

Влияние лейомиомы матки различной локализации на акушерские и перинатальные последствия родоразрешения

М.Л. Куземенская

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных клиничко-функциональных исследований свидетельствуют, что женщины с лейомиомой матки составляют группу высокого риска по развитию перинатальной патологии на фоне отягощенного прегравидарного анамнеза, осложненного течения беременности, нарушений маточно-плацентарной, а в дальнейшем и плодово-плацентарной гемодинамики, состояния нестойкого равновесия гормонсинтетической и метаболической функции плаценты с чрезмерным напряжением и постепенным истощением адаптационных возможностей системы мать–плацента–плод. Все это, а также недостаточная эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, является существенным основанием для разработки и внедрения дифференцированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий у беременных с лейомиомой матки различной локализации.

Ключевые слова: лейомиома матки, беременность, роды.

Лейомиома матки сегодня остается одним из наиболее распространенных доброкачественных опухолевых заболеваний половой системы женщин, которая оказывает существенное негативное влияние на репродуктивное и соматическое здоровье. В сложных социально-экономических условиях все чаще перед врачами акушерами-гинекологами встает вопрос рационального ведения гестации у женщин с различными формами репродуктивной патологии, в том числе с лейомиомой матки [1–3]. Высокая частота акушерских осложнений, перинатальной заболеваемости и смертности дает основание отнести таких беременных в группу высокого риска по развитию репродуктивных потерь и неблагоприятных последствий гестации и родов как для матери, так и для плода [4–6].

Большое число исследований, проведенных в Украине и за рубежом, продемонстрировали, что степень гестационного и перинатального риска в значительной мере зависит от возраста беременной, особенностей прегравидарного анамнеза, размеров и количества лейомиоматозных узлов, особенностей их локализации и взаиморасположения с плацентой. В то же время, не все вопросы сочетания лейомиомы матки и беременности можно считать полностью решенными [1–7]. В первую очередь это касается установления связи между анамнестическими особенностями прегравидарного фона, клиническим течением беременности и родов и функциональным состоянием фетоплацентарного комплекса у женщин с лейомиомой матки различной локализации.

Цель исследования: изучить клиническое течение беременности, родов, а также перинатальные исходы родоразрешения женщин с лейомиомой матки различной локализации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели нами на протяжении гестации и в послеродовой период были обследованы 60 женщин и их новорожденных. При этом у 30 беременных во время ультразвукового исследования при первом визите в кон-

сультативную поликлинику было установлено наличие лейомиоматозных узлов различной локализации. Женщины, которые у нас наблюдались, были проинформированы о цели и задачах нашей научной работы и дали согласие на ее проведение. Группы беременных были распределены следующим образом:

Контрольную группу составили 30 беременных с неотягощенным репродуктивным и соматическим анамнезом и физиологическим течением гестации.

I группу составили 30 беременных с лейомиомой матки, которые находились под нашим наблюдением.

Были использованы общеклинические, лабораторные, эхографические (ультразвуковые и доплерометрические), гормональные, кардиотокографические, морфологические и статистические методы исследования. Результаты клиничко-лабораторного обследования на протяжении гестации, показатели динамического мониторинга функционального состояния фетоплацентарного комплекса, случаи осложнений во время беременности, родов, послеродового и неонатального периодов регистрировали в индивидуально разработанных картах наблюдения. Данные этих карт заносили в базу данных персонального компьютера и обрабатывали с помощью программы «Excel» в программной оболочке Microsoft Office XP.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результатом вышеперечисленных особенностей прегравидарного фона, клинического течения гестационного периода и функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с лейомиомой матки является высокий уровень различных осложнений как во время беременности, так и при родоразрешении. Причем, все эти осложнения являются взаимосвязанными и патогенетически зависимыми с высоким уровнем исходной генитальной и соматической заболеваемости, а также от особенностей расположения, размеров и количества лейомиоматозных узлов.

