

Показатели гемостаза у беременных с некрозом миомы матки

Сударикова Е.Г. – к.м.н., и.о. руководителя научного отделения экологической репродуктологии ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург
 Пестряева Л.А. – к.б.н., руководитель научного отделения биохимических методов исследования ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург
 Шабунина-Басок Н.Р. – д.м.н., руководитель отделения патоморфологии и цитодиагностики ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Haemostatic system in pregnant patient with necrosis of uterine myoma

Sudarikova E. G., Pestryaeva L.A., Shabunina-Basok N.R.

Резюме

Проведен анализ лабораторных показателей у 49 беременных с миомой матки, потребовавшей проведения миомэктомии. Некроз миомы матки при беременности сопровождается воспалительной реакцией организма и формированием тромбоопасного состояния, которое определяет необходимость комплексного лечения.

Ключевые слова: Миома матки, некроз, беременность, гемостаз

Summary

The authors examined 49 pregnant women with uterine myoma. One of the main reasons of myomectomy in pregnant patient with uterine myoma is clinical evidence of its necrosis. The specialties of haemostatic system in patients with necrosis of uterine myoma show necessity of complex treatment.

Key words: uterine myoma, necrosis, pregnancy, haemostatic system

Введение

Увеличение доли беременных с лейомиомой матки определяет актуальность изучения данной патологии в репродуктивном возрасте. Проблема приобретает все большую актуальность в связи с омоложением контингента больных с миомой матки, с одной стороны, и поздним планированием беременности - с другой, когда значительно повышается риск возникновения миомы и других заболеваний репродуктивной системы как основных причин неудач в реализации детородной функции [1,2]. По данным различных авторов удельный вес миомэктомии исчисляется десятками долями процента, что, требует расширения показаний в целях восстановления и сохранения генеративной функции у женщин фертильного возраста [3,4]. Показания к проведению миомэктомии: быстрый рост опухоли; атипичное расположение узлов (шеечные, перешеечные, интралигаментарные и подслизистые); большие и гигантские размеры миомы; маточные кровотечения, обусловленные миомой; некроз узла; бесплодие при миоме. Противопоказания к проведению миомэктомии: нежелание женщины сохранить репродуктивную функцию [5].

Столь пристальное внимание к формированию показаний для оперативного лечения пациенток репродуктивного возраста, планирующих беременность, объясняется увеличением доли беременных с миомой матки. Осложненное течение беременности у женщин с миомой матки наблюдается по данным различных авторов от 40 до 81% [6].

В случае неосложненного течения беременности, небольших размерах опухоли наиболее рациональным является консервативное ведение, у многих женщин при небольших размерах опухоли, отсутствии признаков нарушения питания узлов беременность протекает благоприятно и, как правило, заканчивается самопроизвольными родами. Основными осложнениями течения беременности в ранние сроки является – угроза прерывания, предлежание и отслойка хориона. Со стороны миомы матки осложнениями являются – нарушение питания и некроз опухоли, рост узла. Следует отметить, что при беременности чаще наблюдается «ложный» рост, обусловленный дегенеративными изменениями и гипертрофией миоцитов [7]. В последующем эти осложнения определяют развитие хронической фетоплацентарной недостаточности, синдрома задержки роста плода, его неправильное положение. Роды у беременных с лейомиомой также протекают с осложнениями, к которым следует отнести несвоевременное излитие вод, аномалии сократительной деятельности матки, дистресс плода, преждевременную отслойку плаценты, гипотоническое кровотечение.

Ответственный за ведение переписки -

Сударикова Е.Г.

Екатеринбург, ул. Баумана 5, кв. 37,

COH9@olympus.ru

Осложненное течение беременности и родов требует строго дифференцированного подхода к ведению беременных с миомой матки и определяет индивидуальную акушерскую тактику в каждом конкретном случае. Прежде всего, это касается решения вопросов о необходимости, возможности и условиях миомэктомии во время гестации [8,9].

Как и в начале прошлого столетия, основными показаниями к миомэктомии при беременности в настоящее время являются большие размеры опухоли, локализация, препятствующая пролонгированию беременности, и грозное осложнение - некроз миомы [9]. На дооперационном этапе заподозрить нарушение питания опухоли (или некроз) можно по воспалительным проявлениям - болевой синдром, субфебрильная лихорадка, воспалительная реакция крови, ультразвуковой картине структуры опухоли. Однако, все эти признаки неспецифичны и некроз миоматозного узла не всегда подтверждается морфологически.

Целью нашего исследования стал поиск новых лабораторных критериев некроза миомы матки при беременности.

Материал и методы

Группы исследования составили беременные, которым проведено хирургическое лечение миомы матки в сроке 16-22 недель. Оперативное лечение 49 беременным и наблюдение в послеоперационном периоде проведено на базе гинекологического отделения ФГУ НИИ ОММ в 2007-2009гг. Для определения лабораторных критериев, характеризующих некроз миомы матки у беременных, ретроспективно были сформированы 2 группы. В 1 группу были включены беременные, у которых гистологически был верифицирован некроз удаленной миомы матки (N=24), 2 группу составили пациентки без некроза опухоли (N=25). В контрольную группу были включены 30 беременных с неосложненным течением гестации.

