

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ

Луцук А. С.

Научный руководитель: Гуляева Л. С.

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
Кафедра акушерства и гинекологии,*

Ключевые слова: миома матки, беременность, миоматозные узлы.

Резюме. Миома матки является одним из наиболее частых доброкачественных опухолевых заболеваний женской половой системы и оказывает значительное неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье женщины. Беременные с данным заболеванием составляют группу высокого риска по перинатальной патологии.

Resume: A uterine myoma is one of the most common benign neoplasm disease of the female reproductive system and has a significant adverse effect on the reproductive health of women. Pregnant women with this disease constitute a high risk group for perinatal pathology.

Актуальность. Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половых органов женщины и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы. В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты миомы матки и омоложению заболевания, что может быть обусловлено, с одной стороны, совершенствованием диагностики, а с другой – широким распространением «агрессивных» акушерских и гинекологических вмешательств (аборты, биопсия и коагуляция шейки матки, диагностические выскабливания, кесарево сечение и пр.) и воспалительных заболеваний гениталий. Течение беременности, родов и послеродового периода у таких женщин имеет свои особенности. К наиболее частым осложнениям беременности относятся угроза прерывания в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность (ФПН), синдром задержки роста плода (СЗРП), быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, возможна отслойка плаценты. В большинстве случаев при наличии небольших узлов миомы в теле матки, беременность протекает благоприятно. Метод родоразрешения выбирается индивидуально. Однако в ряде случаев при больших узлах, при атипичном их расположении, при деформации полости матки возникает необходимость хирургического лечения.

Цель: Определить факторы риска развития миомы матки, наиболее частые осложнения, возникающие у беременных женщин с миомой матки для выбора оптимальной тактики ведения беременности и определения метода родоразрешения.

Задачи:

1. Определить факторы, способствующие развитию миомы матки.
2. Определить наиболее частые осложнения во время беременности у женщин с миомой матки.
3. Определить оптимальный метод родоразрешения женщин с миомой матки.
4. Определить частоту и способ удаления миоматозных узлов.

Материал и методы. В основу работы положен ретроспективный сплошной анализ 85 историй родов, проведенных на базе УЗ «б ГКБ» г. Минска за 2017г.

Для обработки информации применялись электронные пакеты Microsoft Office 2010.

Результаты и их обсуждение.

Средний возраст женщин ,рожавших с миомой матки составил 33 года. Возрастная структура распределилась соответственно: в возрасте до 25 лет было 3% женщин, от 30 до 36 лет – 20%, от 32 до 35 лет – 52%, от 36 до 40 лет – 21% и старше 40 лет 4% женщин (рис. 1)., при этом число возрастных первородящих составило 28 (33%).

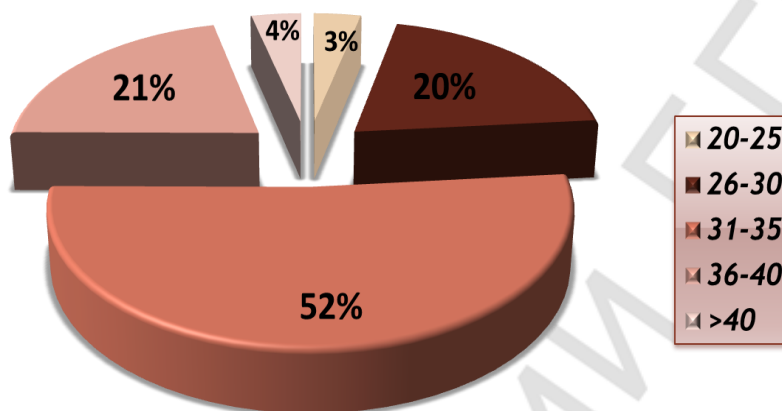


Рис. 1 – Возрастная структура женщин, рожавших с миомой матки.

У всех рожавших женщин с миомой матки имелась сопутствующая экстрагенитальная патология, но в большинстве своем это была миопия средней и тяжелой степени (31%), хронический пиелонефрит (18%), гипотиреоз (17%), хронический гастрит (14%), также варикозное расширение вен нижних конечностей, наследственная тромбофилия, фиброаденома молочных желез(рис.2).

