

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С ПРОСТОЙ И ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ МИОМОЙ МАТКИ

Виталий Николаевич Кустаров, Александр Сергеевич Татаров

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. В.Н. Кустаров) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, e-mail: dr@tatarov.ru

Реферат

Проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 134 пациенток с простой и пролиферирующей миомой матки. Больше количество осложнений было выявлено при наличии пролиферирующей формы миомы.

Ключевые слова: миома — простая и пролиферирующая, миома матки, беременность.

Миома матки является одним из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолевых заболеваний женской половой системы и оказывает значительное неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье женщины. По данным различных авторов, сочетание миомы матки и беременности наблюдается в 0,5–6% [3, 4, 9]. Прослеживается тенденция к «омоложению» данной патологии: возрастает число женщин, страдающих этим заболеванием в возрасте до 30 лет, т. е. в активном репродуктивном периоде. Причем у молодых женщин (20–25 лет) миома матки нередко носит активный характер — быстрый рост, образование множественных миоматозных узлов, увеличение их размеров во время беременности, что в значительной мере осложняет течение беременности и родов. [2].

На основании анализа комплексного клинического, морфологического и иммуногистохимического исследования С.А. Леваков [4] доказал значение выделения двух основных вариантов развития миомы матки (простой и пролиферирующей). При простой миоме опухоль долгое время имеет стабильные размеры, растет медленно, протекает бессимптомно. Проллиферирующий вариант развития характеризуется быстрым ростом, множественной локализацией, частым сочетанием с гиперпластическими процессами эндометрия.

Целью нашей работы являлось изучение особенностей течения беременности и ее исхода в зависимости от типа миомы матки.

Проведено комплексное клиническое наблюдение за течением беременности, родов и послеродового периода у 242 пациенток. Все беременные были распределены по двум клиническим группам. Основную группу составили 134 беременные с миомой матки. В контрольную группу вошли 108 беременных без опухоли матки.

Беременные основной группы в зависимости от гистотипа опухоли были подразделены на две подгруппы: 1-я — 78 (58,2%) беременных с простой миомой, 2-я — 56 (41,8%) пациенток с пролиферирующей миомой матки. Группы были сопоставимы по возрасту, образованию, паритету беременностей, гинекологической и экстрагенитальной патологии. Средний возраст беременных с простой миомой матки составлял $32,9 \pm 5,0$ лет, с пролиферирующей — $32,6 \pm 5,2$ года, в группе без миомы матки — $31,4 \pm 5,1$. Различий по возрасту в трех группах не выявлено ($p > 0,05$).

При пролиферирующей миоме субсерозная локализация встречалась в 25 (17,4%) случаях, субсерозно-интрамуральная — в 39 (27,1%), интрамуральная — в 66 (45,8%), интрамурально-субмукозная — в 14 (9,7%). При простой миоме субсерозные узлы были выявлены в 40 (36,4%) случаях, субсерозно-интрамуральные — в 36 (32,7%), интрамуральные — в 31 (28,2%), интрамурально-субмукозные — в 3 (2,7%) случаях. При пролиферирующей миоме матки интрамуральная и интрамурально-субмукозная локализации встречались чаще ($p = 0,040$), чем при простой миоме. Субсерозная локализация узлов достоверно чаще была при простой миоме.

Наряду с общеклиническими методами и исследованием системы гемостаза, проводили эхографический контроль плода с доплерометрией артерий пуповины, маточных артерий; ЦДК с импульсно-вол-

Таблица 1

Частота угрозы прерывания беременности

Осложнения течения беременности	Контрольная группа (n=108)		Больные			
			с простой миомой (n=78)		с пролиферирующей миомой (n=56)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Угроза выкидыша в I триместре	12	11,1	11	14,1	40	71,4*, **
Самопроизвольный выкидыш в I триместре	9	8,3	6	7,7	13	23,2*, **
Угроза позднего самопроизвольного выкидыша во II триместре	9	9,1	12	16,7	35	81,2*, **
Самопроизвольный выкидыш во II триместре	0		0		3	6,9*, **
Угроза преждевременных родов	7	7,1	9	12,5	22	55,0*, **

Примечание. * $p<0,01$ — по сравнению с данными контрольной группы, ** $p<0,05$ — с данными в группе с простой миомой.

новой доплерометрией миоматозных узлов. При дифференциальной диагностике простой и пролиферирующей миомы использовали клинико-морфологическую характеристику простой и пролиферирующей миомы, предложенную С.А. Леваковым [4]. Допплерографическая картина при простой миоме характеризовалась наличием периферического типа кровоснабжения опухоли и низкими количественными показателями внутриопухолевого кровотока. При пролиферирующей миоме отмечался диффузный тип кровоснабжения, интенсивный, высокоскоростной внутриопухолевый кровоток. Оценивали гистологическое исследование плаценты и удаленных узлов.

