

## ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Голубова Д. А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Кравченко С.С.

Кафедра акушерства и гинекологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель.

**Ключевые слова:** беременность, миома матки, патогистологические изменения последа.

**Резюме.** В работе проанализирована относительная частота и факторы риска множественной миомы матки у беременных пациенток. Выявлена статистическая взаимосвязь между развитием гестационных осложнений и патогистологических изменений в плаценте и количеством миоматозных узлов.

**Resume:** The study analyzed the relative frequency and risk factors for multiple uterine fibroids in pregnant patients. A statistical relationship was found between the development of gestational complications and histopathological changes in the placenta and the number of myomatous nodes.

### Актуальность.

Миома матки – самое распространенное доброкачественное, реактивно возникающее опухолевидное образование из гладкомышечных элементов с последующим фиброзированием в условиях тканевой гипоксии. В настоящее время миома матки встречается у 30-35% женщин репродуктивного возраста [1]. По данным Вихляевой Е.М. и соавторов, миома матки наиболее часто диагностируется в возрасте 32-33 года, то есть у женщин репродуктивного возраста. У женщин моложе 20-30 лет миома матки встречается 0,9-1,5% случаев, старше 30 лет – у 15-20% женщин, старше 40 лет – около 40% [2].

Миома матки длительное время может протекать без выраженных клинических проявлений, не препятствуя наступлению беременности. Однако беременность при миоме матки (частота встречаемости, по данным различных авторов, от 0,5% до 6%), а также роды и послеродовой период часто имеют осложненное течение [3] и могут заканчиваться потерей плода и матки [4].

**Цель:** изучить особенности беременности и родов, а так же морфофункциональное состояние последа у пациенток с миомой матки, при различных вариантах количества миоматозных узлов.

### Задачи:

1. Определить частоту единичной и множественной миомы матки в обследованной когорте пациенток, выявить факторы, способствующие развитию множественных миоматозных узлов.
2. Провести клиническую сравнительную оценку частоты развития осложнений гестации у пациенток с одиночными и множественными миоматозными узлами.
3. Оценить влияние количественной характеристики миомы матки на развитие патогистологических изменений последа.

**Материалы и методы.** На базе учреждения «Гомельская городская клиническая больница №2» был проведен ретроспективный анализ историй родов и обменных карт 60 пациенток за 2016-2018 гг. Основную группу составили 60

пациенток с миомой матки, которые были разделены на две подгруппы в зависимости от количества миоматозных узлов. В ходе исследования были использованы данные ультразвуковых исследований органов малого таза и плода, результатов обследования беременной и родильницы, отраженных в обменной карте и истории родов, результаты гистологического исследования последа. Полученные цифровые и текстовые результаты заносились в электронную базу данных, в дальнейшем проводилась их статистическая обработка с использованием пакета программ Statistica 10.0 и MedCalc 12.5.

**Результаты и их обсуждение.** Основная группа беременных женщин была разделена на 2 подгруппы в зависимости от количества миоматозных узлов. Первую подгруппу составили пациентки с одиночным миоматозным узлом различного диаметра и локализации (n=41). Во вторую подгруппу вошли пациентки с множественными миоматозными узлами так же различного диаметра и локализации (n=19).

По результатам исследования возраст пациенток варьировал от 20 до 45 лет. Медиана и 25;75 перцентили возраста первой подгруппы составила 30 (27;32) лет, а во второй - 32(30;33) года.

В анамнезе у пациенток с множественными узлами было выявлено раннее наступление менархе, среднее значение возраста в первой подгруппе 12 лет, а во второй - 10 лет ( $\chi^2=11,09$ ;  $p=0,0009$ ). У 26% пациенток с множественными узлами был выставлен диагноз ожирение 1 степени, что оказалось статистически значимо чаще, чем в первой подгруппе пациенток ( $P=0,002$ ). Таким образом, по полученным данным наличие ожирения до беременности в 31 раз повышало риск образования множественных миоматозных узлов ( $OR=31$ ;  $95\%CI (1,64;605,2)$ ;  $p=0,02$ ).

Сравнительные данные в подгруппах по частоте осложнений течения гестации приведены в таблице 1.

