

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

© М.В. Лянна, 2013

УДК: 618, 3:618, 146:618.14-006.36.03]-036

М.В. ЛЯННА

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Ужгородський міський перинатальний центр, Ужгород

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗІ

В статті викладені основні особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі. Вивчені особливості соматичного та гінекологічного анамнезу. Проведено клініко-інструментальне обстеження 100 жінок. У вагітних із лейоміомою та патологією шийки матки, як правило, ускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез, значна кількість перенесених екстрагенітальних захворювань, хронічних запальних процесів. Усе це разом із можливими клінічними проявами пухлини та патології шийки матки є фоном для розвитку різних ускладнень вагітності, починаючи з моменту імплантації, під час усього процесу гестації, пологів та післяпологового періоду.

Ключові слова: вагітність, пологи, лейоміома, патологія шийки матки

Вступ. Зниження народжуваності та висока смертність населення, велика кількість ускладнень при вагітності і пологах – усе це обумовлює необхідність боротьби за кожну ще ненароджену дитину.

Зростання чисельності вагітних з доброякісними пухлинами та патологією шийки матки в анамнезі без тенденції до їх зменшення та наявність значної кількості перенесених захворювань викликають занепокоєння [1].

Під час вагітності, як правило, лейоміоматозні вузли мають тенденцію до росту, і досить складно прогнозувати їх наслідки як для матері, так і для плода, тому що патологічно ураженому органу необхідно виконати фізіологічну функцію [2].

Лейоміома та патологія шийки матки належать до найбільш розповсюджених захворювань жіночих статевих органів і виявляються у 20-25% жінок репродуктивного віку [2]. Зростання частоти даної патології зумовлено як складними соціально-економічними умовами, так і змінами екології, раціону харчування, підвищенням частоти стресових ситуацій у житті сучасної жінки [3].

Лейоміома матки – це моноклональний, гормоночутливий проліферат, який складається із фенотипічно змінених гладком'язових клітин міометрія [1]. До факторів, які впливають на виникнення лейоміоми матки, належать: гормональні порушення, порушення процесів проліферації, апоптоза, фактори росту, локальний синтез естрогенів, неоангіогенез. Основні фактори ризику розвитку лейоміоми матки – це запальні захворювання жіночих статевих органів, аденоміоз, спадковий фактор, внутрішньоматкові втручання в анамнезі [3]. Розміщення вузлів лейоміоми може бути міжм'язове, підочеревинне, підслизове.

До факторів ризику розвитку фонових і облігатних передраків шийки матки відносять: наявність ектопій, ріст числа інфекцій, які передаються статевим шляхом, травми шийки матки в попередніх пологах, кількість пологів більше 2, кількість вагітностей понад 4, менархе в 15 років і пізніше, гінекологічну патологію, соматичну гормональну патологію, перенесені запальні захворювання, порушення менструального циклу, ранній початок статевого життя, ранню першу вагітність, сексуальну активність, велику кількість статевих партнерів, спадкову схильність [5]. За даними різних авторів, частота виявлення патологічних процесів шийки матки при вагітності є майже такою ж, як і у невагітних, що ще раз доводить необхідність цитологічного скринінгу та інших методів діагностики у вагітних [7]. Зарубіжні та вітчизняні автори звертають увагу на необхідність обов'язкового кольпоскопічного огляду всіх вагітних з аномальними патологічними результатами [6]. Як відомо, під час вагітності гормональні і гуморальні фактори мають виражену дію на слизову оболонку піхвової частини і цервікальний канал шийки матки, внаслідок чого кольпоскопічні, цитологічні та гістологічні картини, характерні для здорових жінок поза вагітністю, дещо змінюються [7]. Відомо, що епітелій, який вистилає шийку матки, зазнає змін, які особливо виражені і варіабельні під час вагітності, саме тому деякі автори рекомендують враховувати, що зміни при дисплазіях у вагітних можуть регресувати, персистувати чи прогресувати [6].

