

Д. А. Голубова, В. А. Байко
**ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ НА РАЗВИТИЕ
ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. С. С. Кравченко

Кафедра акушерства и гинекологии

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

Резюме. В работе произведена оценка различных характеристик миоматозных узлов. Выявлена корреляция гестационных осложнений в зависимости от параметров миоматозных узлов, корреляция между наличием патогистологических изменений в плаценте и локализацией миоматозных узлов.

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

Resume. The article analyzes: the different characteristics of myomas, the correlation of the gestational complications depending on the parameters of fibroids and correlation of the pathological changes in the placenta and the localization of myomas.

Keywords: Myoma, pregnancy, pathological changes in placenta.

Актуальность. В настоящее время в литературе приводятся данные клинического течения беременности и родов у женщин с миомой матки, однако однозначно не установлено взаимовлияние беременности и миомы матки при определенных характеристиках миоматозных узлов. Таким образом, изучение гемодинамики и патологических изменений в системе мать–плацента–плод при наличии миоматозных узлов представляет научный интерес.

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

Задачи:

1. Оценить частоту встречаемости различных расположений миоматозных узлов у беременных пациенток.
2. Провести клиническую сравнительную оценку частоты развития осложнений гестации у пациенток с локализацией миоматозных узлов и плаценты по одной стенке матки беременных, у которых расположение не совпадало.
3. Оценить влияние миоматозных узлов на развитие патогистологических изменений последа.

Материал и методы. На базе УЗ «Гомельской городской клинической больницы №2» был проведен ретроспективный анализ историй родов и обменных карт 85 пациенток. Статистическая обработка полученных данных была проведена непараметрическими методами анализа с использованием пакета программ «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования возраст обследованных беременных пациенток варьировал от 20 до 45 лет, медиана возраста составила 30 лет. В возрасте старше 30 лет находилось 33 пациентки (59 %).

При проведении ультразвукового исследования учитывали: размеры, количество, расположение и структуру миоматозных узлов. У большинства беременных женщин (76%) отмечались одиночные миоматозные узлы, у 24% обследованных миома была множественной. Интерстициальный тип миоматозных узлов выявлялся

в 64% случаев, субсерозный – в 36%. В результате исследования было выявлено, что у 19 (35%) пациенток размеры миоматозного узла составляли до 2 см в диаметре, у 22 женщин (40%) – от 2 до 5 см, у 14 человек (25%) обследованных – более 5 см в диаметре.

В ходе исследования основная группа пациенток была разделена на две подгруппы. Первую 1А подгруппу составили беременные с локализацией миомы и плаценты по одной стенке, другую 1В подгруппу составили женщины, у которых локализация не совпадала.

При изучении особенностей течения беременности у пациенток обеих групп наблюдались следующие гестационные осложнения, представленные в таблице 1.

Таблица 1. Осложнения течения беременности.

Осложнения течения беременности	1А подгруппа пациен-ток	1В подгруппа пациен-ток
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	p = 0,001* Rs = 0,43	p = 0,09 Rs = 0,1
Преэклампсия	p = 0,0015* Rs=0,42	p = 0,085 Rs = 0,09
Маловодие	p = 0,03* Rs = 0,37	p = 0,15 Rs = 0,07
Многоводие	p = 0,098 Rs = 0,1	p = 0,074 Rs = 0,11
Анемия	p = 0,065 Rs = 0,12	p = 0,069 Rs = 0,014
Угроза прерывания беременности	p = 0,074 Rs = 0,11	p = 0,11 Rs = 0,09

Таким образом, в 1А подгруппе пациенток течение беременности наиболее часто осложнялось хронической фетоплацентарной недостаточностью в 41 % случаев (Rs = 0,42, p<0,05), а также преэклампсией в 50% случаев (Rs = 0,58 p<0,05) и маловодием в 45% случаев (Rs=0,39, p<0,05). Другие гестационные осложнения не были статистически значимыми.

