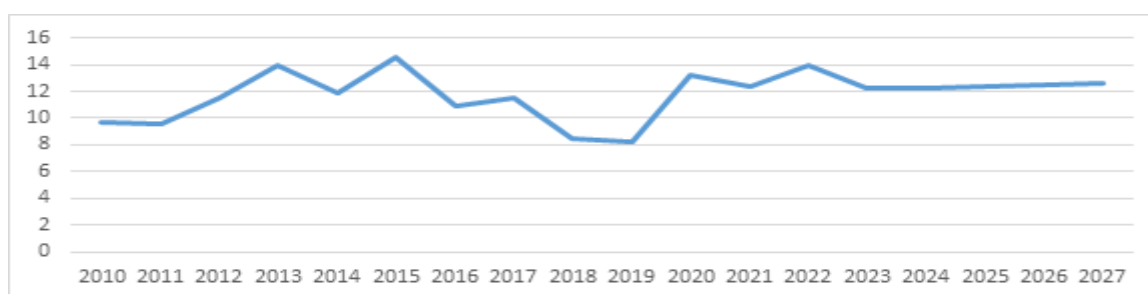


Рисунок 3.1.6 - Динамика частоты самостоятельных родов у пациенток с лейомиомой матки за период 2010-2027 гг. в РД НЦОМид (на 1 тыс. родов).

Однако частота абдоминальных родов путем операции КС у пациенток с лейомиомой матки, за анализируемый период выросла, в 2,4 раз, в среднем в год у 19,3 женщин (рисунок 3.1.5). Частота КС с одномоментным удалением миоматозного узла за весь анализируемый период имела стабильную динамику удерживания показателя на одном уровне (в 2010 г. – 1,8 на 100 КС к 2022 г. – 1,7), к 2027 году прогностическая величина показателя будет равна 1,4 на 100 случаев КС ( $R^2=0,01$ ;  $F=1,4$ ;  $\eta=0,1$ ).

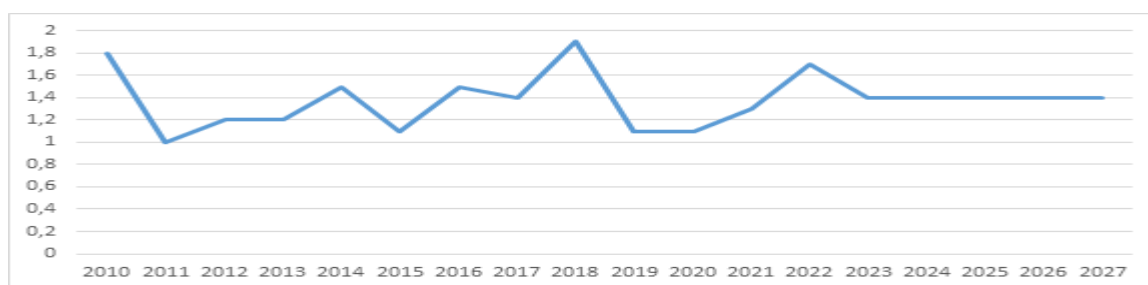


Рисунок 3.1.5 - Динамика частоты абдоминальных родов у пациенток с лейомиомой матки за период 2010-2027 гг. в РД НЦОМид (на 100 КС).

Учитывая, что в стране не разработаны и не внедрены клинические протоколы по ведению пациенток с лейомиомой матки, полученные данные, могут стать обоснованием необходимости принятия решений на уровне МЗ КР,

направленных на разработку программ обеспечения потребностей женщин в реализации их детородной функции и снижения хирургической агрессии при ведении данной категории женщин.

Проведенный анализ частоты хирургической тактики в терапии лейомиом матки у женщин фертильного возраста в КРД НЦОМид, за период 2010-2019 гг., установил, что в среднем в год из общего числа оперативных вмешательств на хирургическое лечение лейомиом матки приходится 4,6%. При этом статистически значимо в 1,5 раза растет хирургическая активность по поводу лейомиом матки у женщин фертильного возраста (2010 год –  $3,5 \pm 0,5$  на 100 женщин и 2019 год –  $5,4 \pm 0,6$ ),  $p < 0,001$ . Частота лапаротомных консервативных миомэктомий у женщин фертильного возраста имеет тенденцию роста в 2,5 раз (2010 год – 1,2 на 100 женщин фертильного возраста и 2019 год – 3,0),  $p < 0,001$ , среднесрочный прогноз указывает на дальнейший рост лапаротомных консервативных миомэктомий до 2,7 на 100 женщин к 2024 году. Для лапароскопических консервативных миомэктомий характерно снижение показателей до 2022 года. Полученные в исследовании данные указывают на позднее внедрение и низкий уровень лапароскопического метода хирургического лечения данного заболевания. Учитывая полученные в исследовании данные, необходимо пересмотреть тактику хирургических вмешательств с акцентом на органосохраняющие и малоинвазивные методы лечения лейомиом матки для сохранения репродуктивного потенциала у женщин фертильного возраста.

Оценка трендов путем анализа динамического ряда за 2010-2022 годы распространенности лейомиом матки у женщин КР, частоты встречаемости беременных с лейомиомой матки и рубцом на матке, их родоразрешения и оперативной активности по поводу лейомиом матки доказала рост распространенности лейомиом матки, рост хирургической активности с низким уровнем лапароскопических методов органосохраняющих операций у женщин фертильного возраста, рост числа беременных с лейомиомой матки и рубцом на матке после консервативных миомэктомий, низким уровнем абдоминального родоразрешения с одномоментным удалением миоматозного узла и положительной динамикой их родоразрешения путем самостоятельных родов.

Для эффективной работы врачей практического здравоохранения по дородовому уходу на современном этапе недостаточно выявить и представить риски, им необходим инструмент управления этими рисками, который позволит снизить осложнения гестации и родов. На основе полученных данных нами разработан алгоритм процесса управления рисками (рис. 3.1.12). Для эффективного оказания медицинской помощи беременным женщинам с лейомиомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии необходимы определенные условия, без соблюдения которых процесс не будет замкнутым и не получится добиться устойчивости процесса.