Мета дослідження. Вивчити основні особливості перебігу вагітності та пологів у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

Матеріали та методи. Нами був проведений клініко-статистичний аналіз 100 індивідуальних карток та історій пологів у пацієнок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі. Всім вагітним поряд із загальноприйнятими клініко-лабораторними обстеженнями проводили ультразвукове дослідження, яке є головним методом діагностики і контролю перебігу вагітності при лейоміомі матки, гормональні дослідження та кольпоскопію. При проведенні колпоскопії оцінювали: колір, стан судинного рисунку, поверхню і рельєф епітелію, стан циліндричного епітелію, наявність і форму залоз, реакцію на 3% розчин оцту, реакцію на розчин Люголю, краї утворень (чіткі або розмиті), тип епітелію, цитологічне дослідження. Обов'язково здійснювали оцінку стану мікробіоценозу піхви шляхом посіву вмісту піхви на поживні середовища з антибіотикограмою.

Результати досліджень та їх обговорення. Середній вік обстежених жінок склав 26 ± 2 р. Щодо соціального статусу, звертає на себе увагу значна розповсюдженість вказаної патології серед мешканок міста (78%), з вищою освітою (64%), хронічними стресовими перевантаженнями (74%). При вивченні менструального анамнезу встановлено переважання пізнього менархе (у 15-17 р.) – у 67% випадків, нерегулярного циклу – 54%, рясних місячних – 79%.

Репродуктивний анамнез характеризувався значним поширенням непліддя (34% пацієнок); звичного невиношування (21%), передчасних пологів (17%). Встановлено значне поширення хронічних запальних процесів у жінок досліджуваної групи (84%), серед яких: хронічні аднексити (78%), хронічні пієлонефрити (43%), хронічні тонзиліти (32%), хронічні бронхіти (17%). Звертає на себе увагу часте поєднання гормональних захворювань: передменструального синдрому (61%), доброякісних захворювань грудних залоз (59%), патології щитоподібної залози (56%), ендометріозу (31%).

Імплантація, органогенез та плацентация є найважливішими складовими I триместру, що відбуваються на тлі складної гормональної перебудови організму жінки. При імплантації несприятливою ознакою є розташування плодового яйця:

- біля підслизового міоматозного вузла;
- у зоні над між'язовим міоматозним вузлом;
- у нижніх відділах матки;
- в умовах деформованої порожнини матки [4].

У подальшому це може стати причиною порушення плацентации, недостатності функції трофобласта. Порушення структурно-морфологічної та функціональної повноцінності плаценти безпосередньо впливають на зниження її головних функцій. Перелічені чинники порушують органогенез, що найчастіше призводить до самовільного абортів або клінічно виражених ознак загрози переривання вагітності [4].

Виявлення лейоміоми матки в I триместрі вагітності не складає труднощів: при збільшенні і розм'якшенні матки шляхом пальпації можна визначити деформацію її форми, горбкуватість, окремі лейоміоматозні вузли [3]. Найбільш частими ускладненнями в I триместрі вагітності серед досліджених була загроза переривання вагітності (98%), це обумовлено недостатнім розвитком децидуальної тканини, хоріона, порушенням гормональної функції яєчників, деформацією порожнини матки. Виникненню загрози переривання вагітності сприяють і порушення скоротливої функції матки за рахунок значних змін капілярного кровообігу, дегенеративних процесів у нервових структурах, які порушують мікроциркуляцію в міометрії. На тлі збільшення скоротливої активності і підвищеної збудливості матки спостерігається її недостатнє розслаблення. Значно рідше мали місце ранній токсикоз (28%), загострення хронічної екстрагенітальної патології (12%).

Ультразвукове дослідження в I триместрі було головним методом діагностики і контролю перебігу вагітності при лейоміомі матки. Дозволяло встановити:

- а) стан локалізації ембріона (плода): у 70% – поза зоною вузла, у 30% – в зоні міоми;
- б) локалізацію і стан трофобласта;
- в) локалізацію і стан міоматозних вузлів; дегенеративні зміни – у 11%; відсутній прогрес – у 35%; тенденція до росту – у 54%;
- г) стан тіла матки;
- д) доплерометричне дослідження кровообігу в матковій артерії. Гормональні дослідження в I триместрі виявили недостатній рівень прогестерону та хоріонічного гонадотропіну в крові досліджуваних пацієнок; що було однією з причин загрози переривання вагітності.

