

Урбаева Ж.Т.

ПРОЯВЛЕНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ

Zh. T. Urbaeva

DEVELOPMENT OF FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY AT CHILDBEARING AGE WOMEN WITH A HYSTEROMYOMA

УДК: 618+616.006.36

Миома матки, в большинстве случаев оказывает определенное негативное влияние на характер течения беременности, что чаще всего сопровождается фетоплацентарной недостаточностью и угрозой прерывания беременности.

Особенности роста и развития плода определяются многообразными изменениями в организме беременной женщины, среди которых важную роль играют процессы физиологической адаптации, а основными механизмами, обеспечивающими адекватные условия для развития плода, являются формирование фетоплацентарной системы и развитие физиологической гипертонии беременных.

Ключевые слова: миома матки, фетоплацентарная недостаточность, течение беременности.

The hysterosmyoma, in most cases makes certain negative impact on character of pregnancy course that is accompanied by fetoplacental insufficiency and abortion threat more often.

Features of growth and fetation are defined by diverse changes in an organism of the pregnant woman among which the important role is played by physiological adaptation processes, and the basic mechanisms providing adequate conditions for a fetation, formation of fetoplacental system and development of a physiological hypervolemia of pregnant women are.

Key words: a hysterosmyoma, fetoplacental insufficiency, pregnancy course.

Миома матки относится к наиболее распространенной патологии женской половой системы и по данным различных авторов, встречается у 15-17% женщин старше 30 лет. До настоящего времени некоторые стороны патогенеза миомы матки остаются невыясненными и являются предметом исследования [1,2].

В развитии миомы матки много нерешенного. Данная патология наблюдается и у молодых женщин с «чистым» анамнезом, и у женщин в позднем репродуктивном возрасте, и у больных с дисфункцией системы гипоталамус-гипофиз-яичник-матка [3].

Развитие миомы матки нужно рассматривать с точки зрения адаптивно-компенсаторной концепции генезиса патологических процессов. В качестве условий развития миомы матки могут

выступать многочисленные экзогенные факторы [4].

На основании анализа данных литературы создается впечатление, что миома матки является больше гормонально - чувствительным, чем гормонально-обусловленным заболеванием. Не всегда выявляется прямая корреляционная связь между ростом миоматозных узлов и концентрацией стероидных и гонадотропных гормонов в крови и их рецепторов в матке [7].

Нарушения кровообращения в матке, деформированной узлами миомы, может привести к усилению возбудимости, повышению сократительной активности матки и снижению репродуктивной функции [8]. Имеются данные о прерывании беременности у 80% пациенток с локализацией плодного яйца в области узла миомы [9].

Вопрос о взаимосвязи бесплодия и миомы матки в настоящее время остается темой для дискуссии. Ряд авторов выделяют миому матки как причину нарушения репродуктивной функции [10]. Среди пациенток с бесплодием миома матки, как единственное патологическое состояние, встречается в 1-12% случаев [11]. Первичное бесплодие при миоме матки отмечали в 17,7% случаев, вторичное - у 32,4% больных миомой матки [12,13].

Миома матки, в большинстве случаев оказывает определенное негативное влияние на характер течения беременности, что чаще всего сопровождается фетоплацентарной недостаточностью и угрозой прерывания беременности. В большей степени это выражено при расположении плаценты в проекции миоматозного узла, что проявляется нарушением строения и функции плаценты, и влечет за собой недостаточное поступление к плоду кислорода и питательных веществ, и в некоторых случаях - задержку развития плода. В этом случае возможна также и преждевременная отслойка плаценты, сопровождающаяся кровотечением [14].

Вопросы течения, ведения беременности у пациенток с миомой матки, вопросы

плодоплацентарных взаимоотношений и компенсаторно-приспособительных механизмов системы кровообращения мать-плацента-плод изучались многими исследователями [15,16].

Развитие внутриутробной задержки роста плода (ВЗРП) определяется патологией материнского организма, плаценты и самого плода [17].

Особенности роста и развития плода определяются многообразными изменениями в организме беременной женщины, среди которых важную роль играют процессы физиологической адаптации, а основными механизмами, обеспечивающими адекватные условия для развития плода, являются формирование фетоплацентарной системы и развитие физиологической гипervолемии беременных. В систему кровообращения беременной включается новая сосудистая зона маточно-плацентарного кровообращения. Регионарная сосудистая зона матки функционирует с включением многочисленных анастомозов между сосудами различных отделов половой системы и артериовенозным шунтированием крови в межворсинчатом пространстве [14].

Установлена тесная связь между массой плода и обменной площадью плаценты. Многие авторы считают, что степень выраженности компенсаторно-приспособительных реакций плаценты зависит от длительности и тяжести патологического процесса [16].

В.И.Кулаков и Г.С.Шмаков [18] изучали частоту встречаемости факторов риска развития осложнений беременности и фетоплацентарной недостаточности (ФПН) у беременных с миомой матки, которая составила 18,4%. Авторами проводилось комплексное динамическое наблюдение за состоянием всего фетоплацентарного комплекса и напряженности адаптации в системе кровообращения мать-плацента-плод, связанной с самой миомой. Удалось установить конкретные факторы риска развития фетоплацентарной недостаточности: снижение физической активности, несбалансированное питание, вредные привычки, рост профессиональных, бытовых и ятрогенных воздействий, роль последних особенно велика у беременных с миомой.

