

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ

Цепкевич А.Ю., Кухарчик Ю.В., Кухарчик И.В.

*Гродненский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии, г. Гродно*

Ключевые слова: миоматозные узлы, миомэктомия, планирование беременности.

Резюме: проведен сравнительный анализ анамнеза женщин репродуктивного возраста с диагнозом миома матки. Выявлены возможные предпосылки развития заболевания. Оценено влияние лейомиомы на беременность, гестацию, развитие плода.

Resume: a comparative analysis of the anamnesis of women of reproductive age with a diagnosis of uterine fibroids was carried out. Possible prerequisites for the development of the disease were identified. The influence of leiomyoma on pregnancy, gestation, and fetal development was evaluated.

Актуальность. Миома матки (фиброма) - гормонально-зависимая опухоль, является наиболее распространенной из доброкачественных новообразований женской половой сферы, которая возникает у 2-40% женщин репродуктивного возраста [1].

Особый интерес к данному заболеванию объясняется тем, что, во-первых, повысилась частота встречаемости данной патологии в практике врача акушера-гинеколога, во-вторых, многие авторы объясняют актуальность данной темы тенденцией к позднему планированию беременности, когда значительно повышается риск возникновения миомы матки и других причин неудач в реализации репродуктивной функции, во-третьих, вариабельность клинического течения, ранняя диагностики, разработка консервативных методов лечения данной патологии также требует особого внимания [1-2].

Цель: выявить возрастные интервалы наибольшей частоты встречаемости миом матки среди женщин репродуктивного возраста: беременных, планирующих беременность. Оценить влияние лейомиомы на репродуктивную функцию, гестацию, развитие плода, проанализировать возможные предпосылки (заболевания) развития миомы.

Задачи:

1. Изучить размеры и локализацию миоматозных узлов;
2. Изучить результаты патогистологического заключения;
3. Проанализировать экстрагенитальную, генитальную патологию у обследуемых женщин;
4. Оценить исход родов у женщин с миоматозными узлами.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезней 110 женщин репродуктивного возраста, которым на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» была выполнена миомэктомия в 2019-2020 гг. Обследованные женщины поделены на 2 группы:

1 группа (n=40) - женщины гинекологического отделения с диагнозом: миома матки, готовящиеся к плановой операции, 90% из них планируют беременность в последующем.

2 группа (n=70) - беременные женщины, поступившие в родовое отделение, для планового родоразрешения (в период беременности диагноз - миома матки - был установлен у 85%).

Полученные данные внесены в компьютерную базу данных. Статистическая обработка производилась с применением прикладных статистических пакетов Statistica 10.0, Microsoft Excel 2019.

Результаты и их обсуждение. На основании данных анамнеза, выполненного объема оперативного вмешательства проведена и дана клиническая характеристика прооперированных женщин, которая представлена следующим образом:

1 группа пациенток возрастного промежутка 25-44 года, из них наибольший процент составляют женщины 35-40 лет (57,5%). Средний возраст данной группы $36,9 \pm 3,48$ года.

2 группа представлена женщинами 22-44 лет, в которой преобладают женщины возраста 30-35 лет (44,3%). Средний возраст данной группы составил $33,5 \pm 4,01$ года.

Процент рожавших женщин 1 группы составляет 45%, при этом 50% приходится на 1 роды, 2 роды - 44,45%, 3 роды - 5,55%, нерожавшие женщины - 55%. 20% пациенток этой группы ранее прерывали беременность: 75% - 1 раз, 25% - 2 раза. Нами установлено: число женщин ни разу не рожавших, не прерывающих беременность - 47,5%, прерывание беременности в анамнезе - 7,5%, пациентки, имеющие в анамнезе роды - 32,5%. Среди обследованных женщин установлено, что у 12,5% из них в анамнезе имелись роды и прерывания беременности. Среди методов родоразрешения в предшествовавшей беременности преобладает кесарево сечение – 77,8%, на долю родов через естественные родовые пути приходится 22,2%.

Из 40 женщин бесплодием страдают 50%: первичное бесплодие - 95%, вторичное - 5%.