У II триместрі наявність лейоміоми і патології шийки матки асоціювалася із збільшенням частоти виникнення таких ускладнень:

1. Загроза переривання вагітності (100%).
2. Фето-плацентарна дисфункція (78%).
3. Синдром затримки розвитку плода (55%).
4. Порушення кровотоку в пуповинній артерії (23%).

Збільшення товщини плаценти забезпечує продукцію нормальної кількості плацентарних гормонів для нормального розвитку вагітності. Наслідком негативного впливу лейоміоми матки на вагітність у II триместрі є порушення фето-плацентарного комплексу [3]. Такі зміни в міометрії зумовлюють порушення процесів імплантації і плацентации, виникнення функціональної недостатності плаценти. Компенсаторні зміни сприяють пристосуванню і збереженню життєдіяльності плода, але не завжди вони гарантують адекватність компенсації, і залишається певний ризик виникнення хронічної гіпоксії, гіпотрофії [3].

III триместр вагітності характеризується найбільш інтенсивним ростом плода, активізацією

функціональних властивостей його органів та систем. У цей період плацента досягає своєї повної функціональної зрілості, забезпечуючи високий рівень гормонів, що сприяє нормальному перебігу та фізіологічному завершенню вагітності. Порушення функції фето-плацентарного комплексу може стати причиною: синдрому затримки розвитку плода, гострої чи хронічної гіпоксії плода, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, передчасних пологів [3].

III триместр вагітності у досліджуваній групі частіше ускладнювався:

1. Загрозою передчасних пологів (100%)
2. Фето-плацентарною дисфункцією (79%).
3. Синдромом затримки розвитку плода (62%).
4. Анемією (48%).
5. Помірним багатоводдям або вираженим маловоддям (31%).
6. Передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти (8%).
7. Дистресом плода (7%).

Тяжким специфічним ускладненням вагітності при лейоміомі матки є порушення кровообігу у вузлах. Це пояснюється, по-перше, механічними чинниками (стиснення, перекручування), по-друге, вегето-судинними та гемодинамічними змінами. Наслідком можуть бути ішемія, венозний застій, численні тромбоутворення у вузлах. Дистрофічні зміни лейоматозних вузлів проявляються набряком, крововиливом, дегенерацією, некрозом, чому і сприяє, можливо, збільшення пухлини під час вагітності. Збільшення лейоміоми матки під час вагітності залежить також від збільшення внутрішньоматкового тиску (внаслідок росту плода), гіперемії, набряку, що сприяє перетисканню, зміщенню кровеносних судин, які живлять тканини, пухлини. Негативним наслідком цих процесів може бути некроз пухлини [2].

Дегенеративні зміни мали місце в 11% випадків, що потребувало госпіталізації, проведення дезагрегантної, метаболічної, спазмолітичної терапії. Не змінили розміри фіброматозні вузли у 46% пацієток, а у 54% випадків зафіксовано ріст вузлів.

Підготовка до пологів вагітних з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі була обов'язковою і складалася з таких етапів:

1. Планова госпіталізація в 37-38 тижнів.
2. Клініко-лабораторне обстеження в об'ємі, необхідному для проведення кесаревого розтину.
3. Складання плану ведення пологів з урахуванням: особливостей перебігу вагітності, особливостей пухлини, стану шийки матки, стану плода, ступеня готовності пологових шляхів.
4. Медикаментозна профілактика порушення кровопостачання лейоміоматозних вузлів.
5. Метаболічна корекція.

6. Санація пологових шляхів.

