

УДК 618.3: 618.14–006.36

© Коллектив авторов, 2013.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ МИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Е. Самсонов, А. Н. Рымашевский, А. Е. Волков, Л. А. Терехина

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. – профессор А. Н. Рымашевский), Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; 344029, Россия, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; E-mail: samson0785@donpac.ru

FEATURES OF UTERINE FIBROIDS INFLUENCE ON THE PREGNANCY COURSE

A. E. Samsonov, A. N. Rymashevsky, A. E. Volkov, L. A. Terekhina

SUMMARY

The aim of the study was to identify the course of pregnancy against the background of the uterine large and multiple uterine myoma. Our study covered 118 pregnant women. The first (control) group consisted of 50 pregnant women without myoma, practically healthy deliveries in Municipal therapeutic and preventive health care facility «Maternity hospital №5» from 2007 to 2012. The second (basic) group consisted of 68 pregnant women with large uterine fibroids who had deliveries at the same institution and at the same period.

A comparative analysis of the pregnancy course in otherwise healthy pregnant women and in those cases where the pregnancy was associated with uterine myoma has been performed. In cases of pregnancy associated with necrosis of the myoma node a conservative myomectomy was performed during pregnancy.

The research results have shown that in pregnant women with uterine cancer, as compared to healthy women, threatening preterm delivery is significantly more frequent in cases where placentation coincides with the projection of the myoma node. Preeclampsia, fetoplacental insufficiency (FPI), growth retardation (GR) in the groups occurred with comparable frequencies, which allows us to conclude that the uterine fibroids does not affect the incidence of FPI, GR and preeclampsia. Pregnancy with the localization of the placenta in the projection of the myoma node causes a high risk of partial detachment of the normally situated placenta.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ МІОМИ МАТКИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ

А. Є. Самсонов, О. М. Римашевський, А. Є. Волков, Л. А. Терехіна

РЕЗЮМЕ

Метою дослідження було виявити особливості перебігу вагітності, асоційованої з міомою великих розмірів і множинною міомою матки. У наше дослідження було включено 118 вагітних. Першу групу (групу контролю) склали 50 вагітних без міоми матки, практично здорових, розроджених в Муніципальному лікувально-профілактичному закладі охорони здоров'я (МЛПЗОЗ) «Пологовий будинок №5» з 2007 р. по 2012 р. Другу групу (основну) склали 68 вагітних з міомою матки великих розмірів, розроджених в МЛПЗОЗ «Пологовий будинок №5» з 2007 по 2012 р.

Зроблено порівняльний аналіз перебігу вагітності у вагітних відносно здорових і в тих випадках, коли вагітність була асоційована з міомою матки. У випадках, коли перебіг вагітності асоціювався з некрозом міоматозного вузла, було проведено консервативну міомектомію під час вагітності.

В ході дослідження було виявлено, що у вагітних з міомою матки, у порівнянні з практично здоровими жінками, загрозові передчасні пологи зустрічаються достовірно частіше в тих випадках, коли плацентажія збігається з проекцією міоматозного вузла. Гестоз, фетоплацентарна недостатність (ФПН), затримка розвитку плода (ЗРП) в досліджуваних групах зустрічалися з порівняною частотою, що дозволяє зробити висновок, що міома матки не впливає на частоту розвитку ФПН, ЗРП, гестозу. Вагітність з локалізацією плаценти в проекції міоматозного вузла обумовлює високий ризик розвитку часткового відшарування нормально розташованої плаценти.

Ключевые слова: миома матки, осложнения беременности, миомэктомия.

Частота встречаемости опухолей матки у женщин фертильного возраста из года в год становится все больше [4, 5]. Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половых органов женщины и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы [5]. Частота ее в популяции колеблется в пределах 7,8-28,0% в структуре других доброкачественных опухолей половых органов, а сочетание беременности и миомы матки, по данным разных авторов,

встречается от 0,5 до 6,0% [2, 3]. В возрасте старше 35 лет миома матки встречается у каждой 4-5-ой беременной женщины [2, 4, 5]. Известно, что миома нередко является причиной бесплодия, а при наступлении беременности, осложненного ее течения. Течение беременности, акушерская тактика, а также методы родоразрешения при этом имеют свои особенности.

По данным литературы, к особенностям течения беременности при ее сочетании с миомой матки

относятся: угроза прерывания в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и синдром задержки роста плода (ЗРП), быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, отслойка плаценты, в особенности в тех случаях, когда она частично расположена в области миоматозного узла, неправильные положения и предлежания плода [6, 7].

