

ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Фоминова Г.В.¹, Ляличкина Н.В.², Косенко Ю.Ю.¹, Фоминова И.С.¹, Захаров А.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, e-mail: galinavipsf@yandex.ru;

²ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр», Саранск, e-mail: cord-an@yandex.ru

Миома матки занимает лидирующее значение в структуре гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Сочетание миомы матки и беременности встречается у 0,4–6,0% женщин. Приблизительно у 10-30% беременных женщин с миоматозными узлами осложняется течение беременности, родов и послеродового периода. Изучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с миомой матки. Было проведено исследование случай-контроль. Проанализировано 157 историй родов. 121 пациентка – основная группа, 36 - контрольная группа. У 43% женщин в основной группе достоверно встречаются неблагоприятные исходы предыдущих беременностей, в контрольной группе – у 14%. У 9% женщин с миомой матки отсутствовали гестационные осложнения, в группе контроля – у 50%. Преждевременные роды у беременных из I группы были у 22,3% женщин, в контрольной группе – у 2,3% женщин. В первой группе родоразрешено путем операции кесарева сечения 43,8% женщин, в контрольной группе – 38,89% женщин. Все женщины с множественными миоматозными узлами больших размеров (14%) были родоразрешены оперативно. Средний объем интраоперационной кровопотери в I группе составил 700,0±44,0 мл, во II группе – 600,0±19,0 мл. В I группе у женщин, родивших самостоятельно, наблюдались следующие осложнения: преждевременный разрыв плодных оболочек – 30%, кровотечение в третьем периоде родов – у 4,44%; во второй группе преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался у 22,7% женщин. В первой группе средняя масса и рост новорожденных составили 3082±89 г и 50±0,6 см, во второй группе – 3503±64 г и 52±0,4 см. В I группе с экстремально низкой массой тела родилось 4,61% детей, в контрольной группе таких детей нет. В удовлетворительном состоянии в основной группе родилось 79,3%, в контрольной – 100%. В основной группе у 10% женщин поздний послеродовый период был осложнен нарушением инволюции матки, сопровождающимся лохиометрой. В контрольной группе послеродовые осложнения отсутствовали.

Ключевые слова: беременность, роды, миома матки, кесарево сечение, естественные роды, новорожденные.

DURING THE GESTATIONAL PROCESS AND DELIVERY IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA

Fominova G.V.¹, Lanichkina N.A.², Kosenko Yu.Yu.¹, Fominova I.S.¹, Zakharov A.A.¹

¹Mordovia state University N. P. Ogarev, Saransk, e-mail: galinavipsf@yandex.ru;

²Mordovian Republican clinical perinatal center, Saransk, e-mail: cord-an@yandex.ru

Uterine myoma occupy a leading role in the structure of gynecological diseases in women of reproductive age. The combination of uterine fibroids and pregnancy occurs in 0.4–6.0% of women. Approximately 10-30% of pregnant women with myomatous nodes complicate the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period. To study the peculiarities of pregnancy, childbirth and postpartum period in pregnant women with uterine myoma. A case-control study was conducted, 157 stories of childbirth were analyzed. 121 patients - the main group, 36 - control group. In 43% of women in the main group there are significant adverse outcomes of previous pregnancies, in the control group – 14%. In 9% of women with uterine myoma there are no gestational complications, in the control group-50%. Preterm births in pregnant women from the I group were in 22.3% of women, in the control group – in 2.3% of women. In the first group delivery by caesarean section 43.8% women in the control group – 38.89% women. All women with multiple myomatous nodes of large size (14%) were born OPE-rative. The average volume of intraoperative blood loss in group I was 700.0±44.0 ml, in group II – 600.0±19.0 ml.in group I in women who gave birth alone, the following complications were observed: premature rupture of membranes – 30%, bleeding in the third period of delivery – 4.44 %; in the second group, premature rupture of membranes was observed in 22.7% of women. In the first group the average weight and length of newborns amounted to 3082±89 g and 50±0.6 cm in the second group – 3503±64 g and 52±0.4 cm In group I with extremely low birth weight born of 4.61 % of the children in the control group of such children there. 79.3% were born in satisfactory condition in the main group, 100% in the control group. In the basic group 10% of women in late postpartum period was complicated by a breach in involution of the uterus, accompanied by

lochiometra. The control group had no postpartum complications.