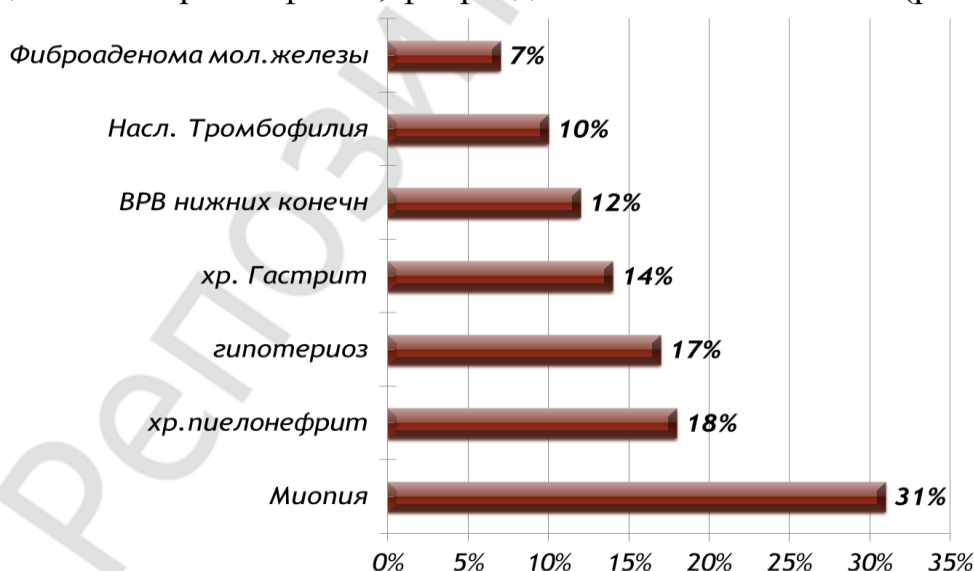


Рис. 2 - Сопутствующая экстрагенитальная патология.

У большинства женщин отмечен отягощенный акушерско – гинекологический анамнез (ОАГА), самопроизвольные выкидыши отмечены у 14% женщин, у 12 % в

прошлом были аборты, неразвивающаяся беременность у 9% и бесплодие в анамнезе у 8% женщин.

При анализе данных ультразвукового исследования малого таза внимание обращали на локализацию миоматозных узлов, их размер, структуру, расположение плаценты. По структуре узлы были: субсерозные (30%), интрамуральные (50%), субмукозные (5%), интерстициально-субсерозные. Расположение плаценты в проекции узлов наблюдалось в 2-х случаях. Миоматозные узлы малых размеров (менее 2 см), согласно данным УЗИ, диагностировались в 52% обследованных женщин, 2-6 см – в 41% случаев, более 6 см – 7% (рис.3).

Больших размеров	> 6 см
Средних размеров	2-6 см
Малых размеров	< 2см

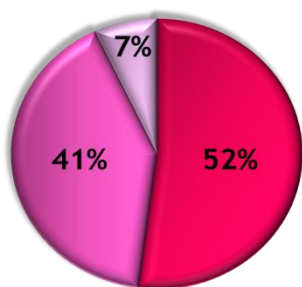


Рис. 3- Размеры миоматозных узлов.

Одиночная миома матки превалирует в количестве (66%) по сравнению с множественной миомой матки (34%) (рис. 4).

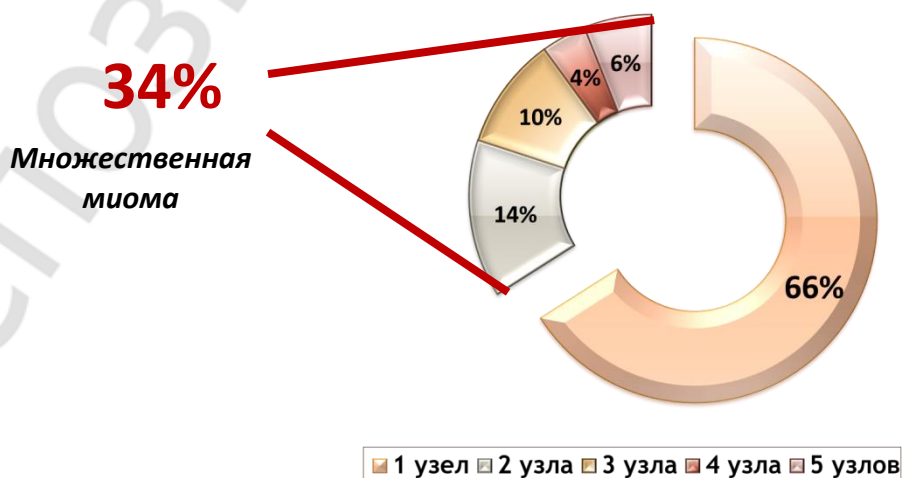


Рис. 4 – Количество миоматозных узлов.