В последние годы акушерам все чаще приходится решать вопрос о возможности пролонгирования беременности при ее сочетании с миомой матки. По мнению ряда авторов, миому матки следует удалять всем во время беременности, с дальнейшим её пролонгированием [1].

В последние годы изучению течения беременности у женщин с миомой матки посвящено большое количество исследований как в отечественной, так и в зарубежной литературе, однако до настоящего времени многие вопросы этой проблемы остаются нерешенными и требуют дальнейшего исследования [2, 8].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В наше исследование было включено 118 беременных, из которых сформированы две группы.

Первую группу (группу контроля) составили 50 беременных без миомы матки, практически здоровые, родоразрешенные в Муниципальном лечебно-профилактическом учреждении здравоохранения (МЛПУЗ) «Родильный дом №5» с 2007 г. по 2012 г.

Вторую группу (основную) составили 68 беременных с миомой матки больших размеров, родоразрешенных в МЛПУЗ «Родильный дом №5» с 2007 по 2012 гг. У 30,8% (21 беременная) миома матки диагностирована во время скринингового ультразвукового исследования до настоящей беременности. У 60,2% (47 пациенток) миому выявили впервые во время настоящей беременности.

Средний возраст пациенток первой группы составил $27,0 \pm 6,7$ лет, второй – $28,0 \pm 7,4$.

При сравнении соматического статуса группы были сопоставимы. В первой группе экстрагенитальная патология отмечена у 28,0% (14 пациенток), во второй группе экстрагенитальная патология составила 29,4% (20 пациенток). Наиболее часто встречалась вегетососудистая дистония, в первой группе этот показатель составил 12,0% (6 пациенток), во второй группе – 17,6% (12 пациенток), хронический пиелонефрит в первой группе – 16,0% (8 пациенток), во второй группе – 11,7% (8 пациенток).

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза выявлено, что во второй группе 41,2% женщин (28 пациенток) были первобеременными, что практически соответствовало группе контроля – 42,0% (21 пациентка). 27,9% пациенток второй группы были повторнобеременными, первородящими, в группе контроля таких женщин было 24,0% (12 пациенток).

Таким образом, сравнительный анализ возраста, соматического и акушерского анамнезов показал сопоставимость групп.

Всем женщинам второй группы при поступлении в родильный дом проведено ультразвуковое исследование, в результате которого были выявлены миоматозные узлы размерами от 5 см до 16 см в диаметре, количеством от 1 до 10 узлов, располагающиеся преимущественно по передней и задней стенкам матки, а также в области дна. У одной пациентки миома располагалась в области перешейки, гигантских размеров – до 16 см в диаметре.

По локализации миоматозные узлы были субсерозные (0, I, и II типов) и чисто интерстициальные (интрамуральные).

У 35,3% (24 пациентки) второй группы плацента располагалась в проекции миоматозного узла. В наше исследование мы не включили пациенток с предлежанием плаценты.

Все пациентки были родоразрешены при доношенной беременности.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерной программы MS Excel-2003. Достоверное отличие признаков определяли с помощью t-критерия Стьюдента (при $p=95\%$) с учетом коэффициента корреляции Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ течения беременности показал, что физиологическое течение во второй группе зарегистрировано только у 32,3% (22 пациенток), в группе контроля осложнений не было у 76,0% (38 пациенток), т.е. осложнения беременности при сочетании с миомой матки встречались в два раза чаще. По одному осложнению беременности отмечено у 29,4% (20 пациенток) второй группы, в первой группе данный факт имел место у 12,0% (6 пациенток). Более двух осложнений зарегистрировано у 38,3% (26 пациенток) второй группы, в группе контроля – у 12,0% (6 пациенток).

Основной вклад в различия течения беременности вносят пациентки с миомой матки, у которых плацента располагалась в проекции миоматозного узла. У них отмечалось 2 и более осложнений беременности. Среди женщин с локализацией плаценты в проекции миоматозного узла осложнения беременности имели место в 80,8% (21 пациентка), при контралатеральном расположении плаценты – 19,2% (5 пациенток) ($p<0,05$).