Keywords: pregnancy, childbirth, uterine fibroids, caesarean section, natural childbirth, newborns.

Актуальность. В структуре гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста большинства стран мира миома матки занимает лидирующее значение. Считают, что её диагностируют у 30-35% женщин репродуктивного возраста, чаще в позднем репродуктивном возрасте, но в последнее время отмечается тенденция к «омоложению» миомы матки, в связи с чем возрастает число молодых женщин с данным заболеванием в возрасте 20-25 лет. У женщин моложе 20-30 лет миома матки встречается в 0,9-1,5% случаев.

По данным Российского общества акушеров-гинекологов, миома матки становится главной причиной гистерэктомии во многих странах, например в США она является основанием приблизительно для 1/3 всех гистерэктомий, а это примерно 200 тыс. гистерэктомий ежегодно. В России, по различным данным, миома матки является причиной гистерэктомии в 50-70% случаев при заболеваниях матки.

Современная тенденция планировать беременность в возрасте 30 лет и старше делают проблему миомы матки при беременности особенно актуальной, поскольку отсрочка деторождения приводит к увеличению частоты беременности, осложненной фибромиомой или предшествующей миомэктомией [1; 2].

По данным многих авторов, сочетание миомы матки и беременности встречается у 0,4–6,0% женщин [3; 4]. В настоящее время имеется тенденция к увеличению сочетания миомы матки с беременностью, что повышает риск осложнений в течение беременности и родов.

Женщины с миомой матки подвергаются повышенному риску акушерских осложнений. Приблизительно у 10-30% беременных женщин с миоматозными узлами осложняется течение беременности, родов и в послеродового периода. Субмукозные, ретроплацентарные, большие и множественные миомы имеют больший риск осложнений. Цервикальные миомы, хотя и редкие, нуждаются в тщательном наблюдении [1; 5].

Миома матки оказывает неблагоприятное влияние на здоровье молодых женщин, повышает риск невынашивания и других осложнений при беременности и в родах, а также патологических состояний новорожденных [2].

В частности, множественные миоматозные узлы связаны со значительно повышенным риском преждевременных родов и кесарева сечения, в то время как крупные миомы повышают риск преждевременного разрыва плодных оболочек [5].

Цель исследования. Изучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с миомой матки.

Материалы и методы исследования. На базе ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр» проведен ретроспективный анализ (случай-контроль) 157 историй родов, произошедших в 2017 году.

Критерием включения в анализируемую группу были: наличие миомы матки субсерозной, интрамуральной и/или субсерозно-интрамуральной локализации, родоразрешение оперативным или естественным путем. Критерием исключения было отсутствие миомы матки.

Первую (основную) группу составила 121 женщина, беременность у которой протекала на фоне миомы матки. Средний возраст беременных составил $34,42 \pm 0,48$ года. Миоматозные узлы были субсерозные (0, I, II типов), чисто интрамуральные, субсерозно-интрамуральные. Узлы располагались в теле матки преимущественно по передней и задней стенкам, а также в области дна. Единичные узлы небольших размеров (до 5 см) наблюдались у 52 (42,9%) женщин, единичные узлы от 5 до 10 см – у 10 (8,26%), множественные миоматозные узлы до 5 см – у 42 (34,7%) женщин, у 17 (14%) женщин были обнаружены множественные миоматозные узлы от 5 до 15 см. 14 (11,6%) женщинам до беременности проводилось оперативное лечение миомы (консервативная миомэктомия).