Статистический анализ полученных результатов производили с помощью пакета Statistica 6.0. Использовали описательную статистику, параметрические (критерии Стьюдента) и непараметрические (Манна–Уитни, Колмогорова–Смирнова) критерии, χ^2 , дисперсионный анализ. Различия между сравниваемыми величинами считали статистически достоверными при $p<0,05$.

При изучении течения беременности было установлено, что угроза самопроизвольного выкидыша в I триместре отмечалась у 11 (14,1%) с простой миомой матки, и у 40 (71,4%) — с пролиферирующей; в контрольной группе — у 12 (11,1%). Выявлена взаимосвязь между типом опухоли и частотой возникновения угрозы прерывания беременности (табл. 1). Достоверные различия были получены в группах больных с пролиферирующей и простой миомами ($p<0,01$) и в группе без миомы матки

($p<0,01$). Самопроизвольный выкидыш в I триместре произошел у 13 (23,2%) пациенток с пролиферирующей миомой матки, у 8 (7,7%) с простой миомой матки, у 9 (8,3%) из контрольной группы (табл. 1).

Согласно данным табл. 1, в подавляющем большинстве течение беременности осложнялось у пациенток с пролиферирующей миомой. Высокая частота прерывания беременности у них обусловлена, по-видимому, наличием множественных узлов (более 3) интрамуральной локализации и интенсивным их ростом во время беременности (на $64,3\pm 15,2\%$ от первоначальных размеров).

Таким образом, беременность доносили 72 (93,3%) женщины с простой миомой, 40 (71,4%) с пролиферирующей, 99 (91,7%) в группе контроля. Среди женщин с миомой матки у 69 (61,6%) отмечалось осложненное течение беременности (табл. 2).

При изучении показателей системы гемостаза обнаружилось, что в группах с миомой матки достоверно чаще встречается гиперагрегация тромбоцитов: у 34 (47,2%) женщин с простой миомой матки во II и III триместрах, у 29 (72,5%) с пролиферирующей миомой, у 24 (24,2%) в контрольной группе (табл. 2).

У 46 (41,1%) женщин, у которых пролонгировалась беременность, в последующем отмечалось нарушение питания узлов. При назначении антиагрегантов у 42 (91,3%) из них явления отека узла купировались, а у 4 (8,7%) произошел некроз узлов, среди которых все женщины были с пролиферирующим типом миомы.

Беременность закончилась своевременными родами у 62 (86,1%) с простой

Таблица 2

Осложнения течения беременности

Осложнения течения беременности	Контрольная группа (n=99)		Простая миома (n=72)		Пролиферирующая миома (n=40)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отеки беременных	9	9,1	7	9,7	3	7,5
Нефропатия, степень	5	5,1	5	6,9	9	22,5* **
легкая						
средняя	0	0,0	1	1,4	1	2,5
тяжелая	0	0,0	0	0,0	1	2,5
Фетоплацентарная недостаточность	16	16,2	20	27,8*	19	47,5* **
Синдром задержки развития плода	4	4,0	4	5,6	8	20,0* **
Гиперагрегация тромбоцитов	24	24,2	34	47,2*	29	72,5* **

Примечание. $p < 0,05$ в сравнении с контролем, $** p < 0,05$ – с данными группы с простой миомой. То же в табл. 3.

миомой матки, у 33 (82,5%) с пролиферирующей и у 93 (93,9%) в контрольной группе (табл.3). Преждевременные роды наблюдались чаще в группе с пролиферирующей миомой матки, чем с простой и в контроле – соответственно у 12,5%, 5,6% и 1,0% ($p < 0,05$).

Через естественные родовые пути были родоразрешены 43 (59,7%) пациентки с простой миомой, 19 (47,5%) с про-

лиферирующей и 77 (77,8%) без опухоли матки. Наиболее частым осложнением в родах в основной группе в сравнении с контролем было преждевременное излитие околоплодных вод ($p = 0,005$) – соответственно у 30 (48,4%) и 14 (18,2%).

Среди женщин с миомой матки у 74 (66,1%) отмечалось осложненное течение родов и послеродового периода (табл. 3).