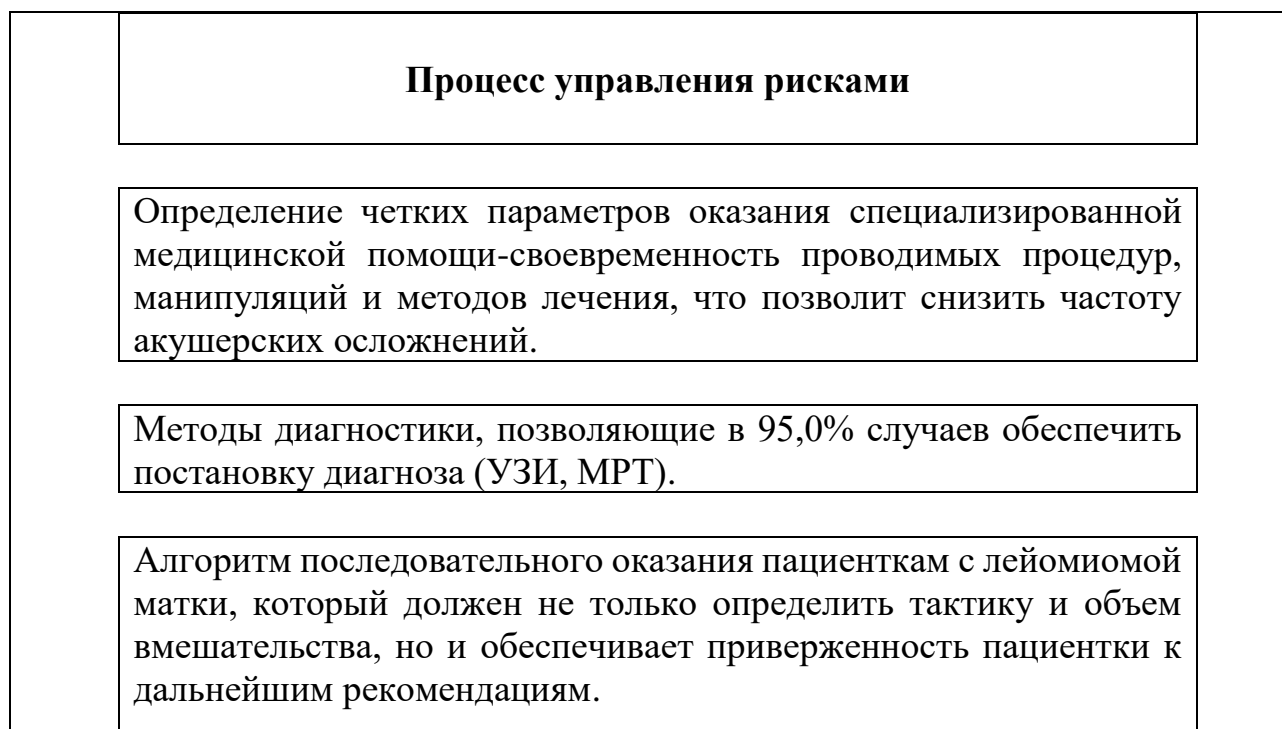


Рисунок 3.1.12 - Алгоритм процесса управления рисками.

Алгоритм индивидуально-ориентированного дородового ухода на всех уровнях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам с лейомиомой матки, должен быть составлен с учетом регулярно проводимых консультаций при каждом посещении с оценкой рисков и прогноза. Важным моментом достижения эффективности в снижении осложнений гестации и родов у беременных с лейомиомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии является приверженность пациентки к рекомендациям медицинских работников, а для этого необходима вовлеченность супружеской пары, которая не может быть достигнута без донесения полной и достоверной информации, и активного участия самой пациентки в принятии решений.

Однако, для того чтобы алгоритм процесса управления рисками получил широкое применение и показал свою эффективность на практике необходимы определенные условия. Важными составляющими таких условий на наш взгляд выступают несколько ключевых моментов (рис. 3.1.13).

Предложенный алгоритм управления рисками будет более эффективно внедрен в работу медицинских работников, если для последних будут представлены факторы риска возникновения и инструменты прогнозирования осложнений беременности и родов у беременных пациенток с лейомиомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии, поэтому следующим этапом нашего исследования стало выявление факторов риска и прогнозирование осложнений данной категории пациенток.

<b>Важными составляющими при этом являются:</b>
Наличие обученного персонала для оказания специализированной медицинской Помощи пациенткам с лейомиомой матки с исключением элементов агрессии при медицинских вмешательствах.
Наличие принципов планирования результата с элементами преемственности на всех уровнях медицинской помощи и повышением ответственности самой женщины за достижение результата.
Критерии достижимости запланированного результата – описание, перечень, условий выполнения, меры профилактики и оценка дефектов.
Меры профилактики осложнений, отрицательных исходов и отдаленных последствий должны включать полное описание вмешательств обеспечить осведомленность женщины о проведенных манипуляциях, при выписке из стационара.
Рекомендации для врачей семейной медицины и самой пациентки

Рисунок 3.1.12 - Алгоритм процесса управления рисками.

**3.2 Факторы риска и особенности клинического течения гестационного процесса, исходов беременности и родов для матери, плода и новорожденного у пациенток с лейомиомой и рубцом на матке после консервативной миомэктомии.** Из числа наблюдаемых нами пациенток с лейомиомой матки 62,8% были жительницами городов. По национальной принадлежности большая часть женщин были представительницами азиатской национальности - 81,4%.

Становление и реализация репродуктивной функции пациенток с лейомиомой матки отличалась от группы контроля статистически значимым более частым поздним наступлением первых месячных ( $p < 0,01$ ), началом половой жизни после 26 лет ( $p < 0,001$ ), первичным бесплодием ( $p < 0,001$ ), из числа имевших беременность статистически значимо чаще имело место вторичное бесплодие ( $p < 0,001$ ). У 204 женщин в анамнезе были беременности, которые закончились срочными родами - у 84,8%, преждевременными - у 8,6%, ранними – у 5,3% и очень ранними - у 1,3%.

Статистически значимо реже беременные с лейомиомой матки (1 группа) планировали беременность (28,4%,  $p < 0,001$ ) и прошли прегравидарную подготовку (14,8%,  $p < 0,001$ ) в сравнении с пациентками с рубцом на матке после консервативной миомэктомии (2 группа) и группой контроля, однако приняли

решение доносить беременность до родов и родить ребенка. Впервые лейомиома матки выявлена у 67,9% женщин при УЗ диагностике беременности. Статистически значимо реже женщины первой группы были охвачены ранней явкой (32,1%) в сравнении с двумя другими группами,  $p < 0,001$ .