Во вторую (контрольную) группу вошли 36 женщин без миомы матки. Средний возраст беременных составил $28,17 \pm 0,76$ года.

У всех беременных женщин проводился ретроспективный анализ данных анамнеза, гестационных осложнений, особенностей течения родов (срок и выбор метода родоразрешения, продолжительность родов, показания к оперативному родоразрешению, величина кровопотери, размеры и количество миоматозных узлов, клинические особенности течения родов и послеродового периода). Кроме того, было исследовано состояние новорожденных детей (антропометрия, оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни).

Статистическая значимость различий между группами оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента для несвязанных выборок (средний срок родоразрешения, оценка данных по продолжительности родов, объёму кровопотери) и отношения шансов (при анализе течения беременности, родов и послеродового периода). Различия между сравниваемыми величинами признавали достоверными при $p < 0,05$ (95% уровень достоверности).

Результаты исследования и их обсуждение. В 2017 году на базе ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр» было родоразрешено 2777 женщин, из них – 121 беременная с миомой матки. Таким образом, частота встречаемости миомы матки и беременности составила 4,36%, что соответствует данным мировой статистики.

При сравнении исследуемых групп выяснилось, что в основной группе с миомой матки достоверно в 4,7 раза чаще встречаются неблагоприятные исходы предыдущих беременностей (отношение шансов (ОШ) 4,7; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,7; 12).

Медицинский аборт в анамнезе наблюдался у 17 (14%) женщин основной группы, у 4 (11,1%) женщин группы сравнения. Самопроизвольное прерывание беременности, замершая беременность, внематочная беременность были отмечены у 25 (20,66%) женщин с миомой матки в анамнезе, и лишь у 1 (2,8%) женщины из группы сравнения в анамнезе отмечалось самопроизвольное прерывание беременности. Бесплодие наблюдалось у 10 (8,26%) женщин с миомой матки.

При анализе частоты встречаемости гинекологических заболеваний статистически нами не было обнаружено значимых различий (табл. 1).

Таблица 1

Гинекологические заболевания в исследуемых группах

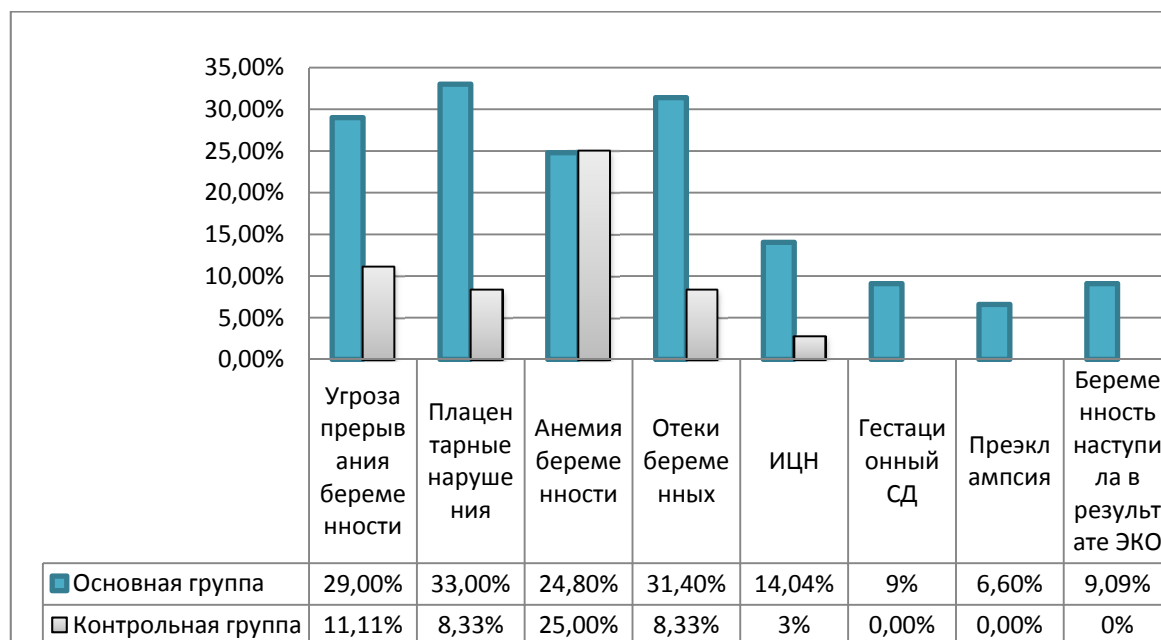
Гинекологические заболевания	Основная группа (n=121), %	Контрольная группа (n=36), %	ОШ; 95% ДИ
Патология шейки матки: эктопия, рубцовая деформация	18,18	13,9	1,3; 0,5; 3,9
Воспалительные заболевания: кольпит, цервицит, сальпингоофорит, аднексит	26,4	13,9	2,2; 0,8; 6,2