Задержка развития плода – важнейший маркер, характеризующий адаптационные возможности и компенсаторные механизмы системы мать-плацента-плод, начало процесса срыва компенсаторных механизмов и развития дезадаптации в этой системе [19]. Практически значима своевременность выявления ВЗРП (если это осложнение не удалось предупредить), так как лечение имеет большие перспективы при ранней диагностике [17].

Современные ультразвуковые методики с использованием доплер-эффекта позволяют не только диагностировать ФПН, но и определять скорость и объем кровотока в сосудах, связанных с кровоснабжением плода. Возможна количественная оценка этих изменений и интерпретация данных в течение всей беременности [20,21].

В основе фетоплацентарной недостаточности, возникающей при локализации плаценты в проекции межмышечного узла опухоли, лежат нарушения структуры плаценты (инфаркты, афункциональные зоны, сужение межворсинчатого пространства, ретроплацентарные гематомы), а также снижение васкуляризации ворсин [10,22].

При функциональной оценке состояния фетоплацентарной системы отмечено, что у беременных с миомой матки высокого риска чаще всего выявляются нарушения со стороны сердечной деятельности плода, дыхательных движений, его двигательной активности и структуры плаценты [3].

При доплерометрии установлено, что у подавляющего большинства беременных с миомой матки имели место гемодинамические нарушения в изучаемых сосудах, что характеризовалось увеличением значений систоло-диастолического отношения [23].

Таким образом, миома матки, в большинстве случаев оказывает определенное негативное влияние на характер течения беременности, что сопровождается ФПН и угрозой прерывания беременности. Медикаментозная профилактика ФПН у женщин с миомой матки позволяет сохранить беременность почти во всех клинических наблюдениях, уменьшить частоту развития ФПН, задержки внутриутробного развития плода, угрозы прерывания беременности (с выраженным миоматозным изменением матки и расположением плаценты в проекции узла) [27].

Проблема «миома матки и беременность» в настоящее время решается чаще в пользу продолжения беременности.

Список литературы:

1. Сидорова И.С., и соавт. // Акушерство и гинекология. - 2006, приложение. - С.30-33.
2. Evans P, Brunzell S. // Am.Fam.Physician. - 2007. - Vol.75, №10. - P.1503-8.
3. Somigliana E. et al. // Hum Reprod Update. - 2007. - Vol.13, №5. - P. 465-76.
4. Hisaoka M. et al. // Cancer Genet.Cytogenet. - 2002. - Vol.138, №1. - P.50-5.
5. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии - М., 2000. - С.424-487.
6. Quade B.J. et al. // Cancer Res. - 2003. - V.63, №6. - P.1351-8.

7. Дементьева М.М. Оценка показателей апоптоза при гиперпластических процессах и раке эндометрия: Автореферат дис. ...кан. мед. наук. - М.,1999.-21с.
8. Капшусева Л.М. Гистероскопия в диагностике и лечении внутриматочной патологии: Автореферат дисс. ...док.мед.наук.-М., 2001.-32с.
9. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). - СПб.,2000.-229с.
10. Сидорова И.С., Прудникова Е.Л. //Материалы VIII Российского Форума «Мать и дитя». - М.,2006.-С.211-212.
11. Khalaf Y. et al. //Hum.Reprod.-2006.-V.21, №10. - P.2640-4.
12. Skrablin S. et al. //Eur.J. Obstet. Gynecol.Reprod.Biol.-2005.-V.118, №1.-P.115-6.
13. Walker W.J., McDowell S.J. //Am.J.Obstet. Gynecol.-2006.-V.195- P.1266-1271.
14. Цхай В.Б. и соавт. //Матер.IV Росс.Форума «Мать и дитя».- Москва, 2002.-С.644-645.
15. Ботвин М.А. и соавт. //Акушерство и гинекология.-2004.-№1.-С.24-27.
16. Boutten A., Debodinance P. //J.Gynecol.Obstet. Biol.Reprod. (Paris)-2006.-V.35, №1.-P.82-6.
17. Asakura H. et al. //J.Nippon.Med.Sch.-2004.-V.71, №1.-P.69-72.
18. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэтомия и беременность. - М.: Медпресс-информ,2001.- 344с.
19. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М., 2004.-524с.
20. Краснопольский В.И. и соавт. //Акушерство и гинекология.-2006.-№1.-С.13-16.
21. Gojnic M. et al. //Fetal.Diagn.Ther.-2004.-V.19, №5.-P.462-4.
22. Krolikowska B. et al. //Ginekol.Pol.-2002.-V.73, №4.-P.280-3.
23. Gojnic M. et al. //Clin.Exp.Obstet.Gynec.-2004.- V.31, №3.-P.197-8.
24. Раева Р.М. //Актуальные проблемы акуш. и гинек. и перинатологии. - Алматы,2003.-С.135-137.
25. Bajekal N.,Li T.C.// Hum.Reprod.Update.-2000.- V.6, №6.-P.614-20.
26. Cooper N.P., Okolo S. // Obstet.Gynecol.Surv.- 2005.-V.60, №2.-P.132-8.
27. Кулаков В.И. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии.- М., 2005.-475с.

Рецензент: д.мед.н., профессор Мусуралиев М.С.