**Таблица 1** – Осложнение течения беременности в зависимости от количества миоматозных узлов

Осложнение беременности	Одиночный узел		Множественные узлы		Уровень значимости
	n	%	n	%	
Угроза прерывания беременности	16	39	19	100*	$P=0,00002$
Преэклампсия	7	17	7	37	$\chi^2=1,84$ $p=0,17$
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	25	61	15	79	$\chi^2=1,16$ $p=0,28$
Маловодие	5	12	14	74*	$P=0,000004$
Многоводие	4	10	4	21	$P=0,25$
Кровотечения во время беременности	0	0	10	53*	$P=0,000001$
Поперечное и косое положение плода	0	0	4	21*	$P=0,008$
Тазовое предлежание	8	20	10	53*	$\chi^2=5,3$ $p=0,02$

\* - статистически значимые различия в подгруппах

На основании данных в таблице 1 можно сделать вывод, что у беременных с множественной миомой матки риск развития таких осложнений как, маловодие повышалось в 20 раз (OR=20; 95%CI (5;81); p=0,00001), угрозы прерывания беременности - в 60 раз (OR=60; 95%CI (3,4;1067); p=0,005), кровотечения во время беременности - в 92 раза (OR=92; 95%CI (4,9;1707); p=0,002), поперечного и косого положения плода - в 24 раза (OR=24; 95%CI (1,2;474); p=0,04), тазового предлежания плода - в 4,5 раза (OR=4,5 ; 95%CI (1,4;15); p=0,01) нежели у беременных с единичными узлами. Обе подгруппы имели сопоставимые, но достаточно высокие показатели частоты хронической фетоплацентарной недостаточности, преэклампсии и многоводия.

В ходе анализа течения родов у пациенток двух подгрупп были получены следующие данные ( таблица 2).

**Таблица 2** – Частота осложнений в родах в зависимости от количества миоматозных узлов

Осложнение родов	Одиночный узел		Множественные узлы		Уровень значимости
	n	%	n	%	
Преждевременный разрыв плодных оболочек	12	29	3	16	P=0,34
Первичная слабость родовой деятельности	6	15	3	16	P=1,0
Вторичная слабость родовой деятельности	2	5	0	0	P=1,0

Из приведенной выше таблицы 2 видно, что статистически значимых различий по наличию осложнений в родах выявлено не было. В двух подгруппах общая частота оперативного родоразрешения составила 48% (n=29). В первой подгруппе данная операция была выполнена 12 (29%) пациенткам, во второй – 17 (90%). Таким образом, пациентки с множественными миоматозными узлами статистически значимо чаще родоразрешались путем операции кесарева сечения ( $\chi^2=16,51$ ; p=0,000001). Всем пациенткам во время операции была проведена консервативная миомэктомия. В результате проведенного гистологического исследования были выявлены следующие патологические изменения в последе, представленные в таблице 3.

**Таблица 3** – Патогистологические изменения последа в зависимости от количества миоматозных узлов

Критерий	Одиночный узел		Множественные узлы		Уровень значимости
	n	%	n	%	
Хориодецидуит	12	29	13	68*	$\chi^2=6,7$ p=0,001
Тромбоз межворсинчатого пространства	3	7	7	37*	P=0,008

Гиперплазия капилляров	8	34	14	74*	$\chi^2=14,2$ $p=0,0002$
Лимфоидная инфильтрация	10	24	11	58*	$\chi^2=5,0$ $p=0,03$

\* - статистически значимые различия в подгруппах

Результаты статистического анализа подтверждают более высокую частоту встречаемости таких патогистологических изменений в плаценте при наличии множественных узлов как хориодецидуит, тромбоз межворсинчатого пространства, гиперплазия капилляров, лимфоидная инфильтрация.

### Выводы:

1. В обследованной когорте беременных пациенток с миомой матки чаще диагностировались одиночные миоматозные узлы (68%). Значимым фактором, увеличивающим риск образования множественных миоматозных узлов, следует отметить наличие ожирения.

2. Беременные с множественными миоматозными узлами имели более высокий риск развития угрозы прерывания беременности, кровотечения во время беременности, маловодия, поперечного или косоного положения и тазового предлежания плода. Данные пациентки в большинстве случаев родоразрешались путем операции кесарева сечения.

3. Нами установлено, что у пациенток с множественными миоматозными узлами достоверно чаще наблюдались следующие изменения последа: хориодецидуит, тромбоз межворсинчатого пространства, гиперплазия капилляров, лимфоидная инфильтрация.

Таким образом, наличие множественных миоматозных узлов у беременных является фактором риска развития патогистологических изменений в плаценте и, соответственно, осложнений гестации, что следует учитывать при ведении таких пациенток.

### Литература.

1. Тихомиров А.Л., Лубин Д.М. Миома матки. – М., 2006. – 176 с.
2. Вихляева, Е. М. Руководство по диагностике и лечению больных лейомиомой матки / Е. М. Вихляева. М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.4.
3. Мамедова З.Т., Курбонова М.Х., Давлятова Г.К. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2009. – Т. 52, № 8. – С. 651–655.
4. Михалевич С.И., Капуста А.В. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки. // Медицинские новости. – 2011. – № 2. – С. 18–25.