УДК 618.1-007(072.8)

РОДОВСПОМОЖЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ДВУРОГОЙ МАТКОЙ И С УДВОЕНИЕМ (ПОЛОВОГО ТРАКТА) МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ (ПАРАМЕЗОНЕФРАЛЬНЫХ)

Н. А. Рустамова, Б. Б. Негмаджанов, М. Д. Маматкулова, В. О. Ким
Кафедра акушерства и гинекологии №2
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: беременность, двурогая матка, осложнение.
Таянч сўзлар: Икки шохли бачадон, ҳомиладорлик, асорат.
Keywords: Bicornus uterus, pregnancy, complication.

В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты выявления пороков развития различных органов и систем организма, в том числе и женских половых органов. Аномалии женских половых органов встречаются в 3,2%-3,5% случаев среди женщин репродуктивного возраста и составляют 4% от всех врожденных пороков развития.

ҲОМИЛАДОРЛАРДА ҲАМДА ИККИ ШОХЛИ БАЧАДОН (ЖИНСИЙ ТРАКТ) ВА МЮЛЛЕР КАНАЛИНИНГ ИККИЛАНИШИДА (ПАРАМЕЗОНЕФРАЛ) АКУШЕРЛИК ЁРДАМ

Н. А. Рустамова, Б. Б. Негмаджанов, М. Д. Маматкулова, В. О. Ким
№2 акушерлик ва гинекология кафедраси
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Сўнги йилларда турли органлар ва тана тизимларининг, шу жумладан аёл жинсий органларининг аномалияларини аниқлаш тезлиги ошиб бориши тенденцияси кузатилаяпти. Аёл жинсий органларининг аномалияси репродуктив ёшдаги аёллар орасида 3,2%-3,5 % да мавжуд бўлиб, барча туғма нуқсонларнинг 4% ни ташкил этади.

OBSTETRIC CARE IN PREGNANT WOMEN WITH A BICORNUS UTERUS AND WITH DOUBLE (GENITAL TRACT) MULLERIAN DUCTS (PARAMESONEFRAL)

N. A. Rustamova, B. B. Negmadjanov, M. D. Mamatkulova, V. O. Kim
Department of Obstetrics and Gynecology №2
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

In recent years, there has been a tendency to increase the frequency of detection of malformations of various organs and body systems, including the female genital organs. Anomalies of the female genital organs are found in 3.2% -3.5% of cases among women of reproductive age and account for 4% of all congenital malformations.

Актуальность проблемы: Репродуктивные проблемы возникают, по данным некоторых авторов, у 25% пациенток с аномалиями развития матки; а по данным Хашукоевой А.З. у 50-85% [Jacobsen L.J., Шаповаленко С.А 2010].

На ранних стадиях эмбриогенеза половая система имеет бисексуальные закладки внутренних и наружных половых органов. Основой развития внутренних и наружных половых органов служат индифферентные мезонефральные (вольфовы) и парамезонефральные (мюллеровы) протоки. Большинство исследователей считает, что мюллеровы каналы формируются путем погружения целомического эпителия в область латеральной поверхности мезонефроса. Впоследствии образуется канавка, которая погружаясь вглубь образует трубку. Мюллеровы протоки - первичный зачаток внутренних женских половых органов, в результате которого образуются фаллопиевы трубы, матка, шейка матки и верхние отделы влагалища.

Двурогая матка (uterus bicornis) расщеплена на две части или рога. Разделение на два рога начинается в области тела матки таким образом, что оба рога расходятся в противоположные стороны под большим или меньшем углом. При выраженном расщеплении на две части определяются как бы две однорогие матки. В других случаях расщепление выражено очень слабо, при этом имеется почти полное слияние маточных рогов за исключением дна матки, где и образуется седловидное углубление (uterus arcuatus). Отличительной особенно-

стью двурогой матки во всех случаях является наличие только одной шейки матки.

При двурогой матки функциональное состояние ЦНС, гормональный статус (белковых, стероидных и тиреоидных гормонов) не отличается от такового у гинекологически здоровых женщин [Адамян Л.В., Кулаков В.И., Хашукоева А.З., 1985].

Выделяется 3 вида двурогости матки (рис 1), каждый из которых имеет свои особенности и определенное влияние на возможность материнства. Итак, двурогая матка может быть полной, неполной и седловидной (или аркуатной) [American Fertility Society, 1988].



a b c

Рис.1. a) полная; b) неполная; c) седловидная (аркуатная).

