

Акушерская тактика при наблюдении беременных с аномалиями матки

Мальгина Г.Б., д.м.н., руководитель отделения антенатальной охраны плода ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»;

Репалова Е.Ю., к.м.н., младший научный сотрудник отделения антенатальной охраны плода ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»;

Паначева Н.М., к.м.н., врач отделения биофизических и лучевых методов исследования ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»;
г. Екатеринбург

Obstetric tactics in women with uterine anomalies

GB. Malgina, EYu.Repalova, NM.Panacheva

Резюме

Цель работы: разработка оптимальной акушерской тактики ведения беременных с аномалиями матки. Проведено 2-х этапное исследование: ретроспективное изучение медицинской документации 150 родоразрешенных женщин с аномалиями матки и проспективное когортное исследование 40 беременных с аномалиями матки и 30 беременных с нормальной анатомией матки, включающее динамический УЗИ скрининг с измерениями внутриматочных объемов и проведением доплерометрии кровотоков в маточных артериях и артерии пуповины. Выявлены особенности течения беременности при различных типах аномалий, особенности фетоплацентарной системы. На основании результатов исследования определены пути улучшения перинатального прогноза у женщин с аномалиями матки, рекомендуемые для широкого внедрения в практику.

Ключевые слова: аномалии матки, беременность, фетоплацентарная система, критические сроки, родоразрешение, перинатальные исходы.

Resume

Objective: development of optimal obstetrical tactics in pregnant women with uterine anomalies.

Carried out 2-stage study: a retrospective study of 150 medical records of delivery of women with uterine anomalies, and a prospective cohort study of 40 pregnant women with uterine anomalies, and 30 pregnant women with normal anatomy of the uterus, including the dynamic screening with ultrasound measurements of intrauterine volume and the conduct of Doppler blood flow in the uterine arteries and umbilical arteries. Revealed the features of pregnancy in various types of anomalies, especially fetoplacental system. Based on the results of a study to determine methods of improving perinatal prognosis for women with uterine anomalies are recommended for wide introduction into practice.

Key words: anomalies of a uterus, pregnancy, fetoplacental system, critical periods, delivery, perinatal outcomes.

Введение

Аномалии развития матки продолжают оставаться причиной серьезных репродуктивных проблем.

По данным отечественных и зарубежных авторов [1, 2, 3] - частота встречаемости пороков матки составляет 0,1-12%, в среднем 3,5-4%.

У пациенток с аномалиями развития матки репродуктивные проблемы возникают, по данным некоторых авторов, от 25% до 50 – 85% [4,5]. Частота невынашивания беременности колеблется от 23 до 86%, частота преждевременных родов от 23 до 31% [3,6].

При этом в доступной литературе четко не определены принципы ведения беременных с аномалиями матки, пути профилактики репродуктивных потерь и улучшения перинатального прогноза.

Цель работы: разработка оптимальной акушерской тактики ведения беременных с аномалиями матки.

Материалы и методы исследования. Проведено двухэтапное когортное исследование, в результате чего созданы два информационных массива. В работе использована классификация аномалий параметронефральных протоков Американского общества фертильности (1988г.) (см. рис. 1., стр. 36).

Первый информационный массив включал в себя результаты ретроспективного анализа медицинской документации когорты беременных с аномалиями развития матки, родоразрешенных в клиниках ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий» с 2002 по 2005 годы (150 историй родов и развития новорожденных). При анализе ретроспективная группа была разделена на следующие подгруппы в зависимости от формы выявленных аномалий у 56 женщин диагностирована двурогая матка (37,3%), у 44 пациенток - седловидная матка (29,3%), у 18(12%) выявлено удвоение матки. у 15(10%) женщин однорогая матка, у

Ответственный за ведение переписки -

Мальгина Г.Б.,

620029 г. Екатеринбург, ул. Циолковского, д.84, кв.8;
malgina1@mail.ur.ru

Формы порока, при которых возможна беременность :