В нашем исследовании ФПН встречалась в обеих группах со сравнимой частотой (в первой группе – 26,0% (13 пациенток), во второй – 29,4% (20 пациенток), $p>0,05$). ЗРП, как следствие течения ФПН, в первой группе наблюдалась с частотой 6,0% (3 пациентки), во второй группе – 7,4% (5 пациенток) ($p>0,05$). В работах ряда авторов отмечено увеличение данных показателей от 13,0% до 20,0% (А. Ш. Мукаева, 2006, Е. М. Вихляева, 1997).

Частота гестоза во второй группе составила 22,0% (15 пациенток), что соответствовало группе контроля – 20,0% (10 пациенток). Гестоз лёгкой степени во второй группе наблюдался у 20,6% (14 беременных), в группе контроля – у 20,0% (10 беременных); гестоз средней степени тяжести – 1,5% и 2,0% соответственно ($p>0,05$). Степень тяжести гестоза оценивали по балльной шкале (Г. М. Савельева, 2000).

Такое осложнение, как угрожающие преждевременные роды, во второй группе составило 17,6% (12 пациенток). В тех случаях, когда локализация плаценты находилась в проекции миоматозного узла, частота угрожающих преждевременных родов увеличивалась до 75,0% (18 пациенток), что почти в 4 раза выше, чем в контрольной группе ($p<0,05$). В контрольной группе угроза преждевременных родов составила 16,0% (8 беременных).

У 2,9% (2 пациенток) второй группы с локализацией плаценты в области миоматозного узла, беременность осложнилась частичной отслойкой нормально расположенной плаценты при сроке гестации 38-39 недель. В контрольной группе такого осложнения не зарегистрировано.

Во второй группе анемия отмечалась в 29,4% (20 женщин), в первой группе – в 26,0% (13 женщин) ($p>0,05$). Необходимо отметить, что если в контрольной группе наблюдалась анемия только первой степени, то во второй группе зарегистрирована анемия средней степени тяжести у 13,2% (9 женщин).

Только в 5 случаях потребовалось прибегнуть к консервативной миомэктомии во время беременности, когда течение беременности осложнилось некрозом миоматозного узла. Операция была произведена в сроки гестации от 16 до 28 недель беременности под общим наркозом. Ложе миоматозного узла ушито отдельными синтетическими швами по разработанному нами методом. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Все эти женщины были родоразрешены в сроки доношенной беременности.

ВЫВОДЫ

1. У беременных с миомой матки, по сравнению с практически здоровыми женщинами, угрожающие преждевременные роды встречаются достоверно чаще в тех случаях, когда плацентация совпадает с проекцией миоматозного узла. Это позволяет ут-

верждать, что миома матки влияет на течение беременности в том случае, когда локализация плаценты совпадает с проекцией миоматозного узла.

2. Гестоз, ФПН, ЗРП в исследуемых группах встречались со сравнимой частотой. Это позволяет сделать заключение, что миома матки не влияет на частоту развития ФПН, ЗРП, гестоза.

3. Беременность с локализацией плаценты в проекции миоматозного узла обуславливает высокий (8,3%) риск развития частичной отслойки нормально расположенной плаценты.

4. Можно утверждать, что консервативная миомэктомия во время беременности является операцией выбора, позволяющей сохранить беременность, только в тех случаях, когда течение беременности осложняется некрозом миоматозного узла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки / Л. С. Логутова, С. Н. Буянова, И. И. Левашова [и др.] // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. – № 3. – С. 24–28.
2. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки / Н. В. Иванова, А. Е. Бугеренко, О. В. Азиев [и др.] // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1996. – № 4. – С. 58–59.
3. Бодяжина В. И. Руководство по неоперативной гинекологии / Бодяжина В. И., Сметник В. П., Тумилович Л. Г. – М., 1990. – 541 с.
4. Вихляева Е. М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки / Е. М. Вихляева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. – № 3. – С. 21–23.
5. Нисвандер К. Акушерство : справочник калифорнийского университета / К. Нисвандер, А. Эванс. – М. : Практика, 1999. – С. 339–348.
6. Сидорова И. С. Ведение беременности и родов у больных с миомой матки / И. С. Сидорова // Советская медицина. – 1981. – № 2. – С. 87–90.
7. Сидорова И. С. Миома матки и беременность / И. С. Сидорова. – М. : Медицина, 1985. – 192 с.
8. Тактика ведения беременности у женщин с центрипетальным ростом крупных миоматозных узлов / М. А. Ботвин, Н. М. Побединский, А. Д. Липман, [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 1. – С. 24–27.