

ОСОБЕННОСТИ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АНОМАЛИЯХ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ У БЕРЕМЕННЫХ

В. О. Ким, Б. Б. Негмаджанов

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: кесарево сечение, врожденные аномалии матки, преждевременные роды, аномалии Мюллеровых протоков, исход беременности.

Таянч сўзлар: кесар кесиши, тұғма бачадон аномалиялари, эрта туғилиш, Мюллер аномалиялари, ҳомиладорлик натижаси.

Key words: cesarean section, congenital uterine anomalies, preterm delivery, Mullerian anomalies, pregnancy outcome.

Врожденные аномалии мюллеровых протоков приводят к неблагоприятному исходу беременности, по крайней мере, в 25% случаев. Беременность при аномальной матке может протекать без осложнений и завершиться нормальными родами. Матка - это орган внутренней секреции с функциональным эндометрием, который должен обеспечивать синхронный комплекс эндокринных, паракринных и интракринных процессов для успешного зачатия. Любое отклонение, включая анатомические аномалии, нарушит эту синхронность.

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА МЮЛЛЕР КАНАЛИ АНОМАЛИЯЛАРИ ҲОЛАТЛАРИДА ҲОМИЛАДОРЛИК НАТИЖАЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

В. О. Ким, Б. Б. Негмаджанов

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Мюллер каналларининг тұғма аномалиялари камида 25% ҳолларда ҳомиладорликнинг нокулай натижасига олиб келади. Аномал бачадон билан ҳомиладорлик асоратларсиз давом этиши ва нормал туғилишга олиб келиши мүмкін. Бачадон функционал эндометриумга ега ички секреция органдар бўлиб, у муваффақиятли концепция учун эндокрин, паракрин ва интракрин жараёнларининг синхрон комплексини таъминлаши керак. Ҳар қандай оғиши, шу жумладан анатомик аномалиялар, бу синхронликни бузади.

FEATURES OF PREGNANCY OUTCOMES IN CASES OF MULLER DUCT ABNORMALITIES IN PREGNANT WOMEN

V. O. Kim, B. B. Negmadjanov

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Congenital anomalies of the Muller ducts lead to an unfavorable pregnancy outcome in at least 25% of cases. Pregnancy with an abnormal uterus can proceed without complications and result in a normal birth. The uterus is an organ of internal secretion with a functional endometrium, which must provide a synchronous complex of endocrine, paracrine and intracrine processes for successful conception. Any deviation, including anatomical anomalies, will disrupt this synchronicity.

Аномальное строение матки связано с увеличением числа акушерских осложнений, таких как самопроизвольный выкидыши на ранних и поздних сроках, внематочная беременность, аномальные предлежания, истмико-цервикальная недостаточность и преждевременные роды. В целом, это не влияет на способность к зачатию.

За исключением седловидной формы матки, которая не оказывает неблагоприятного влияния на репродуктивный исход. Чем менее выражен дефект сращения вертикальных мюллеровых протоков, тем выше частота самопроизвольных выкидышей [21]. Таким образом, частота выкидышей наиболее высока, в порядке убывания, при частичной перегородке матки, за ней следует двурогая матка, затем полная перегородка матки и, наконец, дидель-фийская матка [1]. Сообщалось, что общая частота невынашивания беременности составляет 21-33% при всех аномалиях Мюллера [12, 20, 22]. Малочисленность, отсутствие контрольной популяции и различные диагностические критерии для определения мюллеровой аномалии часто затрудняют исследования в этой области. С внедрением трехмерного ультразвукового исследования можно использовать последовательные и строгие критерии для определения конкретной аномалии.

В целом, по классификации Американского общества фертильности (AFS), женщины I класса (гипоплазия, агенезия) имеют низкую репродуктивную способность. Вероятность наличия остатков матки, связанных с агенезией влагалища, встречается нечасто, и, поскольку развитие половых желез происходит нормально, возможно вынашивание плода при успешности ВРТ, которая, как сообщается, составляет 45,5% [12].

О случаях однорогой матки (II класс по AFS) сообщалось не часто, поэтому имеется

мало информации о репродуктивной способности при этом пороке развития матки. Беременность, по-видимому, не представляет проблемы. Однако, по-видимому, наблюдается более высокий уровень поздних самопроизвольных выкидышей [18].

Последние данные свидетельствуют о более частых преждевременных родах и более низкой рождаемости живыми [12, 20, 21]. Сообщалось о 23,7% случаев бесплодия при однорогой матке [11]. Снижение fertильности может быть связано с патологией сосудистой системы матки, уменьшением мышечной массы или отсутствием одной из маточных и маточно-яичниковых артерий, что ухудшает питание развивающегося плода [18]. Данные ВРТ свидетельствуют о том, что клиническая частота наступления беременности снижается на 33% [19].

