

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Лаптева Татьяна Николаевна

аспирант

Коротких Ирина Николаевна

д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующая кафедрой

Бельских Ольга Леонидовна

канд. мед. наук, ассистент кафедры

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская

академия имени Н.Н. Бурденко»

г. Воронеж, Воронежская область

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ И ПЛОДА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

***Аннотация:** миома матки – в настоящее время является одной из самых распространенных доброкачественных опухолей матки, встречающихся у женщин репродуктивного возраста. Беременные с миомой матки относятся к повышенного риска по развитию перинатальной патологии. Согласно проведенным исследованиям ведение беременности и родов у женщин с миомой матки (ММ) сопряжено с такими осложнениями, как рост узлов и нарушение питания в них, угроза прерывания беременности и преждевременные роды. Гемодинамические нарушения в системе «мать – плацента – плод» являются одним из ведущих факторов патогенеза фетоплацентарной недостаточности у женщин с миомой матки. Функционально-морфологическая недостаточность маточно-плацентарного кровотока у беременных с миомой матки возникает в результате развития плаценты в изначально неблагоприятных условиях, незрелости ворсинчатого дерева, недостаточности инвазии цитотрофобласта в миометральные сегменты спиральных артерий плацентарного ложа, функциональных или органических нарушений в сосудах матки и плаценты, которые приводят*

к ишемии, асептическому некрозу тканей, что нарушает проницаемость плацентарного барьера и затрудняет обмен между плодом и беременной, оказывая неблагоприятное воздействие на плод.

Ключевые слова: миома матки, осложнения, гестация, плод, рост узлов, нарушение питания, железодефицитная анемия, фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода, консервативная миомэктомия, ультразвуковая диагностика, доплерометрия, индекс резистентности.

Цель исследования: Изучение особенностей осложнений со стороны матери и плода у женщин с миомой матки.

Материалы и методы

Научное исследование было проведено на базе Воронежского Областного Перинатального Центра. За период с 2011 по 2013 гг. произведен про- и ретроспективный анализ обменных карт; историй болезней (при прохождении пациентками стационарного лечения) в отделениях патологии беременных, гинекологических отделениях; историй родов – акушерского observational отделения и акушерского физиологического отделения; изучены истории новорожденных. Под нашим наблюдением, обследованием, лечением, а в дальнейшем и родоразрешением находилось – 111 пациенток, (что составило 0,74% всех беременных), у которых миома матки и беременность пришлись на один временной промежуток.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 5,0 с определением средних значений стандартных ошибок выборки при 95% уровне значимости.

Результаты исследования

Возрастной промежуток исследуемых женщин колебался от 20 до 42 лет. Большинство женщин 88,3% в возрасте 30–42 года.

Первородящих – 50,4%; повторнородящих – 49,6%.

Из экстрагенитальных заболеваний: у 39 (35,1%) беременных – миопия; у 17 (15,3%) – гипертоническая болезнь, у 24 (21,7%) – увеличение щитовидной

железы, состоят на диспансерном учете у эндокринолога), у 50 (45%) – ВСД по смешанному типу, у 2-ух (1,8%) – пролапс митрального клапана.

Миома матки до беременности была выявлена у 37 (33,3%). Временной промежуток наблюдения колебался от одного года до 5 лет, что в среднем составило $3,7 \pm 4,2$ года. Миоматозные узлы у всех вступивших в беременность с миомой матки – расценивались как клинически незначимыми, располагались в основном по передней стенке и в дне матки. По характеру роста – все узлы интерстициально-субсерозные, размером от 2-ух до 3-ех сантиметров в диаметре. У 2-ух пациенток, узлы – это рецидив после консервативной миомэктомии.

Миома матки во время беременности была выявлена у 74 (66,7%) пациенток, в сроки гестации от 4-ех до 16-ти недель, в тот временной промежуток, на который приходился первичный осмотр и постановка женщины на учет по беременности.

Из акушерско-гинекологического анамнеза: нарушения менструального цикла – у 56 (50,5%); медицинский аборт в сроке до 12 недель – у 32 (28,9%) пациенток; самопроизвольный выкидыш в анамнезе – у 12 (10,8%); воспалительные заболевания матки и придатков – у 26 (23,4%).

Во время настоящей беременности, течение гестации у женщин с миомой матки имело ряд особенностей: в 52 (46,9%) случаях – ранняя угроза прерывания беременности; железодефицитная анемия 67 (60,3%); быстрый рост узлов в 23 (20,7%) случаях – опухоль достигала гигантских размеров, узлы располагались интерстициально, по характеру были множественными, с симптомами сдавления тазовых органов. У 25 (22,5%) наблюдаемых – нарушение питания в узле, с последующим некрозом. Всем пациенткам с необратимыми осложнениями со стороны миоматозных узлов произведена консервативная миомэктомия в сроке гестации от 16-ти до 18-ти недель. Кроме 2-ух пациенток, где узлы удалены в 7 и 13 недель, беременность у которых завершилась самопроизвольным выкидышем с последующим диагностическим выскабливанием полости матки.

