

УДК 618.3-06:618.14-006.36

З.Т.Мамедова

## ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ И МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

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

*(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 15.03.2010 г.)*

*На основании морфологического исследования плацент у 13 пациенток основной группы, трех маток, удаленных после операции кесарево сечение, и 11 удаленных миоматозных узлов при консервативной миомэктомии установлено, что морфофункциональное состояние плаценты у беременных с миомой матки зависит от особенностей миоматозных узлов и их расположения.*

**Ключевые слова:** миома матки – плацента – патогистологическое исследование.

Миома матки является одним из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолевых заболеваний женской половой системы и оказывает значительное неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье женщины. В большинстве случаев беременность у женщин с миомой матки протекает с частыми осложнениями, такими как угроза ее прерывания, развитие фетоплацентарной недостаточности, хроническая внутриутробная гипоксия плода, синдром задержки роста плода, что является причиной нарушения адаптации новорожденного и дальнейшего развития ребенка [1-4]. Одним из ведущих факторов патогенеза фетоплацентарной недостаточности у женщин с миомой матки являются гемодинамические нарушения в единой функциональной системе мать-плацента-плод, при которых плацентарный кровоток снижается почти вдвое за счет недостаточного поступления крови и затруднения ее оттока из межворсинчатого пространства. В основе нарушения маточно-плацентарного кровообращения лежат морфофункциональные изменения сосудистой системы и отдельных ее компонентов, причем особое значение отведено нарушениям в межворсинчатом пространстве [5]. Функционально-морфологическая недостаточность маточно-плацентарного кровотока у беременных с миомой матки возникает в силу нескольких взаимосвязанных патогенетических факторов, таких как истощение компенсаторных возможностей тканей плаценты, развитие плаценты в изначально неблагоприятных условиях, незрелость ворсинчатого дерева, функциональные или органические нарушения в сосудах матки и плаценты, что затрудняет обмен между плодом и беременной, оказывая на плод неблагоприятное воздействие [1, 2, 4].

У женщин с миомой матки наблюдались выраженные компенсаторно-приспособительные реакции в плацентарной ткани – компенсаторная гиперплазия капилляров. При миомах больших размеров наблюдалось истончение эпителия ворсин, что является своего рода компенсаторно-

---

**Адрес для корреспонденции:** Мамедова Зевар. 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мирзо Турсун-заде, 31, Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии. E-mail: [zevar2009@mail.ru](mailto:zevar2009@mail.ru)

приспособительной реакцией в ответ на коллагенизацию стромы и фибропластические превращения ворсин хориона. Необходимо отметить, что при единичных узлах и их небольших размерах структурные и морфологические изменения в плаценте в основном соответствуют особенностям плаценты при неосложненной доношенной беременности [1].

### Методы исследования

Работа проведена в Таджикском научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и перинатологии. Было произведено морфологическое исследование плацент у 13 пациенток основной группы, трех маток, удаленных после операции кесарево сечение, и 11 удаленных миоматозных узлов при консервативной миомэктомии. При исследовании плацент определялись размеры, состояние плодных оболочек, наличие или отсутствие петрификатов в плаценте, состояние пуповины. При гистологическом исследовании плацент оценивали состояние межворсинчатого пространства, учитывали наличие и распространенность инфарктов, очагов тромбоза, распространенность и характер очагов фибриноида и наличие кровоизлияний. Мы выражаем благодарность заведующей патоморфологической лабораторией Государственного учреждения «Онкологический научный центр» Н.Х.Богдасаровой и заведующей патогистологическим отделением Национального медицинского центра Министерства здравоохранения Республики Таджикистан Т.В.Савельевой за помощь, оказанную при проведении морфологического исследования предоставленного нами материала.

Целью данной работы явилось определение патоморфологических особенностей состояния фетоплацентарной системы и миоматозных узлов у беременных с миомой матки.

### Результаты и обсуждение

В плацентах пациенток с миомами матки были выявлены истончение плаценты, особенно выраженное в краевых зонах, повышенные отложения фибриноида (сложное вещество, образующееся из элементов дезорганизации соединительной ткани и крови) у каждой второй больной, кровоизлияние и скопление кальцинатов в межворсинчатом пространстве - у девяти (69.2%), хроническая плацентарная недостаточность у шести (46.1%) пациенток. Явление децидуита и амнионита было выявлено в пяти (38.5%) случаях. Частота тромбоза в межворсинчатом пространстве оказалась также высокой – шесть (33.3%) случаев. В четырех (30.8%) случаях на материнской поверхности плаценты были обнаружены псевдоинфаркты и ишемические инфаркты, немногочисленные очаги обызвествления в различных ее долях, пластинчатые кровоизлияния под оболочками плаценты.

Во всех случаях размеры матки были увеличены, в стенках обнаруживались множественные миоматозные узлы размерами от 2 до 13 см. В матках отмечались узлы разной локализации: субсерозные, субмукозные и межмышечные с центрипетальным ростом.