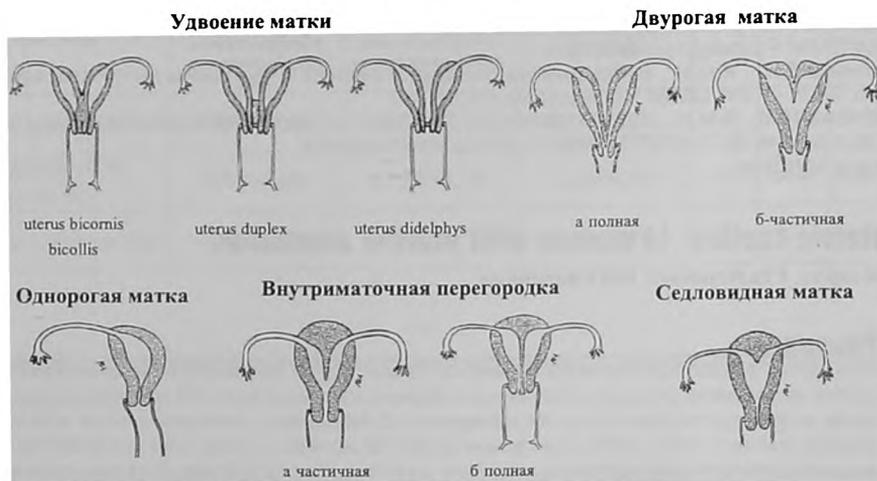


Рисунок 1. Формы аномальной матки, при которых возможна беременность, согласно классификации Американского общества фертильности (1988 г.)

17 (11,3%) диагностирована внутриматочная перегородка, при этом у шестерых из них беременность наступила после оперативной коррекции (в двух случаях произведена метропластика по Штрассману, в четырех - гистерорезектоскопия)(см.рис.2).

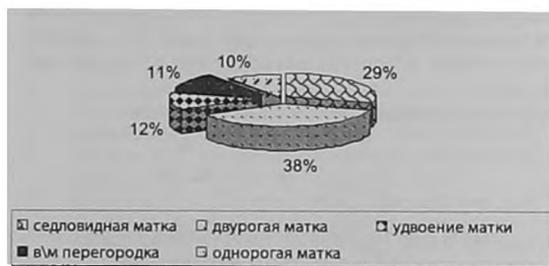


Рисунок 2. Структура аномалий матки у женщин ретроспективной группы

На втором этапе исследования проводилось диспансерное наблюдение с ранних сроков беременности 40 женщин с аномалиями развития матки, составивших основную проспективную группу. Контрольную группу составили 30 пациенток с нормальной анатомией внутренних половых органов, не имевших отягощенного акушерского анамнеза, обследованных в те же сроки и по тем же параметрам, взятых на диспансерный учет с ранних сроков гестации и в дальнейшем родоразрешенных в клиниках института.

Эхографическое акушерское исследование осуществляли при помощи ультразвукового прибора ALOKA - 1200 (Япония), помимо стандартного протокола исследования использовалась методика ультразвукового определения вну-

триматочных объемов и объема хориона в сроки до 22 недель гестации. При этом определялись следующие параметры: площадь и объем полости матки и хориона (плаценты). Для оценки динамики роста плода и толщины плаценты использовались нормативные таблицы Евростандарта.

Вычисления и статистическая обработка результатов выполнены с помощью программных пакетов Statistica 6,0 for Microsoft Excel 2002 для Windows XP. Достоверность различий между сравниваемыми группами определялись по парному критерию Стьюдента, различия считались достоверными при уровне значимости $P < 0,05$. В нашем исследовании использовалось также вычисление относительного риска (ОР) (отношения инцидентности) с помощью программы KRelRisk 1.1.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении ретроспективного анализа выявлено, что отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у женщин с аномалиями развития матки отмечался в 5,5 раз чаще, чем в контрольной группе. Пациентки имели в анамнезе 219 беременностей, из которых только 46 закончились родами (32 – срочными, 14 – преждевременными), живых детей при этом родилось только 37.

Наиболее распространенная аномалия развития матки в нашем исследовании – двурогая матка (37,3% случаев), но группа неоднородна: слияние маточных рогов в верхней трети отмечалось в 9,3% случаев среди всех пациенток ретроспективной группы, в средней трети – в 20,6%, в нижней трети – в 7,3%. В целом у женщин с двурогой маткой отмечена высокая частота бесплодия (34%), альгодисменореи (41,1%), эндометриоза (5,4%). При этом в три раза чаще, чем в популяции выявлялась гиперандрогения (17,9%). Выкидыши в анамнезе встречались у 43% пациенток, при-

