

Е. И. Кашко, И. О. Кирдань

ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. В. Н. Сидоренко

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

E. I. Kashko, I. O. Kirdan

FEATURES OF DELIVERY OF PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS

Tutor professor V. N. Sidorenko

Department of Obstetrics and Gynecology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В статье приведен анализ влияния миомы матки на течение беременности и родов, а также на состояние плода. Определена частота осложнений беременности и родов, структура миом матки у пациенток в зависимости от размера и локализации. Установлено, что наличие у беременных миомы матки достоверно увеличивает частоту преждевременных родов, преждевременного разрыва плодных оболочек, хронической гипоксии плода.

Ключевые слова: миома матки, беременность, фиброматозный узел.

Resume. The article analyzes the influence of uterine fibroids on the course of pregnancy and delivery, as well as on the condition of the fetus. The frequency of complications of pregnancy and delivery, the structure of uterine fibroids in patients, depending on the size and localization, was determined. It was found that the presence of uterine fibroids in pregnant women significantly increases the frequency of preterm delivery, premature rupture of the fetal membranes, and chronic fetal hypoxia.

Keywords: uterine fibroids, pregnancy, fibromatous node.

Актуальность. Миома матки является наиболее распространенной доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы [1, 6]. Эта патология встречается с общей частотой от 40% до 60% в возрасте 35 лет и от 70% до 80% в возрасте 50 лет [6]. В период репродукции она наблюдается у 20-44% женщин. В связи с этим нередко (в 0,5 – 6%) миома встречается у беременных [1]. Различные ее характеристики влияют на исход беременности по-разному. Эта информация может быть использована для консультирования женщин в дородовом периоде и стратификации риска [5]. Размер, расположение, количество фиброматозных узлов и их отношение к плаценте являются критическими факторами, выявить которые позволяет ультразвуковое исследование органов малого таза [4]. Большинство женщин с миомой матки будут иметь нормальные исходы беременности, но более высокий риск проблем с фертильностью и осложнений беременности, чем у женщин без нее [8]. Данный диагноз может быть связан с повышенным риском самопроизвольного прерывания беременности, причем риск выше у пациенток с множественной миомой, чем с одной [2]. Есть исследования, подтверждающие, что миома матки повышает риск родоразрешения путем операции кесарева сечения и развития послеоперационных кровотечений [10, 7]. В то же время в 2010 году было проведено исследование, включающее 72000 беременностей, в ходе которого были выявлены различия в коэффициентах вероятности для предлежания и отслойки плаценты, преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов и внутриматочной смерти плода у пациенток с миомой матки и без нее, но все различия были <2%, что не считалось клинически значимым [9]. В частности, множественные, а не миомы

больших размеров, связаны со значительно повышенным риском преждевременных родов и проведения операции путем кесарева сечения [3].

Цель: на основе ретроспективного анализа данных выявить влияние миомы матки на течение беременности и родов, а также на состояние плода.

Задачи:

1. Проанализировать структуру миом матки у пациенток основной группы в зависимости от размера и локализации.
2. Определить частоту осложнений беременности и родов у респондентов.
3. Изучить морфологические особенности последа, а также состояние плода.
4. Выявить особенности родоразрешения у пациенток с миомой матки.

Материал и методы. Работа основана на ретроспективном анализе данных медицинских карт стационарных пациентов, госпитализированных с целью родоразрешения в УЗ «Родильный дом № 5» г. Минска.

Исследование включало 316 пациенток, разделенных на основную и контрольную группы в соотношении 1:1.

Основная группа (158 человек) включала пациенток, имеющих диагноз миома матки, контрольная группа (158 человек) – пациенток, не имеющих данный диагноз соответственно. Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерных программ Statistica 10 и MicrosoftExcel 2013. Данные представлены в виде среднее \pm стандартная ошибка среднего ($M \pm m$). Оценка различий в сравниваемых статистических группах проводилась при помощи коэффициента соответствия (хи-квадрат, χ^2). Различия считались статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза 95,5% ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток в основной группе составил $36 \pm 2,3$ лет, в контрольной – $30 \pm 4,8$ лет. Доля пациенток старше 30 лет с паритетом родов 1 составила 40% (63 женщины) от всех пациенток основной группы (рис. 1).