Только 83,3% женщин во время гестации получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия и доносили беременность до 37 нед. В 16,7% случаев беременность завершилась досрочно. Относительно общего количества женщин, роды через естественные родовые пути были у 43,3% женщин. Роды носили спонтанный характер в 20% наблюдений, в 23,3% случаев имели место программированные роды. В 56,7% случаев родоразрешение происходило путем операции кесарева сечения, которая в 24% была плановой, а в 32% носила ургентный характер.

Хотя количество родильниц с лейомиомой матки, у которых на протяжении беременности использовали общепринятые методы коррекции и которые рожали через естественные родовые пути, является не очень большим со статистической точки зрения, но определенные тенденции повышения частоты осложненного течения родового акта из представленных данных можно отметить. Так,

практически у каждой второй женщины имел место несвоевременный разрыв плодных оболочек; в 54,5% наблюдений (в том числе при проведении программированного родоразрешения) мы были вынуждены использовать медикаментозную коррекцию родовой деятельности. При этом предпочтение отдавали препаратам простагландинового ряда. При необходимости проведение возбуждения/усиления родовой деятельности у женщин с лейомиомой матки мы ограничивали использование окситоцина, учитывая существующую возможность неадекватного реагирования рецепторного аппарата миометрия и эндотелиального слоя морфологически и функционально несовершенных сосудов плацентарного ложа и артериол участков мышечной оболочки беременной матки.

В каждом третьем наблюдении (36,4%) течение родов осложнялось дистрессом плода различной степени тяжести, что можно считать неблагоприятным для перинатальных исходов, учитывая высокий уровень дистресса плода на фоне хронической плацентарной недостаточности. Все это приводило к повышению частоты оперативного родоразрешения. В большинстве случаев показаниями к ургентному родоразрешению были острый дистресс плода (28,6%), в два раза реже – неэффективное лечение аномалий родовой деятельности, по одному случаю преждевременной отслойки плаценты и нарушения трофики лейомиоматозного узла. Плановое оперативное родоразрешение проводили в 14,3% случаев в связи с тазовым предлежанием крупного плода и в 28,6% случаев по совокупности показаний, учитывая высокую степень перинатального риска у беременных с отягощенным репродуктивным и соматическим анамнезом.

Определенный интерес, по нашему мнению, также вызывает изучение структуры родоразрешения беременных I группы в зависимости от анатомо-топографических особенностей и расположения лейомиоматозных узлов. Наиболее неблагоприятными клинико-анатомическими формами миомы по отношению к исходам родоразрешения являются субмукозные и интрамуральные лейомиоматозные узлы с центрипетальным ростом. При этом, наиболее неблагоприятным следует считать расположение плаценты полностью или частично в проекции миоматозных узлов, так называемая плацента на узле. Относительно особенностей расположения лейомиомы, тут неблагоприятные результаты получены у женщин с наличием лейомиоматозных узлов в шейке матки, нижней трети тела матки и средней трети тела матки, особенно в случаях расположения узлов больших размеров на переднебоковых стенках в бассейне *aa. uterinae* или непосредственно «по ребру» матки в месте отхождения магистральных маточных сосудов. В таких случаях, несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, значительно повышается риск досрочного прерывания беременности (позднего выкидыша и преждевременных родов), тяжелой форм плацентарной недостаточности и преждевременной отслойки плаценты.

Анализируя перинатальные последствия родоразрешения, необходимо отметить высокую частоту интранатальной асфиксии различной степени тяжести (70,0%), в том числе тяжелой ее в 13,3% случаев. Частота задержки внутриутробного развития плода составляет 23,3%, а макроскопические признаки интраамниального инфицирования имели место в двух наблюдениях (6,7%).

Перинатальные потери в группе пациенток с лейомиомой матки при использовании общепринятых методов коррекции на протяжении всей беременности составили 5 случаев, или 16,7%, что, безусловно, является очень высоким показателем для современного акушерства, даже

учитывая существующий у таких беременных высокий уровень прегравидарной генитальной и соматической заболеваемости.