У пациенток с лейомиомой матки в сравнении с контрольной группой из соматической патологии статистически значимо чаще имели место заболевания органов дыхания ( $p < 0,001$ ), сердечно-сосудистой системы ( $p < 0,001$ ), мочевыделительной системы ( $p < 0,05$ ) и желудочно-кишечного тракта ( $p < 0,01$ ), а также сочетания их с другой соматической патологией ( $p < 0,001$ ). Выявлена тесная корреляционная связь между заболеваниями сердечно-сосудистой системы и лейомиомой матки ( $r = 1,0$ ), а также заболеваниями мочевыделительной системы и лейомиомой матки ( $r = 0,99$ ).

Из числа гинекологической патологии статистически значимо чаще у женщин основной группы выявлялись бесплодие ( $p < 0,001$ ), воспалительные процессы внутренних половых органов ( $p < 0,01$ ) и АГС ( $p < 0,05$ ), при этом выявлена тесная корреляционная связь формирования миомы матки с названной гинекологической патологией ( $r = 1,0$ ,  $r = 0,99$  и  $r = 1,0$ ).

Относительный риск, рассчитанный при сочетании лейомиомы матки и дополнительно выявленных факторов риска формирования репродуктивной функции, соматического здоровья и акушерско-гинекологической заболеваемости, колебался в интервале от 1,3 до 16,7. При этом доказана полная степень обусловленности сочетанием таких факторов риска как: заболевания сердечно-сосудистой системы ( $RR = 9,9$ ;  $AR = 29,2\%$ ;  $EF = 89,9\%$ ), бесплодия ( $RR = 16,7$ ;  $AR = 11,0\%$ ;  $EF = 94,0\%$ ), преждевременных родов ( $RR = 8,6$ ;  $AR = 8,6\%$ ;  $EF = 100,0\%$ ), ранних родов ( $RR = 5,3$ ;  $AR = 5,3\%$ ;  $EF = 100,0\%$ ), очень ранних родов ( $RR = 1,3$ ;  $AR = 1,3\%$ ;  $EF = 100,0\%$ ). При дородовом уходе собирая анамнез у пациенток с лейомиомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии, особое внимание необходимо обращать именно на эти факторы риска, которые в сочетании с лейомиомой матки с высокой степенью вероятности могут осложнить течение гестации и родов.

При изучении количества, размеров и расположения миоматозных узлов у 81 пациентки с лейомиомой матки согласно классификации Wamsteker выявлено 39 вариантов встречаемости сочетаний, в зависимости от размера, расположения, ширины основания, проникновения в миометрий и боковую стенку матки, имели лейомиомы матки с оценкой 1 балл (3,7%), 2 балла (17,3%), 3 балла (32,1%), 4 балла (22,2%), 5 баллов (9,9%) и 6 баллов (14,8%) женщин. С низкой оценкой 1-4 балла беременные пациентки с лейомиомой матки составили 75,3%, средней оценкой 5-6 баллов - 24,7%, с высокой оценкой 7-9 баллов не выявлено, таким образом чаще всего беременность у женщин с лейомиомой матки наступала при низкой и средней балльной оценке с расположением узлов интрамурально и серозно-интрамурально. При изучении количества, размеров и расположения миоматозных узлов у 150 женщин с рубцом на матке после

консервативной миомэктомии, наличие миоматозных узлов выявлено у 75 женщин и 38 вариантов встречаемости сочетаний: с оценкой 1 балл (9,3%), 2 балла (17,3%), 3 балла (44,0%), 4 балла (13,3%), 5 баллов (5,4%) и 6 баллов (10,7%). С низкой оценкой 1-4 балла беременные женщины с рубцом на матке после миомэктомии имели лейомиомы матки - 84,0% и со средней оценкой 5-6 баллов - 16,0%.

В первом триместре беременности у пациенток с лейомиомой матки низкого риска угроза выкидыша в ранние сроки выявлена у 65,4% и ранний токсикоз у 30,8%. Само наличие миоматозных узлов даже низкого риска в 7,6 раз увеличивает риски прерывания беременности у пациенток с лейомиомой матки, что статистически значимо выше группы контроля,  $p < 0,001$ . В группе среднего балла беременность осложнилась в 1-м триместре угрозой выкидыша в ранние сроки в 100,0% и ранним токсикозом в 50,0%. Полученные данные доказывают, что средний риск по баллам миоматозных узлов является высоким риском осложненного течения 1-го триместра гестации у пациенток с лейомиомой матки, в 12,8 раза возрастает риск прерывания беременности, что статистически значимо выше контрольной группы,  $p < 0,001$  и в 9,1 раз возрастает риск раннего токсикоза,  $p < 0,001$ .

Во втором триместре беременности у пациенток с лейомиомой матки низкого риска выявлена угроза выкидыша в поздние сроки в 13,1% и нарушение питания миоматозного узла в 1,6%, со средним риском по миоматозным узлам - угроза прерывания в 30,0% и нарушение питания миоматозного узла в 10,0%. Полученные данные указывают, что в 2,3 раза статистически чаще ( $p < 0,001$ ) беременность осложнялась угрозой выкидыша в поздние сроки у женщин среднего риска в сравнении с группой низкого риска и в 6,5 раз чаще с группой контроля,  $p < 0,001$ .

В третьем триместре беременности у пациенток с лейомиомой матки низкого риска по миоматозным узлам выявлена угроза преждевременных родов в 1,6%, гипертензивные нарушения в 19,7% и ПОНРП в 1,6%, обращает на себя внимание высокий процент женщин с гипертензивными нарушениями. В группе женщин со средним риском по миоматозным узлам в третьем триместре беременности выявлена угроза прерывания в 20,0%, гипертензивные нарушения в 20,0% и ПОНРП в 10,0%. Выявлена статистически значимая разница между группами по частоте встречаемости угрозы невынашивания ( $p < 0,001$ ) и ПОНРП ( $p < 0,001$ ), по гипертензивным нарушениям группы однородны,  $p > 0,05$ .