Беременность при двурогой матке вполне может наступить и развиваться нормально. Оплодотворенная яйцеклетка фиксируется в одном из рогов, в редких случаях возможно параллельное развитие эмбрионов в обоих рогах. Если плодное яйцо фиксируется в рудиментарном роге, то беременность протекает по типу внематочной, с прерыванием, сопровождающимся резкими болями и маточным кровотечением.

По данным Орлова В.М. (1989) самопроизвольные выкидыши в 82,5% происходили в сроке до 12 недель хроническая гипоксия плода выявлена у 28% плодов от матерей с седловидной маткой у 25% плодов от матерей с двурогой маткой и у 53,3% плодов от матерей с внутриматочной перегородкой. Частичное или полное расположение плаценты на внутриматочной перегородке является неблагоприятным прогностическим признаком для исхода беременности [Пенев И, 2006].

G.G. Nahum [Nakada K., 1989] проанализировав исходы беременности у 588 пациенток с рудиментарным рогом, установил, что материнская смертность при этой аномалии развития составляет 6%. Причиной невынашивания беременности большинство авторов считают анатомо-физиологическую неполноценность стенки матки при пороках развития. Считается, что при аномалиях развития матки имеются аномалии сосудистой системы и иннервации, повышенная возбудимость миометрия, вследствие чего, при беременности не создаются адекватные условия для нидации, плацентации, что приводит к патологическому развитию эмбриона и его гибели, но детально вопрос о формировании провизорных органов не выяснен. Другие авторы связывают частоту непривычного невынашивания беременности при пороках развития матки с недостаточностью кровоснабжения эндометрия и степенью выраженности перегородки. Пороки развития матки возникают в период внутриутробного развития плода как проявление наследственных признаков или под воздействием тератогенных факторов.

Прерывание беременности при двурогой матке связано с недостатком места и неправильным кровоснабжением плода. Обычно самопроизвольный аборт происходит уже в I триместре. Аномалия матки часто становится причиной неправильного формирования плаценты, тазового предлежания плода или его поперечного расположения. Все это может вызвать сложности в родах при двурогой матке. Часто отмечаются нарушение сократительной активности миометрия (слабость родовой деятельности), отслойка плаценты, кровотечения, поэтому двурогая матка считается показанием к кесареву сечению. Если угроза прерывания беременности при двурогой матке наступает в период, когда ребенок уже способен жить

вне материнской утробы (с 26-28 недели беременности), проводится кесарево сечение для спасения его жизни. Даже если беременность удается выносить до конца, но у женщины выявлена эта патология, родоразрешение может проводиться операционно в связи с большими рисками. Поэтому беременная с двурогой маткой непременно должна находиться под тщательным медицинским наблюдением.

Диагностика двурогой матки вне беременности с помощью традиционных методов не всегда легка и часто требует применения дополнительных методов исследования. УЗИ наиболее широко используется в диагностике пороков развития матки.

По данным J.Pellerito и соавт. (1992), чувствительность УЗИ составляет 100%,а специфичность 80%. Использование МРТ с вариантами раздвоения матки-седловидной, двурогой, удвоением матки и внутриматочной перегородкой позволяет определить наружные и внутренние контуры матки или маточных рогов, произвести достоверную дифференциальную диагностику между различными вариантами раздвоения матки.

Лечение аномалии вне беременности. Главным показателем к метропластике по мнению специалистов являются неоднократные выкидыши или преждевременные роды (более 2 - 3 раз).