Таблица 3

Осложнения родов и послеродового периода

Осложнения родов и послеродового периода	Контрольная группа (n=99)		Больные			
			с простой миомой (n=72)		с пролиферирующей миомой (n=40)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Преждевременные роды	1	1,0	4	5,6	5	12,5*
Запоздалые роды	5	5,1	6	8,3	2	5,0
Преждевременное излитие околоплодных вод	19	19,2	28	38,9*	27	67,5* **
Слабость родовой деятельности	6	6,1	10	13,9	4	10,0
Дискоординация родовой деятельности	4	4,0	7	9,7	3	7,5
Быстрые роды	2	2,0	6	8,3*	3	7,5
Стремительные роды	1	1,0	4	5,6	0	0**
Тазовое предлежание плода	2	2,0	1	1,4	3	7,5**
Косое положение плода	0	0	0	0	1	2,5
Клинический узкий таз	3	3,0	2	2,8	1	2,5
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	0	0	2	2,8*	0	0**
Предлежание плаценты	0	0	1	1,4	1	2,5
Острая гипоксия плода	1	1,0	3	4,2	3	7,5*
Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде	0	0	1	1,4	1	2,5
Субинволюция матки	5	5,1	10	13,9*	9	22,5*
Послеродовый метроррагический синдром	0	0	0	0	1	2,5
Нарушения питания узлов	–	–	1	1,4	4	10,0**
Тромбофлебит	0	0	0	0	1	2,5

Частота абдоминального родоразрешения у женщин основной группы была достоверно выше, чем у беременных в контроле, — у 50 (44,6%) и 22 (22,2%) соответственно ($p=0,006$).

Кесаревым сечением в плановом порядке были родоразрешены 18 (25,0%) женщин с простой миомой и 10 (25%) с пролиферирующей. Показаниями к плановому кесареву сечению были множественная миома матки — у 5 (17,9%), большой размер миоматозного узла (более >15 см в диаметре) — у одной (3,6%), низкое расположение узла миомы, препятствующего течению родов через естественные родовые пути, — у 5 (17,9%), наличие рубца на матке — у 9 (32,1%), пожилой возраст первородящей в сочетании с длительным бесплодием в анамнезе — у 3 (10,7%), тазовое предлежание плода — у 2 (7,1%), предлежание плаценты — у 2 (7,1%), миопия высокой степени — у одной (3,6%), рубцовая деформация шейки матки — у одной (3,6%).

Экстренное кесарево сечение было предпринято у 11 (27,5%) пациенток с пролиферирующей миомой, у 11 (15,3%) с простой миомой и у 8 (8,1%) в контрольной группе. При экстренном абдоминальном родоразрешении основными показаниями к операции у женщин с миомой матки были отсутствие родовой деятельности после истечения околоплодных вод — у 7 (31,8%), острая гипоксия плода — у 4 (18,2%), клинически узкий таз — у 3 (13,6%), косое и тазовое предлежание плода — у 3 (13,6%), отслойка нормально расположенной плаценты — у 2 (9,1%), некроз миоматозных узлов — у 2 (9,1%).

У 22 (44,0%) больных основной группы во время кесарева сечения производилась миомэктомия 1–4 узлов. У 3 пришлось прибегнуть к радикальным операциям (у 2 — к надвлагалищной ампутации и у 1 — к экстирпации матки). Расширение объема хирургического вмешательства определялось наличием множественных узлов, деформирующих матку, низким их расположением, большими размерами миомы матки.

Объем кровопотери при кесаревом сечении в сочетании с миомэктомией у больных с миомой матки колебался от 500 до 1000 мл (в среднем $702,4 \pm 6,4$ мл), что составило 0,67% по отношению к массе тела беременных, т.е. не превышал

таковой у здоровых женщин. Длительность койко-дня после кесарева сечения с консервативной миомэктомией составила в среднем $8,2 \pm 0,4$ дня, без миомэктомии — $7,6 \pm 0,3$ дня ($p>0,05$).

Септические осложнения после кесарева сечения с консервативной миомэктомией наблюдались у 6 (5,4%) женщин, без миомэктомии — у 4 (3,6%; $p=0,54$). В послеродовом периоде у одной родильницы с пролиферирующей миомой матки произошел некроз узла, что послужило показанием к экстренной операции — экстирпации матки.

Таким образом, консервативная миомэктомия при операции кесарева сечения у больных с миомой матки не приводит к повышению частоты послеоперационных осложнений и является целесообразным вмешательством.

Исследования показали, что при наличии пролиферирующей миомы матки по сравнению с простой формой и с группой контроля достоверно чаще возникают осложнения в течении беременности. Высокая частота осложнений при пролиферирующей миоме, обусловлена, по-видимому, тем, что при данной форме чаще возникают дистрофические изменения, быстрый рост узлов — этим объясняется высокая частота невынашивания и фетоплацентарной недостаточности.