Нами были получены достоверно значимые различия по наличию патогистологических изменений последа у двух подгрупп, представленные в таблице 2.

Таблица 2. Патогистологические изменения в плаценте

Патогистологические изменения в плаценте	1А подгруппа пациенток	1В подгруппа пациенток
Диссоциация ворсин плаценты	p = 0,015* Rs = 0,42	p = 0,078 Rs = 0,09
Ангиопатия	p = 0,003* Rs = 0,58	p = 0,065 Rs = 0,13
Лимфоидная инфильтрация	p = 0,03* Rs = 0,39	p = 0,09 Rs = 0,08
Кровоизлияние в плаценту	p = 0,074 Rs = 0,09	p = 0,14 Rs = 0,09
Хориодецидуит	p = 0,059 Rs = 0,14	p = 0,061 Rs = 0,011
Гиперплазия плаценты	p = 0,055 Rs = 0,14	p = 0,088 Rs = 0,077

У женщин первой подгруппы были выявлены ангиопатия в 44% случаев (Rs = 0,58, p<0.05), диссоциация ворсин плаценты в 31% случаев (Rs = 0,42, p<0.05), лимфоидная инфильтрация в 28% случаев (Rs = 0,39, p<0.05).

В ходе анализа расположения миоматозных узлов выявлено, что по передней стенке миомы у 47% пациенток, по задней – 27%, в дне – у 20% беременных.

Основную группу пациенток повторно разделили на подгруппы. Первую 1С подгруппу составили женщины с локализацией миоматозного узла и плаценты по задней стенке, вторую 1D – пациентки с локализацией миоматозного узла и плаценты по передней стенке.

У пациенток 1С подгруппы была выявлена прямая корреляционная связь с угрозой прерывания беременности 37% (Rs=0,43, p<0,05), преэклампсией 50% (Rs=0,42, p<0,05) и маловодием 45% (Rs=0,37, p<0,05), а у пациенток 1D подгруппы – прямая корреляция с нарушением сократительной деятельности матки в родах (первичная и вторичная слабость родовой деятельности) 36% (Rs=0,4, p<0,05) и преждевременным излитием околоплодных вод 28% (Rs=0,3, p<0,05).

Выводы:

1. Наиболее частым вариантом расположения миоматозных узлов является интерстициальный тип по передней стенке. Локализация миоматозного узла и миомы в большинстве случаев совпадала.

2. У пациенток с расположением миоматозного узла и плаценты по одной стенке, течение беременности наиболее часто осложнялось хронической фетоплацентарной недостаточностью, преэклампсией и маловодием.

3. Нами установлено, что у пациенток с расположением миоматозного узла и миомы по одной стенке наблюдаются такие патогистологические изменения последа, как диссоциация ворсин плаценты, ангиопатия, лимфоидная инфильтрация.

*D. A. Golubova, V. A. Baiko**

The influence of myoma location on pregnancy complications

Tutors: PhD in Medical sciences S. S. Kravchenko

Department of Obstetrics and Gynaecology

Gomel State Medical University, Gomel

Литература

1. A novel technique of selective uterine devascularization before myomectomy at the time of cesarean section: a pilot study [Electronic resource]: R. D. Babasaheb, S. P. Shobhana, V. P. Yashita [et. al.] // *Fertility and Sterility*. – 2010. - Vol. 94, issue 1. - P. 362-364. – Mode of access: <http://www.fertstert.org/>. – Date of access: 01.03.2018.

2. Myomas and reproductive function / *Fertility and Sterility* – 2008. - Vol. 90, issue 5. – P.125–P.130. – Mode of access: <http://www.fertstert.org/>. – Date of access: 01.03.2018.

3. Мамедова, З.Т. Патогистологические особенности плаценты и миоматозных узлов у беременных с миомой матки / Доклады Академии наук Республики Таджикистан, 2010. – том 53, №4. – С. 317-318

4. Михалевич, С. И. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки / С. И. Михалевич, А. В. Капуста // *Мед. новости*. – 2011. – № 2. – С. 18–25.