В миоматозных узлах нередко наблюдались вторичные изменения разной степени выраженности. Наиболее часто отмечены очаги некроза – 4 (36.4%) и кровоизлияния – 6 (54.5%). Децидуальная оболочка над узлами была резко истончена, ни в одном из наблюдений в ней не было обнаружено спиральных артерий или их ветвей. Признаки инвазии трофобласта в децидуальной оболочке в проекции миоматозных узлов отсутствовали.

Были выявлены фибромиома у 10 (76.9%) пациенток и лейомиома – у 3 (23.1%). В трех случаях обнаружен некроз миоматозного узла. Анализ морфологического исследования показал, что при

простой миоме увеличение размеров матки происходило вследствие отека и нарушения кровообращения в узлах миомы. Простые миомы чаще всего располагались подбрюшинно или межмышечно-подбрюшинно; они были плотной консистенции, на разрезе белесоватого цвета, нередко с наличием участков некроза разной степени выраженности [2]. Миоматозные узлы располагались в дне, теле матки, интралигаментарно, по передней и задней стенкам. Размеры узлов составляли от 3 до 7-8 см в диаметре. Увеличение размеров миоматозных узлов при простой миоме матки обусловлено нарушением микроциркуляции и развитием некробиотических процессов. Для пролиферирующей миомы матки характерно наличие множественных миоматозных узлов, расположенных чаще межмышечно, с центрипетальным и подслизистым ростом. Пальпаторно они менее плотные, на разрезе - серовато-красные. Размеры - от 3 до 13 см в диаметре (преобладают большие размеры узлов).

Таким образом, простая и пролиферирующая миомы матки имеют неоднозначные клинико-морфологические характеристики. Клетки простой миомы матки лишены пролиферативной активности, увеличение узлов миомы обусловлено отеком и нарушением в них кровообращения. Пролиферирующий тип миомы матки отличается истинным ростом, повышением пролиферативной активности, нарушением клеточных коопераций в миометрии [4].

### В ы в о д ы

Таким образом, морфофункциональное состояние плаценты у беременных с миомой матки зависит от особенностей миоматозных узлов и их расположения. Пролиферирующая миома матки, большие размеры миоматозного узла (в диаметре 5 см и более), низкая локализация узла (шеечно-перешеечная), наличие множественных миоматозных узлов матки, прикрепление плаценты в проекции миоматозного узла являются основными факторами риска развития фетоплацентарной недостаточности у беременных с миомой матки. Чем больше масса миомы, тем сильнее выражены признаки патологической трансформации матки, тем выраженнее выявляются патогенетические предпосылки для осложненного течения беременности и родов.

*Поступило 15.03.2010 г.*

### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001, с. 221-225.
2. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения): Руководство для врачей. Под ред. И.С. Сидоровой. –М., 2003,с. 67-98.
3. Сидорова И.С. – Гестоз. – М.: Медицина, 2003,с.118-126.
4. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). – М.:ЭЛДИ-СПб.,2000, с.141-159.
5. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод. – М.: Медицина, 1999, с.171-183.

З.Т.Мамедова

## ХУСУСИЯТҲОИ ПАТОГИСТОЛОГИИ ҲАМРОҲАК ВА ГИРЕҲҲОИ МИОМАТОЗӢ МИЁНИ ЗАНҲОИ ДОРОИ МИОМАИ БАЧАДОН

*Паҷӯшишгоҳи илмию тадқиқоти акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии Тоҷикистон  
дар назди Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Аз ташхиси патогистологӣ 13 ҳамроҳак, 11 гиреҳи миоматозӣ ва 3 бачадони баъдичарроҳии занони дорои миомаи бачадон гузаронида шуд. Андоза, мавқеъ ва намуди миомаи бачадон барои ба вучуд омадани норасогии ҳамроҳак омили асосии хатар буда, инчунин ба раванди ҳомиладорӣ ва таваллуд таъсири манфӣ мерасонад.

**Калимаҳои калидӣ:** миомаи бачадон – ҳамроҳак – тадқиқоти патоморфологӣ.

Z.T.Mamedova

## PATOGISTOLOGICAL RESEARCH OF A PLACENTA AND MYOMAS KNOTS AT PREGNANT WOMEN WITH A UTERUS MYOMA

*Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,  
Ministry of Health of the Republic of Tajikistan*

We had been made morphological research of placentae at 13 patients of the basic group, at 3 patients the uterus removed after operation ceaserian of section and at 11 removed myomas of knots, at conservative myomectomy. Expressiveness gestation changes of utero -placental arteries, volume of a reduction of a utero-placental blood-groove, morphofunctional a condition of a placenta at pregnant women with a uterus myoma depend on features myomas knots and their arrangement.

**Key words:** myoma uteri – placenta – patogistological research.