

УДК 618.3-06:618.14-006.36

З.Т.Мамедова, М.Х.Курбонова, Г.К.Давлятова, А.К.Юлдашева**АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ
С МИОМОЙ МАТКИ***(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 9.07.2009 г.)*

Миома матки является наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью матки у женщин репродуктивного возраста. Частота её в общей популяции колеблется в пределах 8.7-28% в структуре других доброкачественных опухолей половых органов, а сочетание беременности и миомы матки, по данным разных авторов, отмечается в 0.5-6% случаев [1-5].

В последние годы отмечается увеличение частоты сочетания миомы матки и беременности, что обусловлено успехами консервативных методов лечения больных миомой матки. При этом акушерам все чаще приходится решать вопрос о возможности пролонгирования беременности при сочетании ее с миомой матки.

К особенностям течения беременности при ее сочетании с миомой матки относятся угроза ее прерывания в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность (ФПН), синдром задержки роста плода, нарушение питания и некроз миоматозного узла, отслойка плаценты, особенно в тех случаях, когда она частично расположена в области миоматозного узла, и неправильные положения и предлежания плода. Преимущественная локализация и размер опухоли, выраженность патологического изменения матки, длительность заболевания, возраст первородящей определяют различную степень риска течения беременности и родов для матери и плода.

Роды у беременных с миомой матки протекают с такими осложнениями, как: несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии сократительной деятельности матки, дистресс плода, плотное прикрепление плаценты, гипотонические кровотечения, субинволюция матки в послеродовом периоде. Осложненное течение беременности и родов определяет высокую частоту оперативных вмешательств и акушерских пособий у беременных с опухолями матки.

Целью данной работы явилось изучение течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с миомой матки и разработка оптимальной тактики ведения беременности, направленной на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Методы исследования

С 2003 по 2009 гг. в Таджикском научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и перинатологии наблюдались 97 беременных с миомой матки. При исследовании этих пациенток обращали внимание на следующие данные общего анамнеза: возраст женщин, начало менархе, регулярность и длительность ее, начало половой жизни, частота самопроизвольных выкидышей и искусственных абортов, наличие экстрагенитальной патологии.

Возраст обследованных нами женщин составлял от 19 до 48 лет (34.14 ± 0.6). Начало менархе – от 13 до 18 лет, начало половой жизни с 17 до 35 лет; частота искусственных абортов в анамнезе женщин - от 1 до 5.

По поводу данного заболевания были рассмотрены следующие особенности: локализация миоматозных узлов, их структура, расположение плаценты, тонус и возбудимость миометрия.

Морфологическому исследованию подвергнуты миоматозные узлы, удаленные во время кесарева сечения, – у 8 женщин, а также проведено морфофункциональное исследование плаценты в 12 случаях. Средние размеры плаценты составляли 21.0-25.3 см, толщина от 1.5 до 3 см. При морфологическом исследовании плацент обнаружены дистрофические процессы, истончение участков плаценты, скопление крови в межворсинчатом пространстве и повышенное скопление фибриноида. Одновременно на других участках плаценты выявлялись компенсаторные гиперплазии капилляров в концевых ворсинах.

Эхографическая картина узла миомы зависела от его размеров и роста. По результатам УЗИ, деструктивных изменений узла не наблюдалось. Дистрофические процессы в узле тесно связаны с началом его роста в 1 триместре и почти всегда сопровождаются болями различной интенсивности.

В I триместре беременности у 37 (66%) женщин при УЗИ размеры миоматозных узлов составляли от 2.5 до 10.8 см. Беременность в 1 триместре у 32 (57.2%) женщин протекала на фоне угрозы прерывания беременности, у двух (3.5%) женщин обнаружена частичная отслойка плодных оболочек, но выкидыша не было. У 22 (39.3%) женщин I триместр протекал без особенностей. Во второй половине беременности 32 женщинам проведена доплерометрия, у 12 (37.5%) из них обнаружено нарушение фетоплацентарного кровотока, задержка роста плода в четырех случаях (12.5%); в основном это были женщины старше 35 лет с давностью заболевания 5 лет и более.

Результаты исследования

Данные исследований показали, что беременность у 29 (30%) женщин закончилась срочными родами через естественные родовые пути, родоразрешение путем кесарева сечения было у 54 (55.6%) женщин. 14 (14.4%) беременных со сроками гестации 14-34 недель

находятся под наблюдением, у двух из которых в сроки 16-20 недель произошел поздний самопроизвольный выкидыш, причем у одной беременной имелось шеечное расположение миоматозного узла и было произведено малое кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков. Миомэктомия во время беременности произведена двум женщинам, миомэктомия во время кесарева сечения – у 14 женщин, гистерэктомия – у двух женщин.