вычно невынашивание у 21,4%, преждевременные роды у 10,7% женщин, перинатальные потери в 7,1% случаев, преимущественно за счет антенатальной гибели плодов (3 случая) и 1 случай ранней неонатальной потери. Для женщин с двурогой маткой характерны следующие особенности течения беременности: высокая частота угрозы прерывания беременности – 76,8%, частота ИЦН в 3 раза выше, чем в группе контроля – 12,5% против 3,3%. Частота ФПН – 67,9%, СЗРП формировалось в 3 раза чаще, чем в контроле (28,6%), однако случаев формирования СЗРП 3 степени не было. В 1/3 случаев положение плода к моменту родов было неправильным, преимущественно за счет тазового предлежания. Также отмечена высокая частота тяжелых гестозов (7,1%). Каждые четвертые роды в подгруппе женщин с двурогой маткой – преждевременные, при этом каждые 7 роды в сроке гестации до 32 недель (14,35%), что обусловило наибольший среди других подгрупп удельный вес детей перенесших церебральную ишемию 3 степени, и новорожденных, потребовавших лечения в условиях реанимации.

Однако, достаточно многочисленная группа женщин с двурогой маткой по форме слияния маточных рогов неоднородна, и каждый уровень слияния имеет свои особенности, а именно:

А) Неполная форма: Нами выделено два варианта неполной формы двурогой матки, по исходам отличающихся друг от друга. При слиянии маточных рогов в верхней трети матки наблюдается относительно прогностически благоприятный вариант. При слиянии маточных рогов в средней трети полости матки частота некоторых видов патологии беременности значительно выше (ФПН – 77,4%, декомпенсированных форм – 9,7%, формирование неправильных предлежаний плода в 45,2%. Патология амниона выявлена в виде маловодия в 19,4% и многоводия в 9,7%. Частота формирования ИЦН в этой подгруппе наиболее высокая среди всех женщин с двурогой маткой – 19,3%. Перинатальные исходы при этом варианте двурогой матки одни из самых неблагоприятных среди всех аномалий развития матки: самая высокая частота преждевременных родов – 38,3% (в сравнении в подгруппе с двурогой маткой со слиянием рогов в верхней трети – 7%, в нижней трети – 9%; в других подгруппах от 20 до 29%); наибольший удельный вес новорожденных потребовавших наблюдения в условиях реанимации – 42%, маловесных детей – 48,4%, новорожденных с церебральной ишемией 3 степени. Поэтому данный вариант прогностически неблагоприятен, хотя среди всех случаев двурогой матки он встречается наиболее часто.

Б) Полная форма двурогой матки: При слиянии маточных рогов в нижней трети полости матки имеет место высокая частота угрозы прерывания беременности – 81,8%. На этом фоне в 90,1% случаев выявлена ФПН, хотя декомпенсированных форм данной патологии не регистрировалось, в 54,6% формировался СЗРП I степени, более тяжелых форм не регистрировалось. При данной форме аномалий нехарактерно формирование поперечного и косоного положения плода, многоводия. В 18,2% плод находился в тазовом предлежании, такая же частота выявления маловодия.

Седловидная матка занимает в нашем исследовании 2-е ранговое место в структуре аномалий – 29,3% случаев.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у женщин данной подгруппы наблюдался в 72,7%, однако бесплодие встречалось реже, чем в других подгруппах – 22,7%. По частоте перинатальных потерь – наиболее высокий показатель среди других подгрупп – 9,1% (в других подгруппах от 0 до 7,1%). Все перинатальные потери произошли вследствие рождения детей с ВПР и их ранней неонатальной гибели. При вынашивании беременности для женщин с седловидной маткой характерны: высокая частота угрозы прерывания, однако среди всех остальных типов аномалий матки – наиболее низкая – 68,2% (в остальных подгруппах – 72-94%), при этом ИЦН формировалась в 11,4%, что в 3 раза чаще, чем в контроле, но сравнимо с остальными подгруппами. Неправильное положение и предлежание плода выявлялось в 7 раз чаще, чем в контроле (22,7% случаев). Частота гестоза значительна, в том числе и тяжелых форм данного осложнения – 11,4% (в целом по группе аномалий – 7,3%). Во многом с этим связана частота декомпенсированных форм плацентарной недостаточности – 4,6%. ФПН формировалась в 68,2% случаев, при этом СЗРП наблюдалась в 27,7%, что в 2,7 раза превышает уровень контрольной группы, но среди других подгрупп – средний уровень.