Статистически значимо чаще в группе среднего балла выявлена угроза невынашивания (20,0%) в сравнении с группой низкого балла (1,6%),  $p < 0,001$ , что в 12,5 раза чаще и в 10 раз чаще группы контроля,  $p < 0,001$ . В 10 раз чаще беременность осложнилась ПОНРП в группе женщин среднего балла в сравнении с группой низкого балла, и в 20,0 раз чаще группы контроля,  $p < 0,001$ .

Высокий процент гипертензивных нарушений в обеих группах пациенток с лейомиомой матки указывает на высокий риск обусловленный самой



лейомиомой матки и частотой встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы у данной категории женщин. Лейомиома матки является риск-фактором развития таких осложнений гестации, как: в первом триместре гестации угроза выкидыша (RR=12,8; AR=92,2%; EF=92,2%) и ранний токсикоз (RR=9,1; AR=44,5%; EF=89,0%); во втором триместре - угроза позднего выкидыша (RR=6,5; AR=25,4%; EF=84,7%) и нарушение питания узла (RR=10,0; AR=10,0%; EF=100,0%); в третьем триместре - угроза преждевременных родов (RR=10,0; AR=18,0%; EF=90,0%), гипертензивные нарушения (RR=15,4; AR=18,7%; EF=93,5%) и ПОНРП (RR=10,0; AR=10,0%; EF=100,0%). Полученные в исследовании данные подтверждают высокую степень вероятности развития осложнений гестации, приводящих к росту заболеваемости с повышением риска смертности для пациенток с лейомиомой матки со средним балльным риском миоматозных узлов.

У пациенток с лейомиомой матки низкого риска миоматозные узлы в первом триместре гестации росли у 19,7%, в группе со средней балльной оценкой - у 20,0%, статистически значимой разницы между группами не выявлено,  $p>0,05$ . От первоначальных размеров узлов рост наблюдался на 10,0%-15,0% вне зависимости от балльной оценки узлов. Во втором триместре гестации у женщин с низкой балльной оценкой миоматозные узлы росли у 14,8%, в группе со средней балльной оценкой - у 15,0%, статистически значимой разницы между группами не выявлено,  $p>0,05$ , от первоначальных размеров узлов рост наблюдался на 10,0%-12,0% вне зависимости от балльной оценки узлов.

У беременных пациенток с рубцом на матке в сочетании лейомиомой матки с низкой балльной оценкой миоматозные узлы в первом триместре гестации росли у 17,5%, в группе со средней балльной оценкой - у 25,0%, статистически значимой разницы между группами не выявлено,  $p>0,05$ , от первоначальных размеров узлов рост наблюдался на 10,0%-15,0% вне зависимости от балльной оценки узлов. Во втором триместре гестации у женщин с низкой балльной оценкой миоматозные узлы росли у 14,3%, в группе со средней балльной оценкой - у 16,6%, статистически значимой разницы между группами не выявлено,  $p>0,05$ , от первоначальных размеров узлов рост наблюдался на 10,0%-12,0% вне зависимости от балльной оценки узлов.

Относительный риск в группе пациенток с рубцом на матке без миоматозных узлов колеблется в пределах от 1,3 до 6,2, наибольший относительный риск приходится также на гипертензивные нарушения в третьем триместре беременности, доказывая высокую вероятность материнской смертности и заболеваемости. Почти полная степень обусловленности развития осложнений доказана только для гипертензивных нарушений (RR=6,2; AR=6,7%; EF=83,8%).

Рубец на матке в сочетании с лейомиомой матки является риск-фактором развития таких грозных осложнений гестации, как: в первом триместре гестации угроза выкидыша в ранние сроки (RR=12,8; AR=92,2%; EF=92,2%); во втором

триместре – угроза выкидыша в поздние сроки ( $RR=10,9$ ;  $AR=45,4\%$ ;  $EF=90,8\%$ ); в третьем триместре – угроза преждевременных родов ( $RR=12,5$ ;  $AR=23,0\%$ ;  $EF=92,0\%$ ) и гипертензивные нарушения ( $RR=25,6$ ;  $AR=32,0\%$ ;  $EF=96,1\%$ ). Полученные в исследовании данные подтверждают высокую степень обусловленности развития осложнений гестации, приводящих к росту заболеваемости с повышением риска смертности для пациенток с рубцом на матке в сочетании лейомиомой матки со средним балльным риском миоматозных узлов.

В группе 1 (пациентки с лейомиомой матки) самостоятельными родами завершилась беременность у 44,4%, абдоминальными родами путем операции кесарево сечение - у 38,3% и кесаревым сечением с одномоментным удалением миоматозного узла - у 17,3%. Во второй группе (пациентки с рубцом на матке после консервативной миомэктомии) самостоятельные роды были у 48,7%, абдоминальные роды путем операции кесарево сечение - у 38,0% и кесаревым сечением с одномоментным удалением миоматозного узла - у 13,3%, статистически значимой разницы между группами не выявлено,  $p>0,05$ . Оперативным путем родоразрешали женщин с рубцом на матке после перенесенной консервативной миомэктомии только в случаях несостоятельности рубца на матке и при наличии других акушерских показаний. У женщин обеих групп сравнения статистически значимо чаще отмечалось осложненное течение родов по сравнению с группой контроля, при этом у пациенток с лейомиомой матки более высокими были показатели по дородовому излитию околоплодных вод, преждевременному наступлению родов, по внутриутробной гипоксии плода,  $p<0,001$ .

У пациенток с лейомиомой матки в 2,2 раза чаще в сравнении с женщинами с рубцом на матке рождались дети с признаками ЗРП. Худшим был исход родов для плода и новорожденного у пациенток с лейомиомой матки, уровень перинатальных потерь у которых составил 9,7%. Средняя масса тела новорожденных при рождении среди исследованных групп женщин составила: 1 группа -  $3200,0\pm100$  на 100 новорожденных, 2 группа -  $3050,0\pm0,75$  и контрольная -  $3400,0\pm150$  соответственно.

В послеродовом периоде в группе пациенток с рубцом на матке статистически значимо чаще встречались такие осложнения как: кровопотеря 1000,0 мл и более (8,0%), гипотония матки в раннем послеродовом периоде (14,0%), гематометра в раннем послеродовом периоде (15,3%), субинволюция матки с формированием лохиометры (12,0%) и послеродовый эндометрит (4,0%),  $p<0,001$ . В группе пациенток с лейомиомой матки статистически значимо чаще, чем в группе контроля послеродовый период осложнился: кровопотерей 1000,0 мл и более (3,7%), гипотонией матки в раннем послеродовом периоде (7,4%), гематометрой в раннем послеродовом периоде (8,6%), субинволюцией матки с формированием лохиометры (4,9%) и послеродовым эндометритом (1,2%),  $p<0,001$ .