Женщины с отсутствием экстрагенитальной патологии (артериальная гипертензия, миокардиодистрофия, нарушение ритма, ожирение, заболевания мочевыводящих путей, миопия, патология щитовидной железы) одинаково часто встречались в исследуемых группах: 25 (20,7%) беременных в первой группе и 12 (33,3%) – во второй (ОШ 0,4; 95% ДИ 0,2; 1,18).

Анализируя течение беременности, мы выявили, что миома матки увеличивает риск гестационных осложнений в 10 раз в сравнении с группой контроля (ОШ 10,0; 95% ДИ 4; 24,6). Так, у 11 (9%) женщин с миомой матки отсутствовали гестационные осложнения, в группе контроля – у 18 (50%).

Как следует из рисунка, беременность с миомой матки увеличивает в 3 раза риск развития угрозы прерывания беременности (ОШ 3,2; 95% ДИ 1,036; 9,6), в 5 раз – плацентарных нарушений (ОШ 5,4; 95% ДИ 1,6; 18,7), в 3,7 раза – вызванных беременностью отеков (95% ДИ 1,09; 13,2). Частота возникновения анемии во время беременности не зависит от миомы матки (95% ДИ 0,42; 2,3), но следует учесть, что во второй группе анемия встречалась только легкой степени, когда в первой группе одинаково часто встречалась

анемия разной степени тяжести. Также мы не обнаружили достоверной связи между возникновением истмико-цервикальной недостаточности и миомой (95% ДИ 0,73; 44,6). В I группе были отмечены такие осложнения, как гестационный сахарный диабет у 11 (9,09%) женщин, умеренная преэклампсия у 8 (6,6%) беременных. В контрольной группе этих осложнений не наблюдалось. У 11 (9,09%) женщин в I группе беременность наступила в результате программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).



Гестационные осложнения

При сравнении исследуемых групп было обнаружено статистически значимое ($p=0.000166$) различие в значении среднего срока родоразрешения. Так, в основной группе средний срок родоразрешения составил $37,5 \pm 0,26$ недели, что ниже, чем во II группе – $38,7 \pm 0,18$ недели.

Следует отметить, что миома матки увеличивает в 10 раз развитие преждевременных родов (95% ДИ 1.3; 76.8). Так, роды у беременных из I группы в доношенном сроке были у 94 (77,6%) женщин, преждевременные роды – у 27 (22,3%) женщин. Среди родоразрешенных преждевременно у 3 (11,1%) произошли очень ранние преждевременные роды в сроке беременности до 28 недель, у 2 (7,4%) – ранние преждевременные роды (28-30 недель беременности), у 3 (11,1%) – преждевременные роды в сроке беременности 31-33 недели, у 17 (63%) – поздние преждевременные роды. В контрольной группе 35 (97,2%) женщин были родоразрешены в доношенном сроке, 1 (2,3%) женщина – в сроке беременности 36 недель.