Для женщин с удвоением матки характерно следующее: достаточно высокая частота бесплодия – у 33,3% пациенток. В нашем исследовании в этой подгруппе первобеременные женщины составили 55,6%, поэтому выкидыши в анамнезе встречались у 16,7% пациенток, (тогда как в других подгруппах от 34% до 42%), однако, у всех женщин с выкидышами в анамнезе невынашивание беременности было привычным; преждевременных родов в данной подгруппе не отмечено, из 8 повторнородящих женщин у 3 в анамнезе были оперативные роды. Случаев перинатальных потерь и рождения детей с пороками развития не было. Для пациенток с полным удвоением матки характерно следующее: редко формируется ИЦН (всего 5,6% при 12,6% среди всей группы аномалий), невысокая частота СЗРП (27,8%) среди всех групп аномалий, средняя частота неправильного положения и предлежания плода, преимущественно в виде тазового предлежания. Случаи патологии амниона – единичные (маловодие в 5,6%), тяжелых гестозов не выявлялось. Данный вариант аномалий также можно считать прогностически благоприятным.

Для женщин с внутриматочной перегородкой характерна наиболее высокая, среди всех подгрупп, частота бесплодия в анамнезе (35%). Отмечена высокая частота НМЦ (24%), наибольшая среди всех подгрупп частота альгодисменоррей (53% против 23,3% в контроле). Акушерский анамнез отягощен высокой частотой невынашивания беременности – выкидыши наблюдались в 41% случаев, преждевременные роды в 12% случаев, частота привычного невынашивания наибольшая среди всех подгрупп женщин с аномалиями матки – 24%. При вынашивании данной беременности отмечено: высокая частота угрозы прерывания беременности – 94,1%, что почти в половине случаев (47,1%) проявлялось кровомазанием и приводило к серьезным перинатальным последствиям в виде ФПН в 76,5% с исходом в декомпенсированные формы в 5,9%. Почти в 1/3 случаев (29,4%) формировался СЗРП I степе-

ни. Удельный вес ИЦН среди женщин с внутриматочной перегородкой составил 16,75%, у пациенток с неполной внутриматочной перегородкой выявлялась максимальная частота ИЦН среди всех типов аномалий матки – 27,3% случаев. Частота преждевременных родов и рождения маловесных детей уступает только подгруппе с двурогой маткой со слиянием рогов в средней трети и составила 29,4% и 35,3% соответственно. К моменту родов почти половина плодов находилась в тазовом предлежании (47,1%), случаев косоугольного и поперечного положения даже при неполном варианте внутриматочной перегородки отмечено не было.

Наиболее малочисленная подгруппа представлена женщинами с однорогой маткой – 10% в структуре всех встретившихся пороков развития матки. В этой группе наибольший удельный вес женщин с отягощенным акушерским анамнезом – 93% (против 6,2% в контроле и 66-73% у женщин других подгрупп). При достаточно высокой частоте бесплодия – 33% частота внематочной беременности в анамнезе – наибольшая (20%), причем в этой группе встречались редкие, казуистические формы внематочной беременности. Несмотря на то, что выкидыши в данной группе встречались в 40%, частота привычного невынашивания ниже, чем в других подгруппах – всего 6,7% (в других подгруппах – 13,7-24%). Перинатальная потеря у одной пациентки из данной группы обусловлена была антенатальной гибелью плода с ВПР. Других перинатальных потерь не было. Пациентки с данной патологией при вынашивании беременности имеют следующие особенности: частота ФПН составляла 66,7%, с высокими показателями суб (13,3%) и декомпенсированных форм данной патологии – 6,7%. При этом частота СЗРП несколько выше, чем среди всех групп аномалий, но частота СЗРП 2-й степени – 20% (наиболее высокая среди других подгрупп), при этом в 60% (наиболее часто среди других подгрупп) встречается тазовое предлежание плода, почти в 1/3 случаев – маловодие, наиболее высока среди всех подгрупп частота тяжелых гестозов – 13,3% что, по-видимому, обусловлено сопутствующей патологией почек. Таким образом, высокий удельный вес неправильного положения плода, субкомпенсированной плацентарной недостаточности с исходом в СЗРП в совокупности с высокой частотой отягощенного акушерского анамнеза обусловило высокую частоту абдоминального родоразрешения – более 90% случаев (наряду с подгруппой удвоения матки).

При наблюдении женщин проспективной группы по данным лабораторных методов исследования выявлено следующее:

По результатам измерения маточных объемов выявлены отставание темпов прироста маточного объема в сроки от 8 до 12 недель, опережающий рост объема в сроки от 12 до 16 недель, прогностически неблагоприятным следует считать отсутствие прироста маточного объема или его уменьшение.