Полученные результаты стали научным обоснованием для разработки алгоритма дородового ухода за пациентками с лейомиомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии, позволяющего снизить осложнения гестации и родов у данной категории женщин.

**3.3 Функциональное состояние фето-плацентарной системы и морфологическая характеристика плацент и миометрия у пациенток, выносивших беременность с лейомиомой матки и с рубцом на матке после консервативной миомэктомии.** Следующим этапом исследования проведена сравнительная оценка функционального состояния фето-плацентарной системы у беременных с лейомиомой матки и после перенесенной консервативной миомэктомии. Фетоплацентарная недостаточность диагностирована статистически значимо чаще у беременных с лейомиомой матки ( $31,7 \pm 7,3$  на 100 беременных) и с рубцом на матке после консервативной миомэктомии ( $20,0 \pm 9,9$  на 100 беременных) в сравнении с контрольной группой ( $5,3 \pm 1,8$  на 100 беременных),  $p < 0,01$ .

При функциональной оценке состояния фето-плацентарной системы отмечено, что у беременных с лейомиомой матки чаще всего выявлялись нарушения со стороны сердечной деятельности плода, дыхательных движений плода, его двигательной активности и структуры плаценты.

Не выявлено статистически значимой разницы в частоте наличия ФПН у женщин обеих групп сравнения, однако она в 2,5 раза чаще осложняет беременность в этих группах в сравнении с женщинами группы контроля ( $p < 0,001$ ). Статистически значимо чаще при лейомиоме матки диагностировалась ЗВУР плода ( $26,8 \pm 6,9$  на 100 обследованных,  $p < 0,05$ ).

При изучении морфологии плацент у пациенток с лейомиомой матки было установлено, что их центральные отделы были в подавляющем большинстве случаев полнокровны, на разрезе в них зияли кровеносные сосуды. При осмотре был отмечен ряд изменений: на материнской поверхности плаценты были обнаружены псевдоинфаркты и ишемические инфаркты, немногочисленные очаги обызвествления в различных ее долях, пластинчатые кровоизлияния под оболочками плаценты. Для беременных с лейомиомой матки при локализации плаценты над миоматозными узлами было характерно снижение органометрических параметров плаценты (уменьшение ее средней массы и средних размеров). Данные морфометрии плаценты свидетельствовали о снижении суммарной площади ворсин и площади каждой ворсины в отдельности, уменьшались также площадь сечения трофобласта и его объемная плотность. При изучении плацент у женщин с лейомиомой матки, отмечалась морфологическая незрелость ворсин.

При патоморфологическом исследовании интактного миометрия у женщин с консервативной миомэктомией были выявлены два варианта его морфологического строения. Первому варианту соответствовали изменения, характерные для миометрия при доношенном сроке беременности у 53,3%

женщин. Основными характеристиками при первом варианте строения миометрия являлись: упорядочное расположение гипертрофированных мышечных волокон, отсутствие явлений дистрофии в миоцитах, окруженных тонкими соединительнотканными волокнами, адекватная васкуляризация, что подтверждалось умеренной экспрессией фактора Виллебранда, слабо выраженная экспрессия коллагена, отсутствие ламинина в клетках, равномерная экспрессия десмина и виментина. При втором варианте отмечались грубые десмопластические изменения, которые характеризовались не только выраженным периваскулярным склерозом вокруг капилляров и венул, но и склерозом вокруг лейомиоцитов, создающим плотный соединительнотканый каркас, который был вокруг одиночных миоцитов и целых групп.

При втором варианте, в отличие от первого, в морфологическом строении отмечена выраженная экспрессия коллагена IV типа на базальных мембранах и соединительнотканых прослойках гладких мышечных и коллагеновых волокон. Также отмечалась умеренно выраженная экспрессия ламинина в эндотелиальных клетках. Экспрессия фактора Виллебранда была умеренно выраженной во всех наблюдениях, что было расценено нами как реакция на повреждение тканей. Экспрессия десмина и виментина была слабо выраженной в зонах склероза.

Проведенное морфологическое исследование позволяет предположить, что у пациенток, исходно имеющих десмопластические изменения в строении миометрия, возможно формирование соединительнотканного рубца с выраженными процессами склероза и гиалиноза.

**3.4 Алгоритм ведения беременности и родов у пациенток с лейомиомой матки.** В ходе исследования на основе полученных данных разработаны и предложены для организаторов здравоохранения и практикующих врачей семейной медицины и акушеров-гинекологов: алгоритм процесса управления рисками, алгоритм дородового ухода за пациентками с лейомиомой матки и рубцом на матке, алгоритм оптимизации процесса дородового ухода за пациентками с лейомиомой матки (рисунок 3.4.2 ).

Внедрение данных алгоритмов улучшит клиническую эффективность медицинских мероприятий, проводимых в каждом конкретном случае, будет зависеть от неукоснительного выполнения ряда условий: индивидуальная ориентированность, последовательность, непрерывность, своевременность анализа эффективности, обоснованности и соответствия клиническому статусу пациентки проводимых диагностических и терапевтических мер, и позволит снизить частоту осложнений гестации и родов у беременных пациенток с лейомиомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии, что, в конечном результате, позволит снизить материнскую и детскую заболеваемость и смертность.