Найчастішими ускладненнями в пологах були:

1. Несвоєчасне відходження навколоплодових вод (73%).
2. Аномалії пологової діяльності (34%).
3. Кровотечі в III та ранньому післяпологовому періодах (28%).
4. Дистрес плода в пологах (12%).
5. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (4%).

Головними чинниками аномалій пологової діяльності є структурні та функціональні зміни міометрію. Порушення з боку плаценти частіше спостерігаються в тих випадках, коли має місце розташування її в зоні проекції між'язового міоматозного вузла або поблизу підслизового.

Розродження природним шляхом потребує постійного контролю за характером пологової діяльності. При найменших патологічних відхиленнях показано проведення ургентної операції кесаревого розтину.

Показаннями до розродження шляхом кесаревого розтину в нашому дослідженні були:

1. Дистрес плода в пологах (12%).
2. Наявність чисельних великих між'язових лейоміоматозних вузлів (8%).
3. Наявність лейоматозних вузлів, що перешкождали правильному вставленню голівки та просуванню плода (4%).
4. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (4%).
5. Наявність рубця на матці після міомектомії (3%).
6. Тазове передлежання плода (2%).
7. Очікуваний крупний плід (>4000) на тлі обтяженого акушерського анамнезу (2%).

Отже, частота кесаревого розтину складає 35%.

З наявністю лейоміоми та патології шийки матки можуть бути пов'язані як ранні, так і пізні післяпологові ускладнення [2].

Найчастіше спостерігаються такі: субінволюція матки – 43%, кровотечі в ранньому післяпологовому періоді – 21% випадків, післяродові запальні процеси – 13%.

Висновки. У вагітних із лейоміомою та патологією шийки матки, як правило, ускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез, значна кількість перенесених екстрагенітальних захворювань, хронічних запальних процесів, вегето-судинних функціональних розладів. Усе це разом є фоном для розвитку різних ускладнень вагітності, починаючи з моменту імплантації, під час усього процесу гестації, пологів та післяпологового періоду. Це вимагає розробки комплексу профілактично-лікувальних заходів у цій групі пацієнтів, з метою зниження акушерської та перинатальної патології.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Коротич С.Е. Формування оцінкових критеріїв ризику виникнення фонових захворювань шийки матки / С.Е. Коротич // ПАГ. — Київ. — 209. — С. 105—107.
2. Коханевич Е. В. Кольпоцервикоскопия: Атлас / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.В. Суменко. — Київ, 2001. — С. 49—70.
3. Савицкий Г.А. Миома матки / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. — Москва, 2002. — С.45—49.
4. Самойлова Т.Е. Миома матки / Т.Е. Самойлова. — Москва, 2003. — С. 32—36.
5. Тихомиров А. Л. Миома матки / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин. — Москва, 2006. — С. 176—178.
6. Ashid G. Management of low-grade squamous intraepithelial lesions during pregnancy / G. Ashid, R. Jain, V. Higgins [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1997. — Vol. 37. — P. 48—58.
7. Varelas F.K. The Effect of Anastrozole on Symptomatic Uterine Leiomyomata / F.K. Varelas, A.N. Papanicolaou, A.N. Vavatsi // Obstet. Gynecol. — 2007.— Vol. 110. — P. 110—112.

M.V. LYANNA

Uzhhorod National University. Medical Faculty. District of Obstetrics and Gynaecology

THE PECULIARITIES OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH OF WOMEN WITH LEIOMYOMA AND CERVICAL PATHOLOGY IN ANAMNESIS

In the article we have showed the main peculiarities of pregnancy and childbirth of women with leiomyoma and cervical pathology in anamnesis. We studied the main features of physical and gynaecological history. 100 women were examined. In pregnant women with leiomyoma and cervical pathology the obstetrical anamnesis is complicated with threatened spontaneous abortions, preterm labour, placental dysfunction etc. In this group of patients the high quantity of extragenital pathology was established as well. That is why these pregnant women are of a high risk of different complications during gestation, delivery and puerperal period.

Key words : pregnancy, childbirth, leiomyoma, cervical pathology

Стаття надійшла до редакції: 5.11.2012 р.