Экстрагенитальная патология данной группы включает в себя: инфекции - 5%, эндокринные заболевания (СД, гипотиреоз) - 5%, заболевания ССС и крови - 67,5%. Наиболее часто встречающиеся из них: анемия (70,37%), артериальная гипертензия (11,11%), пролапс митрального клапана (3,7%), пороками сердца (АРХЛЖ - 11,11%), сочетанной патологией (11,11%).

У 22,5% пациенток имело место наличие новообразований, из них кистозная мастопатия - 22,2%, онкопатология другой локализации - 77,8% (представлена в единичных случаях в виде: кист, полипов, липомы, шванномы, фибромы).

Бессимптомное течение миомы отмечено у 27,5%, частота встречаемости симптоматической миомы составил 72,5%.

Из анамнеза основными жалобами пациенток были АМК различного типа - 20,7%, боль (дисменорея, диспареуния и ХТБ) - 3,45%, бесплодие - 58,62%, сочетание симптомов - 17,24%.

Установлены ультразвуковым методом и подтверждены интраоперационно миоматозные узлы матки различной локализации и размеров. Так множественная миома матки установлена у 27,5%. Наибольший процент сочетаний локализации приходится на переднюю и заднюю стенки (27,3%), на дно и заднюю стенку (27,3%). Наличие узлов на передней стенке было у 42,5%, на задней стенке - 27,5%, в дне матке у 2,5% женщин. У 57,5% пациенток размер узлов больше 6см.

В патогистологическом исследовании заключение “простая лейомиома” имели 82,5%, морфологические особенности лейомиомы: хроническое воспаление, участки гиалиноза, клеточная пролиферация - наблюдались у 17,5% женщин 1 группы.

Среди женщин 2 группы настоящее родоразрешение первое у 50%, второе у 35,7%, третье у 11,43%, четвертое и более у 2,86%.

Метод последнего родоразрешения - кесарево сечение (100%), во время выполнения которого производилась миомэктомия по решению консилиума.

Ретроспективный анализ репродуктивной системы показал, что 31,4% женщин прерывали беременность: 54,5% - один раз, 31,8% - два раза, 13,7% - три и более. Из анамнеза ранее страдали бесплодием 12,86% женщин.

Заболевания ССС и крови диагностировано у 70%, так только анемией страдают 26,5%, АГ - 14,3%, пороком (АРХЛЖ) - 12,85%, пролапсом МК - 12,85%, сочетание заболеваний приходится на 36,73%, наибольший процент из которых приходится на анемию и пороки (33,33%).

Только 20% женщин 2 группы имели в анамнезе эндокринную патологию: гипотиреоз - 50%, гипертиреоз - 42,8%, СД - 7,14%.

Отягощенный инфекцией анамнез характерен для 11,42%: хронический тонзиллит - 50%, хронический гепатит - 25%, герпес и вирусное поражение шейки матки встречались с одинаковой частотой (12,5%).

Из сопутствующих онкологических заболеваний (15,7%) имело место наличие патологии молочной железы (фиброаденомы, кистозные мастопатии) - 27,3%, новообразования другой локализации - 72,7%.

Жалобы 52,8% беременных женщин делятся на 3 группы:

1) во время беременности: отек нижних конечностей (7,9%), тянущая боль внизу живота (20%).

2) при поступлении: ложные схватки (8,1%), раннее излитие/подтекание околоплодных вод (31,2%), слабость родовых сил (7,9%).

3) в анамнезе: АМК (5,4%), тянущая боль внизу живота (19,5%).

Используя ультразвуковой метод исследования 33,4% узлов, визуализировались на передней стенке, на задней стенке - 20%, локализация узлов в дне и на боковых стенках матки, ближе к углам, составила одинаковый процент (5,7%). Множественная миома была диагностирована у 37,15%, самый высокий процент сочетаний приходится на переднюю и заднюю стенку (73,08%). Размер узлов больше 6 см встречается у 21,4 % пациенток.

Анализируя исходы предыдущих родов нами установлено, что 57,43% имеют рубец после кесарева сечения. Из анамнеза у 10%, при выполнении оперативного вмешательства по Пфанненштилю, была произведена миомэктомия.

Нами изучен вопрос, влияния наличия миомы матки на исходы беременности. Так, родилось 73 новорожденных, среди которых было 3 монохориальные двойни. В 93,2% случаев беременность заканчивалась рождением доношенных плодов. Недоношенные дети - 6,8%. Минимальный вес новорожденного составил 980 гр, максимальный - 4350 гр.