В 63 (56,8%) случаях зарегистрировано развитие фетоплацентарной недостаточности, подтвержденное данными ультразвукового исследования, доплерометрией сосудов матки и плода, кардиотокографией.

Таблица 1

Нормальные значения Индекса Резистентности (ИР) маточных артерий и артерии пуповины на различных сроках гестации

Показатель кровотока	25–26 нед.	27–29 нед.	30–31 нед.	32–35 нед.	36–38 нед.	39–41 нед.
Норм. знач. ИР маточных артерий	0,49±0,07	0,48±0,07	0,46±0,07	0,45±0,07	0,44±0,07	0,48±0,06
Норм. знач. ИР артерии пуповины	0,69±0,07	0,67±0,07	0,63±0,07	0,61±0,07	0,61±0,07	0,54±0,07

Таблица 2

Значения Индекса Резистентности в маточных артериях и артерии пуповины у исследуемых с миомой матки на различных сроках гестации

Показатель кровотока у исследуемых	25–26 нед.	27–29 нед.	30–31 нед.	32–35 нед.	36–38 нед.	39–41 нед.
Знач. ИР маточных артерий	0,57±0,59	0,58±0,61	0,56±0,61	0,57±0,63	0,53±0,60	0,54±0,57
Знач. ИР артерии пуповины	0,70±0,73	0,70±0,73	0,70±0,73	0,69±0,73	0,64±0,70	0,57±0,60

В сроке беременности с 25 по 29 неделю признаки фетоплацентарной недостаточности были выявлены у 49 (44,1%) пациенток, в сроке гестации с 30 по 35 неделю у 27 (24,3%), с 36 по 39 неделю у 23 (20,7%) Учитывая неблагоприятное влияние миомы матки на состояние фетоплацентарного кровотока, проводилась терапия, направленная на его улучшение.

В состоянии гипоксии легкой степени 22 (20,1%) ребенка, в состоянии гипоксии средней тяжести 2(1,8%)ребенка, остальные 85 (76,57%) новорожденных в удовлетворительном состоянии. Оценка новорожденных по шкале Апгар 7–8 баллов на 1-й и 5-й минутах соответственно. Масса тела новорожденных от 2,075 до 4120 г.

Заключение

На данном этапе диагностика миомы матки у женщин репродуктивного возраста требует активного наблюдения со стороны акушеров -гинекологов. Как показывает проведенное исследование миоматозные узлы на фоне беременности зачастую прогрессируют и осложняются циркуляторными нарушениями с последующим некрозом, что требует экстренного хирургического вмешательства. У пациенток с клинически незначимыми миоматозными узлами на протяжении всего гестационного периода имеют место быть, такие осложнения как: железодефицитная анемия; высок риск развития фетоплацентарной недостаточности, развитие хронической внутриутробной гипоксии плода с последующим синдромом задержки внутриутробного развития. Все перечисленные осложнения у наблюдаемых нами с миомой матки во время беременности, требуют дополнительных, общеклинических, ультра-звуковых и доплерометрических исследований, что предоставит возможность своевременно провести диагностику внутриутробного страдания плода, оценить состояние миоматозных узлов на различных сроках гестации, предотвратить возможные осложнения за счет тщательного мониторинга и проведения эффективной терапии, уточнить сроки и методы родоразрешения при сложившейся акушерско-гинекологической ситуации.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Гинекология. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 432 с.
2. Айламазян Э.К. Акушерство: Национальное руководство + CD / Э.К. Айламазян [и др.]. – 2009. – 1200 с.
3. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: Руководство / Э.К. Айламазян [и др.]. – СПб: ООО «Издательство Н-Л». – 2002.
4. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева. – М.: МЕДпресс -информ, 2004. – 396 с.
5. Ищенко А.И. Миома матки. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А.И. Ищенко, М.А. Ботвин, В.И. Ланчинский. – М.: Видар-М, 2010. – 244 с.

6. Краснопольский В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова. – М.: Миклош, 2006. – 160 с.
7. Кулаков В.И. Гинекология: Национальное руководство + CD / В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – 2009.
8. Савицкий ГЛ. Миома матки. – СПб.: Путь, 2000. – 214 с.
9. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова // МЕДпресс-информ, 2008. – 532 с.
10. Seidman DS, Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. The role of laparo-scopic-assisted myomectomy. JSLS 2001 C) ct-Dec;5(4):299-303
11. Vercellini P, Maddalena S, De Giorgi O, Pesole A. et al. Determinants of reproductive outcome after abdominal myomectomy for infertility. Fertil Steril. – 1999 Jul; 72(1):109-14.