Во время беременности у обследованных женщин самыми частыми осложнениями оказались: угроза прерывания беременности в 37% случаев,

фетоплацентарная недостаточность-28% и умеренная преэклампсия у 25% обследованных.

Выбор метода родоразрешения имеет немаловажную роль для женщин с миомой матки. Согласно нашим исследованиям, через естественные родовые пути роды проходили у 46%, кесарево сечение было выполнено 54% обследованных женщин, которое у 21% было экстренным в связи с гипоксией плода, первичной слабостью родовой деятельности, преждевременным излитием околоплодных вод. У 79% обследованных кесарево сечение выполнялось в плановом порядке. У 22% женщин множественная миома матки являлась абсолютным показанием к плановому кесареву сечению, также учитывался ОАА (50%), возрастные первородящие (31%), бесплодие в анамнезе (17%) (рис. 5).



Рис. 5 - Показания к родоразрешению путём операции кесарева сечения.

В 26 (57%) случаях объем кесарево сечения был расширен до консервативной миомэктомии с метропластикой, при этом множественные миомы удалялись в 38%, а одиночные узлы в 62%. Продолжительность оперативного вмешательства составила в среднем 37 мин, а средний объем кровопотери 740 мл.

У 14% женщин роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, у 16% рожавших – слабость родовой деятельности. При угрожающих разрывах промежности (8) производили эпизиотомию, эпизиорафию.

Разрывы промежности наблюдались в 12, 8% от количества родоразрешений через естественные родовые пути. Ручное обследование матки было выполнено 15% рожавших женщин. Средний показатель новорожденных по шкале Апгар составил на 1 минуте – 8 баллов, на 5 минуте – 9 баллов.

Течение послеродового и послеоперационного периода у 98% обследованных женщин было неосложненным. Большинство женщин были выписаны домой с ребенком на 5 сутки.

Выводы:

1. Факторы, способствующие развитию миомы матки:

1) Возраст- с возрастом суммируется действие повреждающих факторов. Средний возраст женщин составил 33 года.

2) Возрастные первородящие составили 33%.

3) Аборты – 11,7%

4) Бесплодие в анамнезе – 9,4%, самопроизвольные выкидыши – 14%

2. Наиболее частые осложнения во время беременности: угроза прерывания беременности (37%), преэклампсия (25%), фетоплацентарная недостаточность (28%). В связи с этим женщин с миомой матки следует включать в группу риска по развитию осложнений, требуется родовая госпитализация для определения тактики ведения в каждом конкретном случае.

3. Большинство женщин с миомой матки родоразрешены операцией кесарево сечение (54%). Это объясняется наличием сочетанных показаний, учитывая возраст, осложнения беременности, акушерский анамнез, состояние плода.

4. В 57 % случаев объем операции кесарева сечения был расширен до консервативной миомэктомии с необходимостью сохранения детородной функции у женщин, а также улучшения качества жизни. С целью уменьшения кровопотери при расширении операции кесарево сечение до консервативной миомэктомии рекомендуется производить хирургическую деваскуляризацию матки.

5. В послеродовом периоде важным является наблюдение за сокращением матки, характером и объемом выделений, а также своевременное назначение утеротонических средств.

Литература:

1. Капуста А.В. Ведение беременности и родоразрешение женщин с миомой матки больших размеров. Автореф. дис. канд.мед.наук. Минск, 2014.

2. Кулагина Н.В., Татаров А.С. Особенности течения беременности у пациенток с простой и пролиферирующей миомой матки. Вестник Российского университета дружбы народов, 2009, 7, с. 272-277.

3. Адамян, Л. В. Современные аспекты лечения миомы матки / Л. В. Адамян // Мед. кафедра = Cathedra medicinae. – 2003. - №4.

4. Вихляева, Е. М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки / Е. М. Вихляева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов.- 1997- №3.

5. Меглей, С. Современные аспекты этиологии и патогенеза миомы матки / С. Меглей //Новые медицинские технологии.- 2005.- №2 - с. 88-96