Были проанализированы показатели гемостаза: содержание тромбоцитов, уровень фибриногена, фибринолитическая активность, РФМК, АПТВ, гематокрит, тромбоцитокрит, средний объем тромбоцитов (MPW) и гемограммы: СОЭ, количество лейкоцитов. Исследование проведено по стандартным методикам. В качестве контроля использованы показатели гемостаза беременных во 2 триместре. Проведено гистологическое исследование послеоперационного материала. Для статистической обработки результатов использовали пакет прикладных программ Microsoft Excel 8,0 для Windows 2000. Для оценки достоверности различий между выборками использовали критерий Стьюдента с уровнем вероятности 0,95.

Результаты и обсуждение

Возраст беременных с миомой матки, находившихся под нашим наблюдением, в среднем составил $33,37 \pm 0,55$ лет, без достоверных различий по группам: $32,6 \pm 0,70$ в 1 группе, $34,00 \pm 0,81$ лет во 2 группе. Анамнез пациенток представлен высокой частотой встречаемости артифици-

ального прерывания беременности ($49,09 \pm 6,74\%$) и хронических воспалительных заболеваний ($24,53 \pm 5,91\%$) без достоверного различия в 1 и 2 группе. В группе пациенток с выявленным некрозом лейомиомы отягощенный акушерский анамнез зарегистрирован в $44,00 \pm 9,93\%$ случаев, у пациенток с лейомиомой без некроза - в $66,67 \pm 8,61\%$. Хронические воспалительные заболевания перенесла каждая четвертая пациентка обеих групп - $25,00 \pm 8,84\%$ и $24,14 \pm 7,95\%$ соответственно. Обращает на себя внимание, что у большинства женщин миома матки была диагностирована до наступления данной беременности: у $68,00 \pm 9,33\%$ пациенток первой группы и у $78,37 \pm 7,75\%$ второй группы. Размеры опухоли до беременности были оценены в среднем - $54,10 \pm 5,85$ мм ($53,00 \pm 11,92$ мм и $55,20 \pm 3,32$ мм в 1 и 2 группах соответственно). Лечение или прегравидарной подготовки женщины не получали.

Больше, чем у половины пациенток зарегистрировано осложненное течение данной беременности с ранних сроков. Угроза прерывания отмечена у $64,15 \pm 6,59\%$, перманентная угроза выкидыша - у $26,00 \pm 6,20\%$ женщин. При сравнении выявлена тенденция к более выраженной симптоматике у пациенток с некрозом опухоли, у которых клиника угрозы выкидыша сопровождала развитие беременности у $76,00 \pm 8,54\%$ женщин, перманентная угроза прерывания беременности отмечена у половины из них - $34,78 \pm 9,93\%$. В группе пациенток без некроза миомы матки эти показатели составили $53,57 \pm 9,42\%$ и $18,52 \pm 7,48\%$.

Клиника нарушения питания миомы матки встречалась почти у половины беременных ($45,28 \pm 6,84\%$). Стационарное лечение до госпитализации в гинекологическое отделение ФГУ НИИ ОММ проведено каждой второй и составило $54,72 \pm 6,84\%$.

При госпитализации пациенток в гинекологическое отделение было проведено клинко-лабораторное обследование, по результатам которого были сформулированы показания оперативного лечения. Показаниями для проведения консервативной миомэктомии при беременности являлись большие размеры миомы ($32,76 \pm 6,16\%$), клинко-лабораторные признаки нарушения питания опухоли - болевой синдром, воспалительные изменения крови ($27,58 \pm 5,87\%$), рост миомы при беременности послужил показанием к оперативному лечению у $8,62 \pm 3,68\%$ беременных. Сочетанные показания (большие размеры узла миомы и признаки нарушения питания опухоли) зарегистрированы у каждой третьей пациентки.

Из показателей гемограммы у беременных с некрозом миомы матки регистрируются воспалительные изменения - достоверное увеличение количества лейкоцитов $9,78 \pm 0,43 \times 10^9$ /л, ускорение СОЭ до $47,00 \pm 2,11$ мм/ч. При сравнении с группой пациенток с миомой матки без некроза эти показатели составили - $8,34 \pm 0,29 \times 10^9$ /л и $25,42 \pm 1,67$ мм/ч соответственно.