Женщины с обструктивнымrudиментарным рогом матки, связанным с однорогой маткой, по-видимому, имеют нормальную способность к зачатию [9]. Если беременность наступает вrudиментарном роге в результате инсеминации, то это может привести к неотложному акушерскому осложнению. Маточный рог, в котором находится плод, может разорваться уже на 10-й неделе, но обычно это происходит примерно на 20-й неделе. Кровотечение, возникающее в результате разрыва матки, может привести к смерти матери. Этиrudиментарные рога могут препятствовать опусканию плода во время родов, и для родоразрешения потребуется кесарево сечение. Лечение заключается в удаленииrudиментарного рога до наступления беременности. Из-за возможных серьезных акушерских проблем некоторые рекомендуют профилактическое удалениеrudиментарного рога при его обнаружении [2].

Хирургическая коррекция раздвоения матки (класс AFS III) заключается в объединении матки по средней линии путем удаления кровоизлияния в полости. Терапевтический эффект этой процедуры неизвестен. Объединение шейки матки не рекомендуется из-за высокого риска несостоительности шейки матки. Некоторые данные свидетельствуют о незначительном вредном влиянии на исход беременности и fertильности при отсутствии хирургического вмешательства.

В ходе крупнейшего в своем роде исследования, включавшего 71 беременность у 46 пациенток с удвоенной маткой, частота преждевременных родов была снижена на 18%. Это исследование также продемонстрировало высокую частоту кесарева сечения (84%), что, скорее всего, связано с высокой частотой неправильного предлежания (т.е. тазового предлежания; 51%) [10]. Частота первичного бесплодия составила 18% и, по-видимому, не была связана с аномалией матки, хотя в данном исследовании не оценивалась контрольная популяция. Обструктивные или необструктивно-кровянистые выделения, по-видимому, не влияют на fertильность или акушерские осложнения.

В одном исследовании, посвященном дидельфийской матке, были выявлены аналогичные клинические показатели беременности по сравнению с другими аномалиями матки [7]. В другом исследовании рассматривались только две пациентки, и окончательного заключения сделать не удалось. Показатели имплантации и клинические показатели беременности были ниже, но не статистически значимы [2].

При аномалиях Мюллеровых протоков IV класса AFS частота бесплодия у женщин с двурогой маткой, по-видимому, не выше, чем в контрольной группе (0,5% против 0,4% соответственно), но частота невынашивания беременности, по-видимому, выше в популяции с двурогой маткой (1,9%) [21]. Преждевременные роды, по-видимому, также наблюдаются чаще. Можно рассмотреть возможность хирургической коррекции двурогой матки у пациентки с повторным ранним абортом и преждевременными родами, когда не удается установить другую очевидную этиологию [8]. Метропластика по методу Штрасмана была рекомендована для создания единой полости матки при двурогой матке. Несколько неконтролируемых небольших исследований, в которых участвовали отдельные пациенты с документально подтвержденными повторными потерями, показали, что после процедур объединения уровень живорождаемости увеличился с 21% до 30%, а затем с 71% до 82% [13, 16].

Успешная беременность была достигнута у большинства пациенток с удвоенной, двурогой и перегородчатой формой матки с показателями успеха 93%, 84% и 78% соответственно, в когорте пациенток, у которых был обнаружен порок развития матки во время абдоминальной или тазовой операции, выполненной по другим причинам [4]. Такие данные указывают на то, что хирургическая коррекция всех дефектов матки не показана, если паци-

ентки не добиваются повторных результатов. С другой стороны, данные ВРТ свидетельствуют о том, что клиническая частота наступления беременности при некорригированной двурогой матке снижается на 33% [9]. Нет данных о клинических показателях беременности с хирургической коррекцией двурогости и с помощью ЭКО.

Как обсуждалось ранее, класс V или маточные перегородки связаны с частотой повторных потерь в 25% случаев и преждевременных родов в 14,5% случаев [21]. В неконтролируемом исследовании было высказано предположение, что гистероскопическая резекция перегородки матки может улучшить показатели живорождаемости с 18% до 91% [13]. По данным ультразвукового исследования, имплантация на бессосудистую перегородку может привести к преждевременной потере из-за скудной или неупорядоченной васкуляризации перегородки [4].

Имеется мало данных о влиянии перегородки матки на бесплодие. Данные, полученные с помощью ВРТ, свидетельствуют о том, что результаты лечения перегородки матки были сопоставимы с показателями клинической беременности и имплантации [9]. Дальнейшие исследования будут затруднены, поскольку резекция очень проста, а эффективность очень высока. Несмотря на отсутствие доказательных данных, перед началом ВРТ рекомендуется гистероскопическая резекция перегородки матки.

Как упоминалось ранее, у женщин VI класса или с дугообразной формой матки беременность протекает без осложнений. В единственном наблюдательном исследовании [21] дугообразная форма матки оказала незначительное влияние на показатели живорождаемости (82%), срочных родов (68%), ранних абортов (12,7%) и преждевременных родов (4.5%) [3, 12].