Из числа экстрагенитальных заболеваний преобладали: анемия – у 82 (84.5%), заболевания почек – у 56 (57.7%), заболевания щитовидной железы – у 47 (48.4%) и заболевания сердечно-сосудистой системы – у восьми (8.2%) женщин.

Из общего числа беременных с миомой матки у двух обнаружена шеечная локализация миомы, у 12 узлы были субсерозно-интерстициальные, у 68 пациенток миома матки была множественной с небольшими размерами миоматозных узлов. У шести женщин в сроке 12-16 недель гестации обнаружены опухоли больших размеров, двум из которых в сроках 16-19 нед произведена консервативная миомэктомия. Показанием для консервативной миомэктомии явилось наличие болевого синдрома и узлов больших размеров, препятствующих дальнейшему росту плода. С выраженными миоматозными изменениями матки наблюдалось шесть женщин, при которых было характерно уменьшение средней массы плаценты и наличие атрофических изменений в ней. Это связано с тем, что локализация плаценты была над крупными межмышечными миоматозными узлами.

Плацента, расположенная вне участков миоматозного узла, отмечалась у 58 (59.8%) наблюдаемых женщин без каких-либо патологических изменений. Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что при локализации плаценты вне участков расположения интрамурального и субмукозного миоматозного узлов структурные и морфологические изменения плаценты в основном соответствуют особенностям плаценты при неосложненной доношенной беременности. Так как в третьем триместре беременности происходит интенсивный рост, созревание и увеличение функциональной активности всех органов и систем плода, структурная и функциональная зрелость плаценты, то в основе преждевременных родов, внутриутробной задержки роста плода в эти сроки часто лежит плацентарная недостаточность, при которой происходят дистрофические процессы в организме плода, задержка роста костной и нервной систем, что отражается на длине плода и других его размерах.

Из числа всех родов как через естественные родовые пути, так и путем кесарева сечения преждевременные роды произошли у 11 (13.2%) женщин. Роды у большинства пациенток с миомой матки были разрешены абдоминальным путем. Неблагоприятное влияние на течение родов и послеродового периода оказывают межмышечные и подслизистые миоматозные узлы матки больших размеров.

Наиболее частыми осложнениями при родах были: несвоевременное излитие околоплодных вод – у 12 (41.3%), слабость родовой деятельности – у шести (20.7%) женщин, при-

чем первичная слабость – у четырех (66.6%), а вторичная – у двух (33.4%) женщин. Основными причинами аномалии родовой деятельности у больных с миомой матки были структурные и функциональные изменения миометрия, а также немаловажную роль имели последствия нейроэндокринных сдвигов, обуславливающих возникновение миомы матки.

Наиболее тяжелыми осложнениями в родах являются предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), что нами было зарегистрировано у двух женщин. В одном из случаев у женщины со сроком гестации 28 недель с полным предлежанием плаценты и наличием обильного кровотечения роды закончились лапаротомией и низкой надвлагалищной ампутацией матки, а у беременной со сроком гестации 22 недель с ПОНРП, с шеечным расположением миоматозного узла была произведена лапаротомия, малое кесарево сечение с последующей экстерпацией матки без придатков.

Показанием к кесареву сечению чаще был не столько рубец на матке, столько сочетание такихотягощающих факторов, как возраст, длительное бесплодие и др., наличие акушерской и экстрагенитальной патологии. Кесаревым сечением завершена беременность, сочетающаяся с миомой матки, у 54 (55.6%) пациенток, во время которого у 13 (24%) женщин произведена консервативная миомэктомия. Консервативная миомэктомия, произведенная во время кесарева сечения, не ухудшала течение послеоперационного периода. Локализация опухоли была различной: в теле матки или нижнем сегменте располагались субсерозно-интерстициальные узлы разных размеров от 4 до 10.5 см в диаметре, расположенные в дне матки.