Женщины обеих групп были родоразрешены как оперативно, так и через естественные родовые пути. В первой группе родоразрешено путем операции кесарева сечения 53 (43,8%) женщины и 68 (56,2%) женщин были родоразрешены через естественные

родовые пути. В контрольной группе кесарево сечение проведено у 14 (38,89%) женщин, роды через естественные родовые пути произошли у 22 (61,11%). Таким образом, нельзя достоверно утверждать, влияет ли миома матки на выбор метода родоразрешения (95% ДИ 0,6; 2,6).

Показания к операции кесарево сечение у женщин в исследуемых группах были сочетанными (табл. 2).

Таблица 2

Показания к операции кесарево сечение

Показания к операции	Основная группа (n=53), %	Контрольная группа (n=14), %
Тазовое предлежание и неправильное положение плода	9,43	57,1
Узкий таз и клиническое несоответствие размеров плода размерам таза матери	3,8	42,9
Возрастная первородящая	18,9	42,9
Крупный плод	1,9	35,7
Рубец на матке после КС	28,3	28,6
Беременность, наступившая вследствие ЭКО	16,9	0
Рубец на матке после консервативной миомэктомии	16,4	0
Аномалии родовой деятельности	9,43	0
Умеренная преэклампсия	7,54	0
Плацентарные нарушения	7,54	0
Рубцовая деформация шейки матки	5,66	0
Миопия высокой степени	3,8	0
Быстрый рост опухоли в конце беременности с признаками нарушения питания	1,9	0

У 16 (13,2%) рожениц с миомой объем операции был расширен – во время выполнения кесарева сечения женщинам была проведена миомэктомия в связи с субсерозной локализацией миоматозных узлов. У одной женщины корпоральный разрез был проведен через интрамуральный узел, что вызвало кровотечение из места разреза, дальнейшее восстановление целостности тканей не удалось, была проведена надвлагалищная ампутация матки, объем общей кровопотери составил 1500 мл. Также была обнаружена женщина с интрамуральным миоматозным узлом размером 9,1*8,7 см, который располагался в месте проекции плаценты. Это вызвало следующие патологические состояния, которые стали показаниями для оперативного родоразрешения в сроке беременности 35 недель: преэклампсия тяжелой степени, HELLP-синдром, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Следует отметить, что все женщины (17 пациенток – 14%) с множественными миоматозными узлами больших размеров были родоразрешены оперативно. Таким образом, наличие множественных миоматозных узлов увеличивает частоту кесарева сечения.

Достоверно ($p < 0,05$) объем интраоперационной кровопотери в основной группе увеличен. Средний объем интраоперационной кровопотери в I группе составил 700 ± 44 мл, у

6 (4,9%) женщин объем кровопотери превысил 1000 мл (1200-1500 мл). Во II группе средний объем кровопотери составил 600 ± 19 мл.

Наличие миомы матки не влияет ($p > 0,05$) на продолжительность родов через естественные родовые пути. Средняя продолжительность родов в I группе у первородящих составила 8 ч 19 мин \pm 75 мин, у повторнородящих – 6 ч 26 мин \pm 63 мин. Во II группе средняя продолжительность родов у первородящих – 6 ч 8 мин \pm 62 мин, у повторнородящих – 5 ч 22 мин \pm 67 мин.

В I группе у женщин, родивших самостоятельно, наблюдались следующие осложнения: преждевременный разрыв плодных оболочек – у 20 (30%), кровотечение в третьем периоде родов – у 3 (4,44%). Амниотомия выполнялась 5 (7,3%) женщинам, эпизиотомия – 14 (20,5%). Во II группе преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался у 5 (22,7%) женщин, амниотомия выполнялась 2 (9%) женщинам, эпизиотомия – 12 (54,5%). Средний объем общей кровопотери в родах через естественные родовые пути в I группе составил 193 мл, во II группе – 178 мл. Нет достоверной связи ($p > 0,05$) между влиянием миомы матки на развитие преждевременного разрыва плодных оболочек.