Женщины, подвергшиеся воздействию DES (класс VII), имеют повышенный риск вне-маточной беременности, преждевременных родов и значительно меньший процент доношенных беременностей [10]. диэтилстильбэстрол связан с недостаточностью шейки матки [5]. У женщин, достигших положенного срока, не было отмечено никаких отклонений в родах, повышенного риска кесарева сечения или проблем, связанных с родоразрешением [11].

Роль DES в развитии бесплодия все еще остается неясной; однако данные о проведении ВРТ свидетельствуют о снижении на 50% частоты клинических беременностей, частоты имплантаций, частоты доношенных беременностей и увеличении частоты SAB по сравнению с контрольной группой [6]. Диэтилстильбэстрол, по-видимому, действительно оказывает влияние на созревание яйцеклеток, частоту оплодотворения, расщепления, качество и развитие эмбрионов; это позволяет предположить, что эффект DES ограничен маткой [7].

Было отмечено, что при исправлении поперечных перегородок влагалища суммарная частота наступления беременности составила 50%, а число живорождений - 36% [4]. Хотя этиология снижения частоты наступления беременности неясна, высокая распространенность эндометриоза у этих пациенток может сделать этих женщин бесплодными.

Не совсем ясно, как лечить продольную перегородку влагалища. Некоторые выступают за удаление перегородки до беременности из-за повышенного риска возникновения обструктивных проблем во время родов. Другие же советуют удалять продольную перегородку, если есть симптомы, связанные с сексуальной дисфункцией.

Много нерешенных задач стоит перед врачами акушер-гинекологами, т.к. нет четких алгоритмов ведения беременных пациенток с аномалиями развития мюллеровых протоков. Но одно точно ясно, что нарушение анатомической структуры женских репродуктивных органов ведет к увеличению акушерских осложнений и неблагоприятных перинатальных исходов.

Использованная литература:

1. Acién P. Incidence of Müllerian defects in fertile and infertile women. *Hum Reprod Oxf Engl*. 1997;12:1372–1376.
2. Cahen-Peretz A, Sheiner E, Friger M, et al. The association between Müllerian anomalies and perinatal outcome. *J Matern-Fetal Neonatal Med*. 2019;32(1):51–57.

3. Chan YY, Jayaprakasan K, Tan A, et al. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38(4):371–382.
4. Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, et al. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2011;17(6):761–771.
5. Dabirashrafi H, Bahadori M, Mohammad K, et al. Septate uterus: new idea on the histologic features of the septum in this abnormal uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172(1):105–107.
6. Dollberg S, Haklai Z, Mimouni FB, et al. Birth weight standards in the live-born population in Israel. *Isr Med Assoc J.* 2005;7(5):311–314.
7. Dreisler E, Stampe Sørensen S. Müllerian duct anomalies diagnosed by saline contrast sonohysterography: prevalence in a general population. *Fertil Steril.* 2014;102(2):525–529.
8. Fox NS, Roman AS, Stern EM, et al. Type of congenital uterine anomaly and adverse pregnancy outcomes. *J Matern-Fetal Neonatal Med.* 2014;27(9):949–953.
9. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, et al. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update.* 2001;7(2):161–174.
10. Hehir MP, Ananth CV, Siddiq Z, et al. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-group classification system. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(1):105.e1–105.e11.
11. Hiersch L, Yeoshoua E, Miremberg H, et al. The association between Mullerian anomalies and short-term pregnancy outcome. *J Matern-Fetal Neonatal Med.* 2016;29:2573–2578.
12. Hua M, Odibo AO, Longman RE, et al. Congenital uterine anomalies and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(6):558.e1–5–558.e5.
13. Kupesic S. Clinical implications of sonographic detection of uterine anomalies for reproductive outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001;18(4):387–400.
14. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. Births in the United States. *NCHS Data Brief.* 2018;2019:1–8.
15. Mastrolia SA, Baumfeld Y, Hershkovitz R, et al. Bicornuate uterus is an independent risk factor for cervical os insufficiency: a retrospective population based cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(22):2705–2710.
16. Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. *Before we are born: essentials of embryology and birth defects.* Amsterdam, Netherlands: Elsevier Health Sciences; 2015.
17. Nahum GG. Uterine anomalies. How common are they, and what is their distribution among subtypes? *J Reprod Med.* 1998;43:877–887.
18. Rackow BW, Arici A. Reproductive performance of women with müllerian anomalies. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19(3):229–237.
19. Raga F, Bauset C, Remohi J, et al. Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies. *Hum Reprod Oxf Engl.* 1997;12(10):2277–2281.
20. Reichman DE, Laufer MR. Congenital uterine anomalies affecting reproduction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(2):193–208.
21. Simón C, Martínez L, Pardo F, et al. Müllerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril.* 1991;56(6):1192–1193.
22. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* 1988;49:944–955.