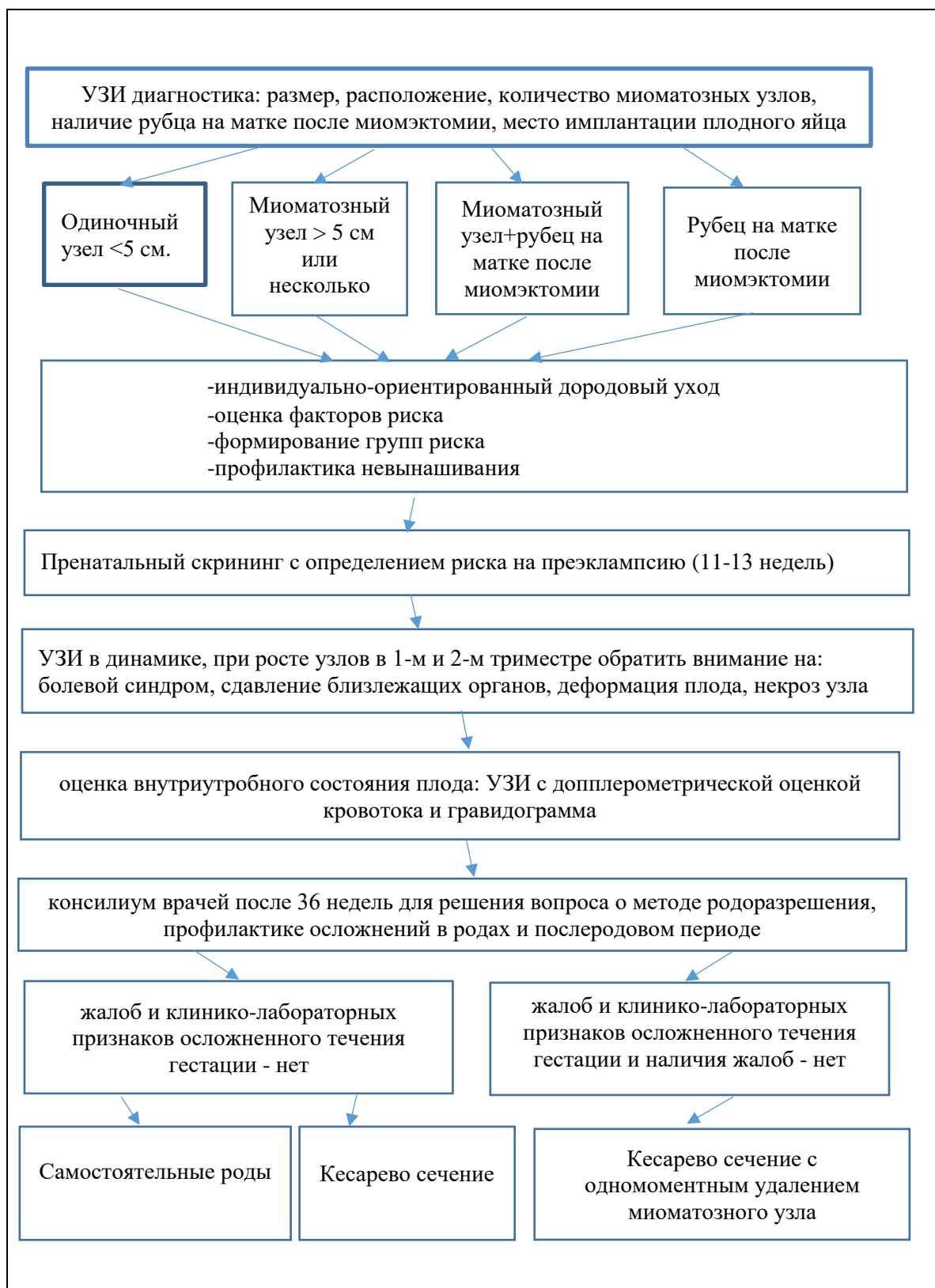


Рисунок 3.4.2 - Алгоритм дородового ухода пациенток с лейомиомой матки.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. В период с 2010 по 2022 гг. отмечался рост числа беременных пациенток с лейомиомой матки в 6,4 раза,  $p < 0,001$ , числа беременных женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии в 9,2 раза,  $p < 0,001$  с высокими показателями числа пациенток с лейомиомой матки в родах (6,8 на 1 тыс. родов в 2010 году и 6,7 на 1 тыс. родов в 2022 году), родами путем операции КС с одномоментным удалением миоматозного узла (в 2010 г. – 1,8 на 100 КС к 2022 г. – 1,7) на фоне роста распространенности лейомиомы матки в 2,4 раза,  $p < 0,001$  и хирургической активности при терапии лейомиом матки у женщин фертильного возраста в 1,3 раза,  $p < 0,001$  с преобладанием лапаротомных консервативных миомэктомий, при низком уровне лапароскопических оперативных вмешательств, среднесрочные прогнозы подтверждают сохранение данной динамики до 2027 года ( $R^2=0,9$ ;  $F=64,2$ ;  $\eta=0,9$ ).

2. Миоматозные узлы у пациенток с лейомиомой матки выявляются впервые на УЗИ во время беременности в 67,9%. Лейомиома матки является риск-фактором развития таких грозных осложнений гестации, как: в первом триместре гестации угроза выкидыша в ранние сроки ( $EF=92,2\%$ ) и ранний токсикоз ( $EF=89,0\%$ ); во втором триместре - угроза выкидыша в поздние сроки ( $EF=84,7\%$ ); в третьем триместре - угроза невынашивания ( $EF=90,0\%$ ), гипертензивные нарушения ( $EF=93,5\%$ ) и ПОНРП ( $EF=100,0\%$ ). Наличие миоматозных узлов в 7,6 раза увеличивает риск прерывания беременности у пациенток с лейомиомой матки,  $p < 0,001$ .

3. Роды у пациенток с лейомиомой матки осложняются родовым излитием околоплодных вод (10,0%), преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (3,7%), преждевременными родами (14,2%) и внутриутробной гипоксией плода (7,5%),  $p < 0,001$ . У пациенток с лейомиомой матки послеродовой период осложняется: кровопотерей 1000,0 мл и более (3,7%), гипотонией матки в раннем послеродовом периоде (7,4%), гематометрой в раннем послеродовом периоде (8,6%), субинволюцией матки с формированием лохиометры (4,9%) и послеродовым эндометритом (1,2%),  $p < 0,001$ .

4. Беременность и роды у пациенток с лейомиомой матки имеют осложненное течение за счет органометрических и морфологических изменений плаценты и миометрия.

5. Алгоритм родового ухода за беременными с лейомиомой матки, основанный позволит внедрить индивидуально ориентированный подход к женщинам групп риска для снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. На уровне Министерства здравоохранения использовать полученные в исследовании данные по распространенности, частоте встречаемости лейомиомы матки у пациенток фертильного возраста, беременных и в родах, а также хирургической активности при лейомиоме матки для планирования и разработки программ обеспечения потребностей женщин в реализации их детородной функции и снижения хирургической агрессии в терапии.