Состояние новорожденных в контрольной группе в большинстве случаев было удовлетворительным, а оценка по шкале Апгар составляла 7–9 баллов. Среди новорожденных от матерей, которые вошли в I исследуемую группу, в 2 (6,7%) случаях оценка по шкале Апгар при рождении была менее 3 баллов; в 7 случаях (23,3%) находилась в пределах 3–5 баллов; в 10 случаях (33,3%) – 6–7 баллов и только в 6 случаях была выше 8 баллов. Пять новорожденных (16,7%) были оценены по шкале Сильвермана в связи с их недоношенностью и наличием синдрома дыхательных расстройств.

Средняя масса детей при рождении в контрольной группе составила $3324,6 \pm 245,3$ г, а в группе женщин с лейомиомой матки – только $2790,6 \pm 248,4$ г, что существенно отличается между собой ($p < 0,05$). Потеря первичной массы тела новорожденных от матерей с миомой матки было достоверно большей по сравнению с группой физиологического контроля, а ее восстановление начиналось позже (на $7,3 \pm 0,24$ день против $5,4 \pm 0,23$ – в контроле). Итак, у детей, рожденных от матерей с наличием лейомиомы матки и стандартным ведением гестации, отмечалась функциональная незрелость процессов адаптации при переходе в постнатальный период. На момент выписки все дети, рожденные от женщин контрольной группы, восстанавливали первичную массу тела, а при выписке новорожденных от матерей I группы масса новорожденных не восстановилась в 52% случаев ($p < 0,05$).

Среди особенностей неонатальной патологии необходимо отметить постгипоксические поражения центральной нервной системы (ЦНС), которые наблюдались у 36% новорожденных из I группы и только у 1 ребенка из группы контроля (3,3%). Легочная патология в виде пневмопатии новорожденных была отмечена в 4 случаях из I исследуемой группе, что относительно общего количества новорожденных составило 13,3%. Частота конъюгационной желтухи (гипербилирубинемии новорожденных) была почти в четыре раза большей (26,7% против 6,7%) у новорожденных от матерей I группы, а степень ее тяжести (с точки зрения на количественные показатели в периферической крови новорожденных) также достоверно отличалась от показателей контрольной группы. Частота внутриутробного инфицирования (врожденный конъюнктивит, везикулопостулез) в I группе детей составляла 6,7%, однако расхождения с контрольной группой были недостоверными ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, как показали результаты проведенных клинико-функциональных исследований, женщины с наличием лейомиомы матки составляют группу высокого риска по развитию перинатальной патологии на фоне отягощенного прегравидарного анамнеза, осложненного течения беременности, нарушений маточно-плацентарной, а в дальнейшем и плодово-плацентарной гемодинамики, состояния нестойкого равновесия гормонасинтетической и метаболической функции плаценты с чрезмерным напряжением и постепенным истощением адаптационных возможностей системы мать–плацента–плод. Все это, а также недостаточная эффективность общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, является существенным основанием для разработки и внедрения дифференцированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий у беременных с лейомиомой матки различной локализации.

Вплив лейоміоми матки різної локалізації на акушерські та перинатальні наслідки розродження

М.Л. Куземенська

Результати проведених клініко-функціональних досліджень свідчать, що жінки з лейоміомою матки складають групу високого ризику перинатальної патології на тлі обтяженого прегравідарного анамнезу, ускладненого перебігу вагітності, порушень матково-плацентарної, а в подальшому і плодово-плацентарної гемодинаміки, стану нестійкої рівноваги гормонсинтетичної і метаболічної функції плаценти з надмірним напруженням і повільним виснаженням адаптаційних можливостей системи мати-плацента-плід. Усе це, а також недостатня ефективність загальноприйнятих лікувально-профілактичних заходів є суттєвою підставою для розроблення і впровадження диференційованого комплексу лікувально-профілактичних заходів у вагітних з лейоміомою матки різної локалізації.