Рис. 1 – Распределение всех пациенток, поступивших в УЗ «Родильный дом № 5» г. Минска по возрасту

В основной группе миома крупных размеров (от 5 см) диагностирована у 15 (9,5%) пациенток, миома малых размеров (<5 см) – у 79 (50%) пациенток, множественная миома матки – у 64 (40,5%) пациенток (рис. 2). Статистически значимых

различий между размерами миом матки и количеством осложнений в родах выявлено не было ($\chi^2=0,656$, $p>0,05$).

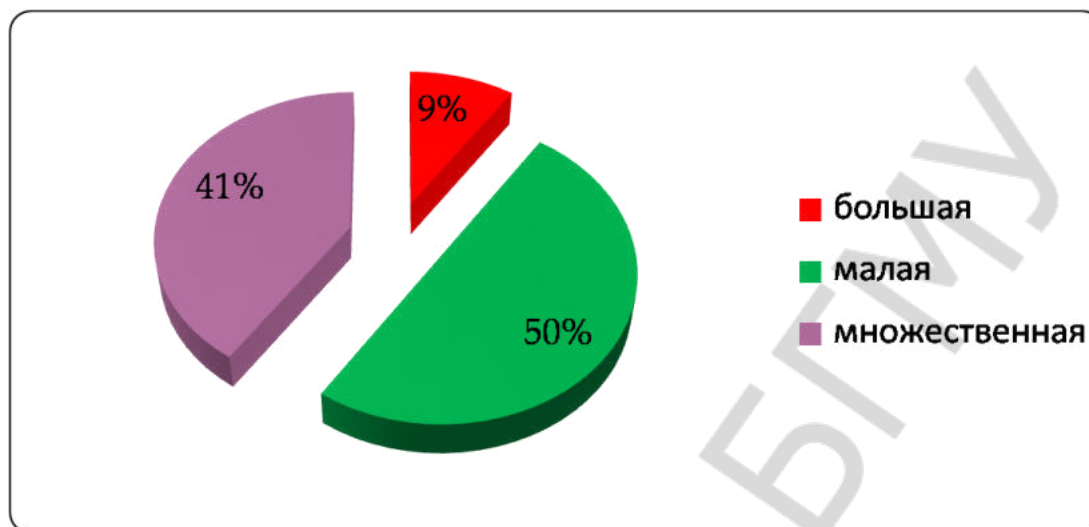


Рис.2 – Распределение фиброматозных узлов по размеру среди пациенток основной группы

Часто миомы матки локализованы интерстициально (48,7%) и интерстициально-субсерозно (31,6%), реже субсерозно (16,5%), субмукозно (1,3%), интерстициально-субмукозно (1,3%).

Помимо миомы матки у 119 (75,3%) пациенток из основной группы имелись другие сопутствующие заболевания, в контрольной группе также 119 (75,3%) пациенток имели сопутствующие заболевания. Из сопутствующих заболеваний как в основной, так и контрольной группе наиболее часто встречались заболевания щитовидной железы, варикозная болезнь вен нижних конечностей, ожирение 1 и 2 степени. У пациенток основной группы, имеющих сопутствующие заболевания, выявлена статистически значимо выше частота осложнений родов ($\chi^2=11,75$, $p < 0,002$).

Количество осложнённых беременностей составило: в основной группе - 100 (63%), в контрольной – 119 (75,4%). Осложнения в родах присутствовали в основной группе в 73,4% случаев, в контрольной – в 71% случаев. В основной группе достоверно выше частота преждевременного разрыва плодных оболочек и хронической гипоксии плода ($p < 0,05$). Статистически значимых различий между общей частотой осложнений в родах в основной и контрольной группах не было выявлено ($\chi^2=0,25$, $p > 0,05$). Процент преждевременных родов в основной группе достоверно выше (6,9%), чем в контрольной (1,9%) ($p < 0,05$). У пациенток основной группы, имеющих сопутствующие заболевания, выявлена статистически значимо выше частота осложнений в родах ($\chi^2=11,75$, $p < 0,002$).