У 33 (61.1%) беременных кесарево сечение было плановым. Показаниями к нему служили: миомэктомия во время беременности – у двух женщин, у 31 беременных показания к кесареву сечению были сочетанными. У восьми рожениц кесарево сечение произведено в процессе родов при сочетании аномалии родовой деятельности с гипоксией плода. Показаниями к удалению матки служили: множественные миоматозные изменения матки и наличие гипотонического кровотечения во время кесарева сечения у одной женщины, гипотоническое кровотечение на седьмые сутки после естественных родов при наличии узла большого размера - у одной женщины в возрасте 41 года.

Извлечены в удовлетворительном состоянии 38 новорожденных (оценка состояния по шкале Апгар 8 и 8 баллов на первой и пятой минутах соответственно), 12 – в состоянии гипоксии легкой степени и четыре ребенка с гипоксией средней степени тяжести. Масса новорожденных в общем при срочных родах была 2100-4210 г, при средней массе 3155.0 ± 163.2 г. Недоношенными родились 11 детей, с признаками гипотрофии в трех случаях, из которых один ребенок умер на вторые сутки.

Результаты наших исследований показали, что у детей, рожденных матерями, которые по состоянию здоровья и клиническому проявлению миомы матки отнесены к группе

низкого риска, состояние физического и нервно-психического развития соответствует возрастной норме.

В ы в о д ы

Возрастающая частота миомы матки у женщин репродуктивного возраста все чаще ставит вопрос перед акушерами-гинекологами о возможности пролонгирования беременности при этой патологии. Течение беременности, родов и послеродового периода у больных с миомой матки представляет определенный риск для матери и плода. Однако дифференцированный подход к рекомендации сохранения беременности у женщин с различными клиническими проявлениями миомы матки, ведение беременных в соответствии со степенью риска, тщательное наблюдение за развитием беременности и состоянием плода, проведение обоснованной патогенетической профилактики и лечения осложнений способствует значительному снижению их частоты для матери и плода, уменьшению числа оперативных вмешательств, улучшению показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

*Таджикский научно-исследовательский институт
акушерства, гинекологии и перинатологии
МЗ Республики Таджикистан*

Поступило 16.07.2009 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Сидорова И.С. Миома матки и беременность. – М.: Медицина, 1985, 192 с.
2. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения)/ Под ред. И.С.Сидоровой. – М.: Медицинское информационное агенство, 2002, с.256.
3. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии), изд. 3-е. – СПб.: «Элби-СПб.», 2003, 236 с.
4. Савицкий А.Г., Абрамченко В.В., Аржанова О.Н. – Сб. научн. трудов – Саратов, 1999, с.143-144.
5. Савицкий Г.А., Скопичев В.Г. – Акушерство и гинекология, 1986, №2, с.24-27.

З.Т.Мамедова, М.Х.Курбонова, Г.К.Давлятова, А.К.Юлдашева

ТАКТИКАИ АКУШЕРЌ ДАР РАВАНДИ ҲОМИЛАДОРЌИ ЗАНОН БО МИОМАИ БАЧАДОН

Дар Пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқоти акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон аз соли 2003 то соли 2009 97 ҳомиладорӣ бо миомаи бачадон зери назорати тиббӣ фаро гирифта шуданд.

Аз натиҷаи тадқиқот чунин бармеояд, ки раванди ҳомиладорӣ, таваллуд ва давраи баъд аз таваллуд дар ҳомиладорон бо миомаи бачадон хатарҳои муайяне барои мо-

дар ва тифл дорад. Аз ин рӯ, назорати ҷиддӣ аз болои ҳифзи ҳомиладорӣ ва ҳолати тифл, гузаронидани пешгириҳои патогенетикӣ ва табобати онҳо ба кам шудани адади аворизҳо барои модару кӯдак, камшавии амалиётҳои ҷарроҳӣ ва камшавии нишондодҳои ғавти модару кӯдак оварда мерасонад.

Z.T.Mamedova, M.Kh.Kurbonova, K.G.Davlatova, A.R.Uldasheva

OBSTETRICS TAKTIK OF PREGNANT WOMEN HAVING MYOMA OF UTERUS

Under supervision in clinic of the Scientific research institute of obstetrics, gynecology and perinatology for 2003-2009 there were 97 pregnant women with a myoma of a uterus. As a result of research it is established, that current of pregnancy, sorts and the postnatal period at these women are accompanied in the certain degree by various complications. Duly diagnostics of pregnancy at these patients, duly inspection of available infringements, an estimation of a condition of an intra-uterine fruit, dopler vessels feeding myomatosis units promote decrease infrequency of complications of pregnancy, sorts and together with it reduce parametrs parent death rates.