При анализе показателей гемостаза у беременных с некрозом миомы матки прослеживается формирование тромбоопасного состояния. У беременных с некрозом миомы матки выявлен более высокий уровень фи-

Таблица 1. Показатели гемостаза у беременных с некрозом миомы матки во II триместре (M±m)

	Контрольная группа N=30	1 группа N=24	2 группа N=25
Гематокрит, %	38,00±6,00	31,09±0,62	32,76±0,65
Тромбоциты, $\cdot 10^9$ /л	235,10±7,40	312,00±12,18 ^{^^^}	248,40±12,05 ^{***}
Тромбоцитокрит, %	0,20±0,01	0,25±0,01 ^{^^^}	0,21±0,01 ^{***}
Средний объем тромбоцитов (MPV)	9,10±0,12	9,35±0,20	8,78±0,28
Фибриноген, г/л	4,60±0,60	6,47±0,30 ^{^^^}	4,40±0,18 ^{***}
Фибринолитическая активность, мин	16,00±1,50	36,19±3,06 ^{^^^}	25,82±2,98 ^{*##}
РФМК, мг%	6,00±3,00	16,38±2,19 ^{^^}	16,08±1,67 [#]
АПТВ, сек	40,60±1,70	35,93±0,98 [^]	32,92±0,65 ^{*###}

Примечание: * - достоверность различий 1 и 2 групп по критерию Стьюдента $p < 0,05$; *** - достоверность различий по критерию Стьюдента $p < 0,001$; ^ - достоверность различий 1 и контрольной групп по критерию Стьюдента $p < 0,05$; ^^ - $p < 0,01$; ^^ - $p < 0,001$; ## - достоверность различий 2 и контрольной групп по критерию Стьюдента $p < 0,01$; ### - $p < 0,001$

бриногена 6,47±0,30 г/л против 4,40±0,18 г/л в группе сравнения ($p < 0,001$), что объясняется реакцией острофазных белков на воспалительный процесс. Концентрация тромбоцитов венозной крови беременных 1 группы составила 312,00±12,18 тысяч в мл, в группе сравнения этот показатель достиг 248,40±12,05 тысяч в мл. Достоверно выше в 1 группе зафиксирован показатель тромбоцитокрита, характеризующий процент тромбоцитарной массы в объеме крови, при этом средний объем тромбоцита достоверно не отличался от контрольной группы, что указывает на нормальную кривую распределения тромбоцитов (табл. 1).

Рассматривая полученные результаты, следует сделать вывод о том, что наличие некроза опухоли при беременности определяет не только воспалительные изменения, а косвенно указывают на формирование тромбоопасного состояния у беременных. К ним относятся тенденция к тромбоцитозу, увеличение концентрации фибриногена в 1,4 раза, заторможенный фибринолиз.

Гиперфибриногенемия объясняется тем, что фибриноген относится к группе острофазных провоспалитель-

ных белков, концентрация которого может повышаться при воспалении или некрозе тканей в несколько раз.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору оперативного лечения лейомиомы матки при беременности определяет благоприятные перинатальные исходы, сохраняет детородную функцию у женщин репродуктивного возраста.

При обосновании показаний к консервативной миомэктоми во время беременности целесообразным является проведение исследования системы гемостаза. В качестве дополнительных критериев, в том числе для дифференциальной диагностики некроза миоматозного узла, следует использовать показатели гемограммы и гемостазиограммы: уровень фибриногена, тромбоцитов, тромбоцитокрит, абсолютное содержание лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов. Некроз миоматозного узла при беременности сопровождается формированием тромбоопасного состояния, купирование которого происходит вследствие лечебных мероприятий, в том числе консервативной миомэктомии. ■

Литература:

- Петракова С.А., Буянова С.Н., Мгелиашвили М.В. Возможности миомэктоми в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки. Рос вестн акуш-гин 2009; 9:1: 30-35.
- Курцер М.А., Лукашина М.В., Тищенко Е.П. Консервативная миомэктоми во время кесарева сечения/ Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии :2008; 7:№3.- С.82-87
- Kozinsky Z., Orvos H., Zoboki T., Katona M., Wayda K., Pal A., Kovacs L. Risk factors for cesarean section of primiparous women aged over 35 years/ Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81:313-6
- Бабунашвили Е.Л. Репродуктивный прогноз при миоме матки: Автореф. дис. ... канд.мед.наук М. 2004; 24
- В. И. Краснополский С. Н. Буянова Н. А. Шуккина М. В. Мгелиашвили Е. Л. Бабунашвили И. П. Титченко Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки Рос вестн акуш-гин; 2005; № 2; 36-40
- Титченко И.П. Клиническое значение новых ультразвуковых диагностических технологий в выборе тактики лечения миомы матки вне и во время беременности: Автореф. дис. ...канд. мед. наук М 2007; 21
- Сидорова И.С. Миома матки М.: МИА, 2003: 5-66
- Каримов Э.Д., Низматова Г.И., Абдикулов Б.С., Хусанходжаева М.Т., Тухтабаева Б.М. Органосберегающее хирургическое лечение миомы матки во время беременности. Акуш и гин; 2009; 6; 31-33
- Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктоми и беременность. М.: МЕДпресс-информ, 2001; 342