Более частое возникновение угрозы прерывания беременности у женщин с миомой матки, по мнению И.С. Сидоровой и др. [5, 6, 9], объясняется расположением плаценты по отношению к межмышечному миоматозному узлу, уменьшением кровенаполнения миоматозно-измененной матки и повышением сосудистого тонуса в сочетании с уменьшением притока артериальной крови и венозным застоем, обуславливающим повышение тонуса матки. Прогестероновая недостаточность также может стать причиной угрозы невынашивания [7, 8]. Кроме того, миома, являясь активатором локальной гормонемии, усугубляет относительную прогестероновую недостаточность в локальном кровотоке матки, что способствует усилению процессов гиперплазии и гипертрофии клеточных элементов миометрия, активации ростковых зон в сосудах миометрия [7, 8]. Угрозу прерывания беременности следует одновременно рассматривать и как

причину, и как следствие ФПН. Увеличение частоты гестозов при миоме матки отмечено и другими авторами [3, 4, 8], причины этого до сих пор до конца не выяснены. Наиболее высок риск этого осложнения при локализации плаценты в проекции миоматозных узлов [9]. Причины развития гестозов, вероятно, связаны с деструктивными изменениями узла, которые присутствовали у беременных с миомой матки [3]. Вовлечение сосудов узла, их структурно-функциональная трансформация приводили к нарушению основных функций эндотелия, и сосудистый фактор участвовал в развитии гестоза как непосредственно, так и потенцируя действие других патогенетических факторов развития гестоза. Возрастание частоты гестозов и фетоплацентарной недостаточности при пролиферирующей миоме, повидимому, также обусловлено нарушением тромбоцитарного звена системы гемостаза.

Данные литературы о методах родоразрешения у беременных, страдающих миомой матки разноречивы [1, 3, 9]. Нередко приходится прибегать к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения из-за высокой опасности тяжелых осложнений в родах. Кесарево сечение следует проводить каждой второй женщине этого контингента, так как у них высока частота неправильных положений плода и нарушений сократительной функции матки [3].

Проведенный анализ показал, что к наиболее неблагоприятному типу миомы, обуславливающему осложненное течение беременности и родов, относится пролиферирующая форма миомы матки. Выявлена статистически достоверная разница по частоте развития осложнений при пролиферирующей миоме в сравнении с простой миомой и у беременных без миомы. Наличие пролиферирующей формы миомы матки увеличивает частоту невынашивания беременности в 3,5 раза, развитие гестоза — в 2 раза, фетоплацентарной недостаточности — в 1,7 раза, синдрома задержки развития плода — в 3,5 раза по сравнению с таковыми при простой форме миомы.

Самопроизвольные роды у рожениц с миомой матки осложняются преждевременным излитием околоплодных

вод (49,1%), слабостью родовой деятельности (12,5%), плотным прикреплением плаценты и дефектом последа (3,6%). Частота оперативного родоразрешения у беременных с миомой матки составляет 44,6%. Показаниями к расширению объема операции до надвлагалищной ампутации (4,0%) и экстирпации матки (2%) являются множественные миоматозные узлы, деформирующие матку, низкое их расположение, большие размеры опухоли с нарушением питания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботвин М.А., Побединский Н.М., Липман А.Д. и др. Тактика ведения беременности у женщин с центрипетальным ростом крупных миоматозных узлов//Акуш. и гин. — 2004. — № 1. — С.24–27.
2. Краснополский В.И., Лозутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. — М.: Миклош, 2006. — 160 с.
3. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 342 с.
4. Леваков С.А. Варианты развития миомы матки (простая и пролиферирующая): Автореф. дисс. .. докт. мед. наук. — М., 2001. — 49 с.
5. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения): Руководство для врачей./ Под ред. И.С. Сидоровой. — М., 2003. — С. 67–98; С. 234–243.
6. Рахимов Р.Р., Тухватуллина Л.М., Мальшев Л.К. и др. Беременность и роды у больных с миомой матки// Казанский мед. ж. — 1994. — Т. 75. — № 6. — С. 442–444.
7. Савицкий А.Г., Абрамченко В.В. Изменение морфо-функциональной структуры миоматозных узлов в динамике беременности: В кн.: Патология беременности и родов. — Саратов, 1997. — С.89–90.
8. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии.). — СПб: ЭЛБИ, 2000. — С.236.
9. Сидорова И.С. Миома матки и беременность. — М.: Медицина, 1985. — 200с.

Поступила 10.04.09.

THE COURSE OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND POSTPARTUM PERIOD IN PATIENTS WITH SIMPLE AND PROLIFERATING UTERINE MYOMA

V.N. Kustarov, A.S. Tatarov

Summary

Conducted was an analysis of the course of pregnancy, childbirth and postpartum period in 134 patients with simple and proliferating uterine myoma. Found was the fact that more complications occur in the presence of proliferating forms of myoma.

Keywords: simple myoma, proliferative myoma, uterine myoma, pregnancy.