Результаты проведенной в динамике гестации доплерометрии кровотоков в маточных артериях НМПК 1а ст. было зарегистрировано в 42,42% случаев в сроках с 18 до 28 недель гестации, особенно это характерно для тех типов пороков матки, где беременность развивается изолированно в производном одного из миолдермальных протоков: однорогой

матки, удвоения матки, а также для женщин с полной внутриматочной перегородкой и двурогой маткой со слиянием маточных рогов в нижней трети. По нашему мнению, повышение резистентности в маточной артерии на стороне, не соответствующей локализации беременности обусловлено отсутствием гестационного влияния хориона на контрлатеральную маточную артерию и не является признаком плацентарной недостаточности.

Исходя из полученных данных, были сформулированы принципы ведения женщин с аномалиями матки, включающие в себя методы профилактики перинатальной патологии в первом, втором, третьем триместрах беременности. При этом проводилась гормональная поддержка, курсы токолитической терапии, профилактики ФПН.

Для всей группы женщин с пороками развития матки критическими периодами следует считать следующие: 8-12 нед, когда по данным измерения внутриматочных объемов темпы прироста объема полости матки отстают от таковых у женщин с анатомически нормальной маткой.

Второй критический период затрагивает сроки гестации 16-22 недели, когда существенно возрастает риск формирования ИЦН, прогноз которой зависит от вида аномалии, анамнеза и сопутствующих гормональных нарушений. При этом следует дважды оценивать риск ИЦН и при высокой степени риска производить своевременный серкляж, применяя принципы профилактики инфекционных осложнений.

Максимальная частота ИЦН выявлялась среди женщин с неполной внутриматочной перегородкой – в 27,3% случаев (ОР 6,42 при 95% ДИ 1,18-34,9), самая низкая частота ИЦН была в группах с удвоением матки – в 5,6%, у женщин с однорогой маткой ИЦН не зарегистрировано. В группе с двурогой маткой (ИЦН в 17,85%) частота ИЦН различалась в зависимости от уровня слияния рогов: у беременных со слиянием рогов матки в верхней трети – 14,28% (ОР 4,28 при 95% ДИ 0,66-27,8), в средней трети – 19,35% (ОР 5,8 при 95% ДИ 1,2-27,0), в нижней трети – 18,18% случаев (ОР 5,45 при 95% ДИ 0,85-34,7).

Третий критический период у женщин с аномалиями матки продолжается со сроков 26 до 32 недель, при этом функциональные резервы матки отстают от потребностей активно растущего плода, на этом этапе наиболее часто формируется фетоплацентарная недостаточность, поэтому необходимы адекватные меры по ее профилактике.

Четвертый критический период – в срок от 36 до 37 недель, в которые наиболее часто происходит преждевременное излитие околоплодных вод, истощение функциональных резервов плаценты и ее преждевременная отслойка даже при адекватном ведении на предшествующих этапах. Считаем необходимым в данный срок гестации госпитализацию женщин с такими видами аномалий матки, как неполная внутриматочная перегородка, двурогой матки со слиянием рогов в средней и нижней трети вплоть до сроков родоразрешения.

Данная система была применена при ведении беременности и родоразрешении 40 пациенток проспективной группы. Исходы беременности у пациенток данной группы следующие (1 случай регресса беременности в сроке 18 недель, 1 случай самопроизвольного выкидыша в 22 недели гестации – таким образом, частота невынашивания

