

*Пожидаева В. В.*

## **ВЛИЯНИЕ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Коршикова Р. Л.*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Вопросы течения беременности и тактики родовспоможения у пациенток с миомами матки становятся все более актуальными. Частота встречаемости миомы матки растёт с каждым годом, причём наблюдается тенденция к омоложению этой патологии у пациенток в возрасте 20–45 лет. Проявления миомы матки во время беременности зависят от размеров и локализации узлов, которые могут осложнять течение беременности и влиять на исходы родов.

**Цель:** провести сравнительный анализ особенностей течения беременности, методов родоразрешения и исхода родов у женщин с миоматозными узлами матки, в зависимости от их локализации и размеров.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный анализ историй родов 107 пациенток с миоматозными узлами, родоразрешенных на базе УЗ «1 ГКБ» г. Минска за период 2019г.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст пациенток - 34±4,43 лет. Пациенток мы разделили на 3 основные группы в зависимости от размеров миоматозных узлов: первая группа – до 3 см – 70 женщин, среди которых 61,4% родоразрешений через естественные родовые пути и 38,6% при помощи КС(кесарева сечения); вторая группа – от 3 до 5 см – 25 женщин, среди которых 48% родоразрешений через естественные родовые пути и 52% при помощи КС; третья группа – более 5 см – 12 женщин, которые родоразрешались при помощи КС с проведением полостного реконструктивного вмешательства с удалением миоматозных узлов.

И в первой, и во второй группах 8-ми пациенткам удалили миоматозные узлы при проведении КС по показаниям, а женщины, рожавшие через естественные родовые пути, не имели никаких противопоказаний, несмотря на наличие миоматозных узлов. В третьей группе всем пациенткам удалили миоматозные узлы при проведении КС, с последующей метропластикой.

Течение беременности у данных пациенток осложнялось сопутствующей экстрагениальной патологией, оказывающей влияние на состояние беременной: заболевания щитовидной железы (22 чел – 20,6%), варикозная болезнь нижних конечностей (10 чел – 9,3%), анемия (25 чел – 23,4%), ожирение (11 чел – 10,3%), заболевания дыхательных путей (19 чел – 17,8%), хронический гастрит (13 чел – 12,1%).

В результате родоразрешений пациенток на свет появилось 110 новорожденных (60 мальчиков – 55%, 50 девочек – 45%), среди которых было 3 монохориальные двойни. В 91% случаев беременность оканчивалась рождением доношенных по массе плодов. По шкале Апгар 96% новорожденных было оценено на 8-9 баллов.

**Выводы.** Проведенные исследования показали, что размер и локализация миоматозных узлов оказывают значительное влияние на течение беременности и исходы родов. Беременные с миоматозными узлами, имеющими размеры более 5 см подлежат родоразрешению при помощи КС, с проведением последующей метропластики. Беременные с миоматозными узлами менее 3 см, не имеющие значительных осложнений со стороны узлов могут родоразрешаться через естественные родовые пути. Тактику ведения родов определяет акушер-гинеколог в каждом конкретном случае, исходя из полученных сведений о локализации и размере миоматозного узла, а также из осложнений, сопровождавших беременность.