Ключові слова: лейоміома матки, вагітність, пологи.

Influence of various localisation leiomyoma of uterus on obstetrical and perinatal outcomes of delivery

M.L. Kuzemenska

Results of the spent clinical-functional researches, women with presence leiomyoma of uterus make group of high risk on development perinatal pathologies against burdened pregravidare background, the complicated current of pregnancy, infringements uterine-placental, and in further and born-placental haemodynamics, a condition of unstable balance hormonal-syntecical and metabolic function of a pla-

centa with excessive pressure and a gradual exhaustion adaptable possibilities of system mother-placenta-born. All it, and also insufficient efficiency of the standard treatment-and-prophylactic actions, is the essential basis for working out and introduction of the differentiated complex of treatment-and-prophylactic actions at pregnant women with leiomyoma of uterus of various localisation.

Key words: leiomyoma of uterus, pregnancy, childbirth.

ЛИТЕРАТУРА

1. Велла Р. Мускат, Арматис А., Спиритери М. Безопасность одновременного проведения миомэктомии и кесарева сечения // Материалы конгресса Европейской ассоциации акушеров-гинекологов. – Копенгаген, 2008. – С. 34.
2. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Миома матки // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 5 – С. 82–90.
3. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 3. – С. 50–53.
4. Матевосян Н.Р., Григорян Д.З. Некоторые показатели свёртывающей системы крови беременных-носительниц фибромиомы матки // Материалы международной конференции по актуальным проблемам хирургии. – Ереван, 2008. – С. 405–406.
5. Савицкий Г.А. Особенности течения беременности у больных миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 3. – С. 84–86.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Шешунова Н.А. Характер нарушенной состояния плода у беременных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2009. – № 4. – С. 16–20.
7. Katz V.L., Dotters D.I., Droegemueler W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 73, N 4. – P. 593–596.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ПОЧЕМУ ФРУКТОВЫЕ СОКИ ВРЕДНЫ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

Существуют, без преувеличения, веками соблюдаемые правила относительно питания беременных. Общеизвестно, что алкоголь и никотин - смертельно опасны для будущего малыша. Также не вызывало сомнения утверждение, что свежие фрукты и фруктовые соки - незаменимый источник витаминов и для беременной женщины, и для "маленького".

Однако результаты нового исследования новозеландских ученых заставляют взглянуть "на пользу" фруктов и соков несколько под иным углом: авторы утверждают, что к потреблению фруктозы беременными следует относиться с особой осторожностью. Не вызывая прибавки в весе или увеличения жировых отложений, фруктоза приводит к повышению уровня инсулина в организме

матери, что чревато серьезными осложнениями для ее будущего ребенка.

Исследователи из университета новозеландского города Окленд (University of Auckland) предупреждают о скрытой угрозе для здоровья будущего ребенка, таящейся в натуральных фруктовых соках и даже свежих фруктах, которые ежедневно выпивает или съедает беременная женщина.

Имя опасности - фруктоза. Этот сахарид, регулярно потребляемый беременной женщиной, может проникать через плаценту и в организм плода. Однако как показали лабораторные опыты с крысами, даже рекомендованное врачом будущей матери количество соков и фруктов может содержать столько фруктозы, что она может нанести ущерб младенцу.

Во время эксперимента повышенное потребление фруктозы крысами во время беременности и лактации, то есть грудного вскармливания приводило к стойким гормональным изменениям в организме плода и детенышей, что впоследствии могло спровоцировать появления избыточного веса и сахарного диабета 2-го типа.

"Современные женщины хорошо знают, что следует, например, пить обезжиренное молоко и йогурт с низким содержанием жира. Однако большинство из них не знают, что с не меньшей осторожностью необходимо относиться и к потреблению фруктозы", - пишет профессор Дебора Слобода (Deborah Sloboda), соавтор исследования.

<http://www.health-ua.org>