Исследуя состояние новорожденных, мы учитывали массу, рост детей и оценку по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте после рождения. Антропометрические показатели новорожденных достоверно ниже в группе женщин с миомой матки ($p < 0,05$). В первой группе средняя масса и рост новорожденных составили 3082 ± 89 г и $50 \pm 0,6$ см, во второй группе – 3503 ± 64 г и $52 \pm 0,4$ см. В I группе с экстремально низкой массой тела родилось 4,61% детей. Эти дети родились преждевременно. В контрольной группе таких детей нет.

В основной группе извлечены в удовлетворительном состоянии 96 (79,3%) детей (оценка состояния по шкале Апгар - 8 и 9 баллов на 1-й и 5-й минутах соответственно), 15 (12,5%) – в состоянии гипоксии легкой степени, 3 (2,5%) – в состоянии гипоксии средней степени тяжести и 7 (5,8%) – в тяжелой асфиксии. В контрольной группе все дети родились в удовлетворительном состоянии. В 9 раз наличие миоматозных узлов достоверно увеличивает рождение в состоянии гипоксии (ОШ 9,4; 95% ДИ 1,2; 71,7).

Анализируя течение раннего и позднего послеродового периодов, выявлено следующее. В основной группе у 12 (10%) женщин поздний послеродовый период был осложнен нарушением восстановления нормальных размеров матки, сопровождающимся лохиометрой. Этим женщинам на 3-5-е сутки было выполнено выскабливание полости матки. В контрольной группе осложнения отсутствовали. Однако нельзя достоверно точно сказать, увеличивает ли миома матки риск развития осложнений раннего и позднего послеродового периодов (ОШ 3,9; 95% ДИ 0,5; 31).

Заключение

Таким образом, миома матки влияет на течение беременности, родов и послеродового периода, увеличивая риск осложнений. Поэтому следует относить беременных с миомой матки в группу высокого риска, что требует родоразрешения в родовспомогательных учреждениях III группы.

Миома матки достоверно чаще сопряжена с неблагоприятными исходами предыдущих беременностей (медицинский аборт, самопроизвольный аборт, внематочная беременность, бесплодие). Данная патология увеличивает в 10 раз риск развития гестационных осложнений (в 3 раза риск развития угрозы прерывания, в 5 раз – плацентарных нарушений, в 3,7 раза – вызванных беременностью отеков). Миома матки влияет на средний срок родоразрешения, снижая его. Следует отметить, что миома матки в 10 раз повышает частоту преждевременных родов.

Наличие миомы матки не влияет на выбор метода родоразрешения, но множественные миоматозные узлы увеличивают частоту кесарева сечения. Эта опухоль увеличивает интраоперационную кровопотерю, но не влияет на длительность родов через естественные родовые пути.

Сочетание беременности и миомы матки также оказывает влияние на состояние новорожденных: антропометрические показатели новорожденных достоверно ниже в группе женщин с миомой матки, в 9 раз наличие миоматозных узлов достоверно увеличивает рождение в состоянии гипоксии.

Список литературы

1. Milazzo G.N., Catalano A., Badia V. et al. Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2017, vol. 43, no. 12, pp. 1789-1804.
2. Можейко Л.Ф. Миома матки: этиопатогенез, течение беременности и родов / Л.Ф. Можейко, И.А. Гузей, К.В. Белонович // *Охрана материнства и детства*. – 2014. - № 1 (23). – С. 99-103.
3. Федорченко Е.А. Особенности влияния миомы матки на роды и послеродовый период / Е.А. Федорченко, А.Д. Чеканова, А.Е. Волков // *Журнал фундаментальной медицины и биологии*. – 2014. - № 3. – С. 45-48.
4. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М., 2009. – 1501 с.
5. Ciavattini A., Clemente N., Delli Carpini G. et al. Number and size of uterine fibroids and obstetric outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2015, vol. 28 (4), pp. 484-488.