Характеристика весового интервала представлена таким образом: от 980 до 2500 (5,5%), от 2500 до 3000 (10,9%), от 3000 до 3500 (41,09%), от 3500 до 4000 (28,7%), от 4000 до 4350 (4,1%).

Минимальный рост - 32 см, максимальный - 59 см. 12,3% детей имели рост при рождении 32-50 см, 71,2% - 51-55 см, 6,8% - 56-59 см. Оценка по шкале Апгар 8 баллов и выше у всех новорожденных.

Все женщины 2 группы были родоразрешены путем операции кесарева сечения в сроке 210-260 дней (10%), 261-270 дней (22,8%), 271-280 дней (61,4%), 281-285 дней (5,7%).

98,6% имели продольное положение, 1,4% - косое. Ягодичное предлежание - 11,2%, головное - 88,8%.

Заключение простая лейомиома получили 58,57% женщин 2 группы, лейомиома с гиалинозом - 28,57%, лейомиома с некрозом 7,14%, сочетание гиалиноза и кровоизлияния - 1,43%, некроза и гиалиноза-2,86%, триада (некроз, гиалиноз, кровоизлияние) была характерна для 1,43%.

Анализ гистологического исследования плаценты показал: ткань зрелой плаценты (38,57%), ткань незрелой плаценты (1,43%), ткань незрелой плаценты с патологией (1,43%), ткань зрелой плаценты с патологией (58,57%).

Среди вариантов диагностированной патологии тканей последа имеет место: отек (7,31%), децидуит (19,5%), диссоциированное созревание (4,87%), склерофиброз (4,87%), увеличение числа синцициальных почек (2,44%), гнойный мембранит (2,44%), лейкоцитоз пуповины (2,44%), базальное кровоизлияние (2,44%), кальциноз (2,44%), полнокровие сосудов (2,44%), сочетанная патология (48,78%).

Вывод: в первой группе миома матки чаще встречается у женщин 35-40 лет, которые не выполнили свою репродуктивную функцию, во второй группе - у первородящих, преобладающий возрастной интервал которых является 30-35 лет. Случаи прерывания беременности, бесплодие в анамнезе характерны для обеих групп: бесплодие преобладает у 1 группы, прерывание - у женщин 2 группы.

Из экстрагенитальной патологии у обследуемых женщин высокий процент занимали заболевания ССС и крови, первое место из которых пришлось на анемию. Высокая частота встречаемости артериальной гипертензии, пролапса митрального клапана, порока сердца отмечалась лишь у беременных женщин.

Заболеваниями эндокринной системы чаще страдали женщины 2 группы: лидер по процентному соотношению - гипотиреоз.

Отягощенный инфекцией анамнез был только у пациенток 2 группы.

Небольшое число из обследуемых женщин имело сопутствующую онкопатологию, с одинаковой частотой у пациенток обеих групп встречались новообразования молочных желез.

Симптоматическая миома превалирует. Основные клинические проявления: АМК, тянущая боль внизу живота, бесплодие, преждевременное излитие околоплодных вод, последний симптом характерен только для второй группы.

Единичные узлы миомы крупных размеров чаще встречались у женщин обеих групп, доминирующая локализация являлась передняя стенка, такое расположение узлов связывается с тем, что большой процент обследуемых женщин имели рубец на матке, образовавшийся в результате предыдущего родоразрешения.

В 93,2% случаев беременность закончилась рождением доношенных детей. Оценка по шкале Апгар 8 баллов и выше у всех новорожденных. Самый высокий процент срока родоразрешения соответствует интервалу 271 - 280 дней. В причинах

оперативного родоразрешения доминирует преждевременное излитие околоплодных вод.

В 58,57% случаев плацента имела патоморфологические особенности: некроз, гиалиноз, кровоизлияния, склерофиброз, кальциноз, децидуит, диссоциированное созревание и др.

Литература

1. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment/MARIA SYL DE LA CRUZ [et all.]// Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania Am Fam Physician. 2017 Jan 15;95(2):100-107

2. Штох, Е. А., & Цхай, В. Б. (2015). Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска. Сибирское медицинское обозрение, (1 (91)), 22-27.