2. На уровне организаций здравоохранения применять алгоритм процесса управления рисками и алгоритм элементов процесса управления рисками для контроля качества медицинской помощи беременным женщинам при дородовом уходе.

3. На уровне врачей семейной медицины и акушеров-гинекологов внедрить алгоритм дородового ухода за пациентками с лейомиомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии и алгоритм оптимизации процесса дородового ухода за пациентками с лейомиомой матки.

4. Для снижения материнской и детской заболеваемости и смертности при внедрении алгоритмов необходимо учитывать выполнение ряда условий: индивидуальная ориентированность, последовательность, непрерывность, своевременность анализа эффективности, обоснованности и соответствия клиническому статусу пациентки проводимых диагностических и терапевтических мер, что позволит снизить частоту осложнений гестации и родов у беременных пациенток с лейомиомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии.

## **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. **Агайдаров, Р. Д.** Современные взгляды на ведение беременности и родов у женщин с лейомиомой матки [Текст] // Здоровье матери и ребенка – 2009. – №1. – Т. 8. – С. 34-38; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44675177>

2. **Агайдаров, Р. Д.** Перинатальные исходы у женщин с лейомиомой матки [Текст] // Проблемы науки – 2016. - №12. – Том 13. – С. 103-105; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27537274>

3. **Агайдаров, Р. Д.** Оптимизация ведения беременности и родов у женщин с лейомиомой матки (обзор литературы) [Текст] / А. С. Израилова // Здоровье матери и ребенка – 2016. - №1. – Т.8. – С. 46-51; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://jurnal.ncomid.kg>

4. **Агайдаров, Р. Д.** Функциональное состояние фето-плацентарной системы у женщин с лейомиомой матки и после раннее перенесенной

консервативной миомэктомии [Текст] // Современные инновации – 2017. - №4. – Т.18 – С. 57-59; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29002245>

5. **Агайдаров, Р. Д.** Оптимизация ведения беременности и родов у женщин, перенесших консервативную миомэктомию [Текст] / А. С. Израилова // Проблемы науки – 2017. - №6. – Т.19. - С. 102-103.

6. **Агайдаров, Р. Д.** Миома матки: Современные тенденции и открытые вопросы (обзор литературы) [Текст] / А. Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана – 2020. - №1. – С. 63-67; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43938652>

7. **Агайдаров, Р. Д.** Лейомиома матки: частота и прогноз [Текст] / А. Э. Самигуллина // Бюллетень науки и практики – 2020. – Т.6. - №7. – С. 147-157; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43322739>

8. **Агайдаров, Р. Д.** Особенности хирургической тактики у беременных с лейомиомой матки (обзор литературы) [Текст] / А. Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана – 2020. - №2. – С. 90-96; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43954349>

9. **Агайдаров, Р. Д.** Особенности течения беременности и родов на фоне лейомиомы матки [Текст] / А. Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана – 2020. - №2. – С. 101-106; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43954351>

10. **Агайдаров, Р. Д.** Миома матки: частота и прогноз оперативной активности (на примере НЦОМиД) [Текст] / А. Э. Самигуллина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2020. - №9. – С. 30-38; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44007696>

11. **Агайдаров, Р. Д.** Лейомиома матки: современные классификации (обзор литературы) [Текст] / А. Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана – 2020. - №1. – С. 72-76; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43938654>

12. **Агайдаров, Р. Д.** Роды у женщин с лейомиомой матки: частота, тенденции и прогноз [Текст] / А. Э. Самигуллина // Интернет журнал ВАК – 2021. – выпуск №2. – часть 2.

**Руслан Дамирович Агайдаровдун «Жатын лейомиомасы бар аялдардын кош бойлуулугун жана төрөтүн байкоону оптималдаштыруу» деген темадагы 14.01.01 – акушерлик жана гинекология адистиги боюнча**



**медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн диссертациясынын**

## **РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** лейомиома, кош бойлуулук, төрөт, жатындагы берч, кабылдоолор, морфотүзүм.

**Изилдөө объекти:** 381 кош бойлуу аял, анын ичинде 231 – жатын лейомиомасы же жатынында берчи бар аял жана 150 шарттуу дени сак кош бойлуу аял.

**Изилдөө предмети:** Жатын лейомиомасы же миомэктомиядан кийин жатынында берчи бар аялдардын кош бойлуулугунун өтүшү жана натыйжалары.

**Изилдөө максаты:** гестациялык процесстин кабылдоолорун калыптандырган жыштык эволюциясын комплекстүү талдоонун, байкоо тактикасынын жана клиникалык-морфологиялык мүнөздөмөлөрүнүн негизинде жатын лейомиомасы бар аялдардын кош бойлуулугун жана төрөтүн байкоонун алгоритмдерин оптималдаштыруу.

**Изилдөө методдору:** клиникалык, жалпы лаборатордук, инструменталдык, атайын функционалдык, морфологиялык жана статистикалык.

**Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы:** бул эмгекте деталдуу изилденди: лейомиомасы бар жана аны алып салгандан кийин жатынында берчи бар аялдардын кош бойлуулук жыштыгынын динамикасы, кош бойлуулук өтүүсү бузулууларынын коркунуч факторлору; төрөтүү тактикасы, лейомиома фонунда кош бойлуу аялдардын плацента жана миометрияларынын морфологиялык мүнөздөмөсү. Өтүп кеткен он жылдыкта КРда жатын лейомиомасы бар аялдардын кош бойлуулук жыштыгынын 2,2 эсеге жогорулоо тенденциясы алгачкы жолу аныкталды. Мындай кырдаал 2024-жылга 100 миң аялга 65,8 деңгээлинде болот деген божомол бар. Буга байланыштуу 2024-жылга чейин лейомиомасы бар аялдарда төрөттөрүнүн жана Кесарев жарууларынын туруктуу жогорку деңгээлдеринин сакталуусу толук ыктымал. Орточо мөөнөттүү божомол лапаротомдуу ампутациялардын 100 аялга 3,3 чейин жана лапаротомдуу консервативдүү миомэктомиялардын 2,3 чейин жогорулоо мүмкүндүгүн көрсөтүп турат.