Табл.1 Структура наиболее частых осложнений в родах

Осложнение	Основная группа	Контрольная группа
Хроническая гипоксия плода	51 (44%)	35 (31,25%)
Преждевременный разрыв плодных оболочек	54 (46,6%)	31 (34,8%)
Первичная и вторичная слабость родовой деятельности	19 (16,4%)	16 (14,3%)

Разрыв промежности	8 (6,9%)	36 (32,1%)
Разрыв шейки матки	8 (6,9%)	11 (9,8%)
Острая гипоксия плода	3 (2,6%)	5 (4,5%)
Маловодие	6 (5,2%)	4 (3,6%)
Многоводие	3 (2,6%)	3 (2,7%)

Частота оперативного родоразрешения в контрольной группе составила 14,5%, в основной – 48,1% , из которых в половине случаев (51,3%) была дополнительно проведена миомэктомия. В основной группе определена статистически значимо выше частота выполнения операций кесарева сечения по сравнению с контрольной группой ($\chi^2=42,81$, $p<0.002$).

Патологические изменения в гистологии последа наблюдались в основной группе в 37,3% случаев, в контрольной – 42,5%. Состояние новорожденных в 99% родов не было ниже 8/8 баллов по шкале Апгар в обеих группах.

Выводы:

1 Наличие у беременных миомы матки достоверно увеличивает частоту преждевременных родов, преждевременного разрыва плодных оболочек, хронической гипоксии плода ($p<0.05$).

2 Диагноз миомы матки достоверно увеличивает частоту оперативного родоразрешения ($p<0.002$).

3 Чаще всего миома диагностируется у женщин старше 30 лет при интерстициально-субсерозной локализации узлов.

4 Большинство пациенток с миомой матки имеют нормальные исходы беременности, но имеется тенденция к увеличению частоты аномалий родовой деятельности.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1059 с.

2. Benson, C. B. Outcome of pregnancies in women with uterine leiomyomas identified by sonography in the first trimester / C. B. Benson [et al.] // Journal of Clinical Ultrasound. – 2001. – №29. – P. 261-264.

3. Ciavattini, A. Number and size of uterine fibroids and obstetric outcomes / A. Ciavattini [et al.] // The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2015. – №28. – P. 484-488.

4. Cooper, N. P. Fibroids in Pregnancy—Common but Poorly Understood / N. P. Cooper, S. Okolo // Obstetrical & Gynecological Survey. – 2005. – №60. – P. 132-138.

5. Lam, S-J. The impact of fibroid characteristics on pregnancy outcome / S-J. Lam [et al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2014. – №211. – P. 395-400.

6. Lee, H. J. Contemporary Management of Fibroids in Pregnancy / H. J. Lee [et al.] // Obstet Gynecol. – 2010. – №3. – P. 20-27.

7. Noor, S. Pregnancy with fibroids and its obstetric complications / S. Noor [et al.] // Ayub Med Coll Abbottabad. – 2009. – №21. – P. 37-40.

8. Salvatore, G. V. Management of uterine fibroids in pregnancy: recent trends / G. V. Salvatore, P. Francesco, A. G. Ferdinando // Current opinion in obstetrics & gynecology. – 2015. – №27. – P. 432-437.
9. The Management of Uterine Leiomyomas / G. A. Vilos [et al.] // ObstetGynaecol Can. – 2015. – №37. – P. 157-178.
10. Woodruff, J. W. Pregnancy after uterine artery embolization for leiomyomata: A series of 56 completed pregnancies / J. W. Woodruff, J. McD. Simon // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2006. – №195. – P. 1266-1271.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