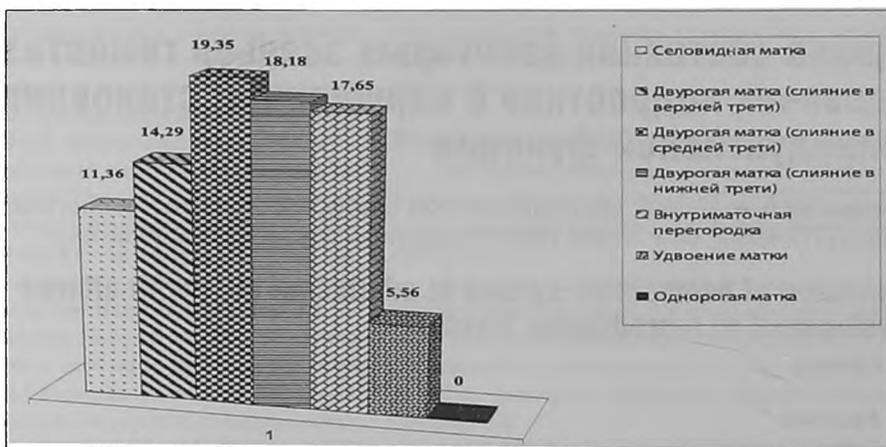


Рисунок 3. Частота ИЦН в зависимости от вида аномалий матки

беременности составила 5,2%, частота преждевременных родов - 7,9% (в 3 раза ниже чем в ретроспективной группе), при этом наименьший срок родоразрешения составил 34,2 нед. Частота рождения маловесных детей - 13,2% (в 2 раза ниже, чем в ретроспективной группе), частота рождения детей, потребовавших респираторной поддержки - 2,6%(один ребенок), в сравнении с 10% новорожденных в ретроспективной группе (в 3,8 раза ниже).

Таким образом, по результатам исследования установлено, что пациентки с разными формами аномалий матки имеют характерные особенности акушерско-гинекологического анамнеза. Наиболее общими чертами для всей группы пациенток с аномалиями матки являются высокая частота бесплодия (30,6%), невынашивания беременности (38,7%), в том числе привычного (17,3%), фон для которого не только аномалии как таковые, но и сопутствующие гинекологические, а также экстрагенитальные заболевания.

Наиболее неблагоприятными типами порока развития матки является двурогая матка со слиянием рогов в средней и нижней трети, внутриматочная перегородка, при которых отмечена наибольшая частота перинатальных потерь в анамнезе (до 7%), привычного невынашивания(21-32%), ИЦН(16-19,3%), преждевременной отслойки плаценты. У женщин с однорогой маткой отмечены высокая частота внематочной беременности в анамнезе (20%; OP=12,2), вы-

сокий удельный вес бесплодия(33,3%, OP=5), 2-3 степени внутриутробной задержки развития плода(20%; OP=18,2), неправильного положения плода(60%; OP=18).

Спектр перинатальных проблем у женщин с аномалиями матки обусловлен высоким удельным весом преждевременных родов (24%; OP=14,4) и плацентарной недостаточности с формированием внутриутробной задержки плода (37,1%; OP=3,9), что определяет высокий удельный вес маловесных и недоношенных детей, которые требуют длительной реабилитации, в том числе в условиях отделения реанимации.

Наличие таких типов аномалий развития матки, как внутриматочная перегородка, двурогая и селовидная матка повышает вероятность развития истинно-цервикальной недостаточности при беременности, для своевременной диагностики необходима оценка цервикального канала ультразвуковым методом в сроке 16-18нед., решение вопроса о проведении серкляжа шейки матки с учетом факторов риска .

Разработанная система профилактики невынашивания беременности и перинатальной патологии у беременных с пороками развития матки позволила улучшить перинатальные исходы беременностей: частота преждевременных родов снизилась в 3 раза по сравнению с ретроспективной группой, при этом наименьший срок родоразрешения составил 34,2 нед.■

Литература:

1. Woelfer B. Reproducibility of three-dimensional ultrasound diagnosis of congenital uterine anomalies; R.Salim, B.Woelfer. Ultrasound. Obstet. Gynecol.- 2003.- Vol.21.- P.578-582.
2. Byrne J. Prevalence of Mullerian duct anomalies detected at ultrasound; J.Byrne, A.Nussbaum-Blask. Am. J. Med. Genet.- 2000.- Vol. 94.- P. 9-12.
3. Л.В. Адам н, А.З. Хашукоева, В.И. Кулаков. Пороки развития матки и влагалища - М.: Медицина, 1998г.
4. Salim, R. A comparative study of the morphology of congenital uterine anomalies in women with and without a history of recurrent first trimester miscarriage; R.Salim, L.Regan L ; Hum. Reprod.- 2003.- Vol.18.- P.162-166.
5. Homer, H. A. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome; H.A. Homer, T.C.Li, I.D.Cooke. Fertil. Steril.- 2000.- Vol.73, 1.- P.1-14.
6. Kupesic, S. Screening for uterine abnormalities by three-dimensional ultrasound improves perinatal outcome. S.Kupesic, A.Kurjak, D.Bjelos. J. Perinat. Med.- 2002.- Vol.30, 1.- P.9-17.