Жатын лейомиомасы фонундагы кош бойлуулук үчүн бир катар кабылдоолордун бар болушу мүнөздүү, анын ичинде плацентанын мөөнөтүнөн мурда ажыроосу, кош бойлуулукту токтотуу коркунучу, жогорку аныктыгы бар ( $p < 0,001$ ) каканак суусунун төрөткө чейин кетүүсү. Миожатын түйүндөрү түзүмүнүн бузулуусу – Кесарев жаруусу операциясын өткөрүү жолу менен төрөтүүгө көрсөткүч. Лейомиомалар жана алардын эктомиясынан кийин жатындагы берчтер фонундагы кош бойлуулукта гестациялык процесс өтүшүнүн жана натыйжаларынын кабылдоолору калыптануусунун патогенетикалык негизи – бул күмөн гипоксиясына жана анын жатындагы өнүгүүсүнүн

токтолуусуна алып келген органометриялык жана морфометриялык өзгөрүүлөрдүн комплекси.

**Пайдалануу боюнча сунуштар:** үй-бүлөлүк медицина борборлорунун, гинекологиялык ооруканаларынын жана төрөт үйлөрүнүн практикаларына жайылтуу керек.

**Колдонуу жери:** акушердик жана гинекология.

## РЕЗЮМЕ

**диссертации Агайдарова Руслана Дамировича на тему: Оптимизация ведения беременности и родов у женщин с лейомиомой матки на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология**

**Ключевые слова:** лейомиома, беременность, роды, рубец на матке, осложнения, морфоструктура.

**Объект исследования.** 381 беременная женщина, в том числе 231 – с лейомиомой матки или рубцом на матке и 150 – условно здоровых беременных пациенток.

**Предмет исследования:** Течение и исходы беременности у пациенток с лейомиомой матки или рубцом на матке после миомэктомии.

**Цель исследования:** определить тактику дородового ухода у женщин с лейомиомой матки на основе распространенности, оценки факторов риска, хирургической тактики, клинико-морфологических характеристик осложнений течения беременности и родов.

**Методы исследования:** клинические, общелабораторные, инструментальные, специальные функциональные, морфологические и статистические.

**Полученные результаты и их новизна:** в работе детально изучены динамика частоты беременности у пациенток с лейомиомой и рубцом на матке после ее удаления, факторы риска нарушений течения беременности; тактика родоразрешения, морфологическая характеристика плацент и миометрия у женщин с беременностью, протекающей на фоне лейомиомы. Впервые установлена тенденция увеличения в 2,2 раза частоты беременности у пациенток с лейомиомой матки в КР за истекшее десятилетие с прогнозированием уровня подобной ситуации на уровне 65,8 на 100 тыс. женщин к 2024 году. В связи с этим возможно сохранение стабильно высоких уровней родов и кесаревых сечений у пациенток с лейомиомой до 2024 года. Среднесрочный прогноз указывает на вероятность роста лапаротомных ампутаций до 3,3 и лапаротомных консервативных миомэктомий до 2,3 на 100 женщин.

Для беременности на фоне лейомиомы матки характерно, с высокой достоверностью ( $p < 0,001$ ), наличие ряда таких осложнений, как

преждевременная отслойка плаценты, угроза прерывания беременности и родовое излитие околоплодных вод. Нарушения структуры миоматозных узлов является показанием к родоразрешению путем операции кесарево сечения. Патогенетической основой формирования осложнений течения и исходов гестационного процесса при беременности на фоне лейомиом и рубцов на матке после их эктомии является комплекс органометрических и морфометрических изменений, приводящих к гипоксии плода и задержке его внутриутробного развития.

**Рекомендации по использованию:** следует внедрять в практику работы центров семейной медицины, гинекологических больниц и родильных домов.

**Область применения:** акушерство и гинекология.

## RESUME

**dissertation of Agaidarov Ruslan Damirovich on the topic: Optimization of the management of pregnancy and childbirth in women with uterine leiomyoma" for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.01 - obstetrics and gynecology**

**Keywords:** leiomyoma, pregnancy, childbirth, uterine scar, complications, morphostructure.

**Object of study:** 381 pregnant women, including 231 with uterine leiomyoma or a scar on the uterus and 150 apparently healthy pregnant women.

**Subject of study:** the course and outcomes of pregnancy in women with uterine leiomyoma or uterine scar after myomectomy.

**Purpose of the study:** to optimize the algorithms for managing pregnancy and childbirth in women with uterine leiomyoma based on a comprehensive analysis of the evolution of its frequency, management tactics and clinical and morphological characteristics that form complications of the gestational process.

**Research methods:** clinical, general laboratory, instrumental, special functional, morphological and statistical.

**The results obtained and their novelty:** the work studied in detail: the dynamics of the frequency of pregnancy in women with leiomyoma and a scar on the uterus after its removal, risk factors for violations of the course of pregnancy; delivery tactics, morphological characteristics of the placenta and myometrium in women with pregnancy occurring against the background of leiomyoma. For the first time, a trend has been established for a 2.2-fold increase in the frequency of pregnancy in women with uterine leiomyoma in the Kyrgyz Republic over the past decade, with a forecast of the level of a similar situation at 65.8 per 100,000 women by 2024. In this regard, it is possible to maintain consistently high levels of childbirth and caesarean sections in women with leiomyoma until 2024. The medium-term prognosis indicates the

possibility of increase in laparotomic amputations to 3.3 and laparotomic conservative myomectomy to 2.3 per 100 women.

Pregnancy with uterine leiomyoma is characterized by a number of complications, including premature placental abruption, threatened miscarriage, prenatal rupture of amniotic fluid with high reliability ( $p < 0.001$ ). Structural violations myoma nodes is an indication for delivery by caesarean section. Pathogenetic basis for the formation of complications of the course and outcomes. The gestational process during pregnancy against the background of leiomyomas and scars on the uterus after their ectomy is a complex of organometric and morphometric changes leading to fetal hypoxia and intrauterine growth retardation.

**Recommendations for use:** should be introduced into the practice of family medicine centers, gynecological hospitals and maternity hospitals.

**Application area:** obstetrics and gynecology.

---

Подписано к печати 02.11.2023 г.  
Заказ № 8. Тираж 50 экз. Бумага офсетная.  
Формат бумаги 60 х 90 / 16. Объем 1,5 п. л.  
Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»,  
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.