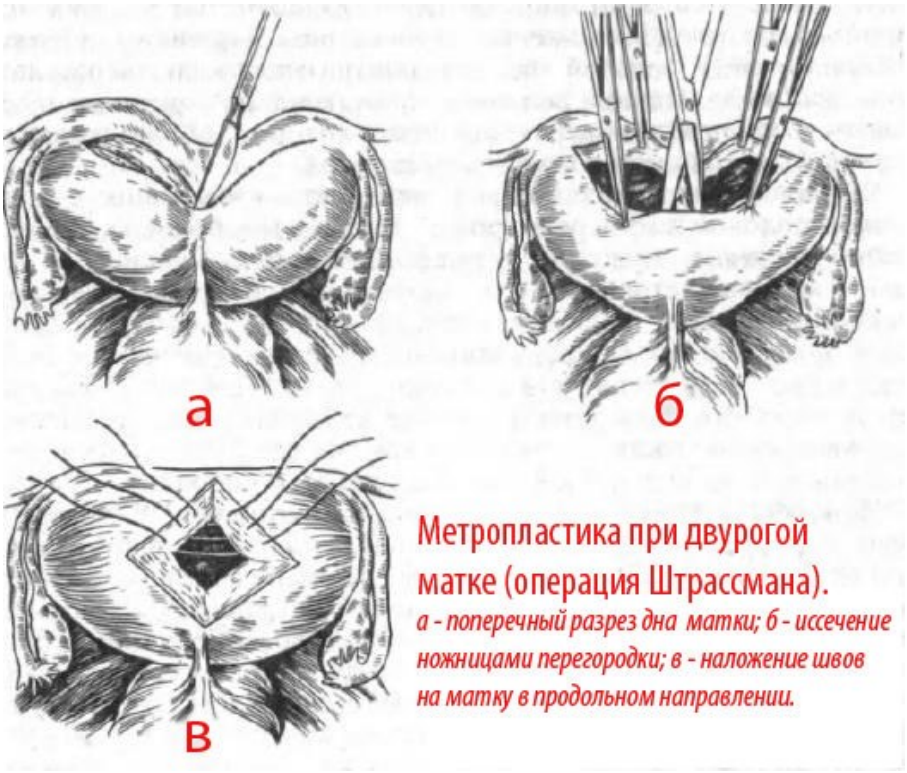


Рис. 2. Метропластика при двурогой матке.

Основным способом оперативного устранения двурогой матки является операция Штрассмана, которая подразумевает поперечное рассечение матки при лапаротомической операции с последующим иссечением перегородки и наложении продольного шва на матку [Рязанцев Е.Л., Рязанцев М.Е.2004].

После успешного завершения операции женщине устанавливается ВМС (внутриматочная спираль) сроком на 6 – 8 месяцев, так как скорая беременность после операции Штрассмана может привести к разрыву матки.

Несмотря на то, что хорошо проведенная операция Штрассмана значительно увеличивает шансы успешной беременности с последующим родоразрешением (в 63% случаев фертильность женщины полностью восстанавливается), нужно помнить о том, что риск разрыва стенки матки остается высоким, также как и вероятность развития повторного бесплодия в связи с вероятностью», или недостаточность объема внутриматочной полости для нор-

мального роста и развития плода;

- эмбрион случайно может выбрать неправильное место и прикрепиться к без сосудистой перегородке, а, следовательно, лишиться питания и кислорода;
- беременность при двурогой матке очень часто сопровождается нарушением запирательной функции матки, что провоцирует угрозу выкидыша или преждевременных родов.

Таким образом, беременность с двурогой маткой относится к группе высокого риска, характеризирующиеся большим риском осложнений во время беременности и родов.

Использованная литература:

1. Адамян Л.В.,Кулаков В.И., Хашукоева А.З Анамалии развития половых органов, 1985.
2. Алимбаева Г.Н. Тактика ведения девочек пубертатного возраста с пороками развития матки и влагалища, 1992.
3. Лангофер,М.Р. Случай аномалии развития женских половых органов, 1996.
4. Орлов В.М. Детородная функция у женщин после хирургической коррекции пороков развития матки 1988.
5. Пенев, И Диагноз и осложнения беременности при пороках развития матки, 2006.
6. Рязанцев Е.Л., Рязанцев М.Е. Реконструктивно-пластическая хирургия в гинекологии, 2004.
7. Шаповаленко С.А. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадиях гестации, 2010.
8. Acien,P Complex malformations of the female genital tract, 2004.
9. Appelman,Z Prevalance of the mullerian anomalies diagnosed by ultrasound in women with polycystic ovaries, 2003.
10. Braun P. Is hysterosalpingography able to diagnose all uterine malformations correctly? 2005.
11. Console D. The value of the MR imaging in the evaluation of Mullerian duct anomalies, 2001.
12. Jacobsen W.D. Results of conventional and husteroscopic surgery, 2007.
13. D.L.King J.Ultrasound, 2010.
14. La Torre R. Transvaginal sonographic evaluation of endometrial polyps: a comparison with two dimensional contrast sonography, 2005.
15. Salim,R.A comparative study of the morphology of congenitial uterine anomalies in women with and without a history of recurrent first trimester miscarriage, 2003.
16. Sylvestre, C. A prospective study to evaluate efficacy of two-and three-dimensional sonohysterography in women with intrauterine lesions, 2003.