

## МИОМАТОЗНЫЕ УЗЛЫ – ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Пожидаева В.В., Коршикова Р.Л.

Белорусский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии, г. Минск

**Ключевые слова:** миоматозные узлы матки, беременность.

**Резюме:** проведен сравнительный анализ течения беременности и родов у пациенток с миомой матки в зависимости от размеров и расположения миоматозных узлов. Оценены частота и влияние генитальной и экстрагенитальной патологий на нормальное течение беременности и исходы родов. Выявлены особенности осложнений беременности в зависимости от размера и локализации миоматозных узлов.

**Resume:** a comparative analysis of the course of pregnancy and childbirth in patients with uterine fibroids was carried out, depending on the size and location of myoma nodes. The frequency and effect of genital and extragenital pathologies on the normal course of pregnancy and childbirth outcomes were assessed. The features of pregnancy complications were revealed depending on the size and location of myomatous nodes.

**Актуальность.** По-прежнему актуальным вопросом остаётся течение беременности и тактика родовспоможения у пациенток с миоматозными узлами матки. Частота встречаемости миомы матки возрастает с каждым годом, причём наблюдается омоложение этой патологии (возраст возникновения - 20-45 лет). Размеры и локализация миоматозных узлов оказывают значительное влияние на нормальное протекание беременности и часто становятся причиной возникновения осложнений.

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

**Задачи:**

1. Изучить размеры и локализацию миоматозных узлов матки у пациенток;
2. Оценить особенности течения беременности, методы родоразрешения и исходы родов у женщин с миоматозными узлами матки.

**Материал и методы исследования.** Ретроспективно проанализированы истории родов пациенток с миоматозными узлами, родоразрешенных на базе УЗ «1 ГКБ» г. Минска за период 2019г.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В зависимости от размеров миоматозных узлов матки выделили 3 основные группы пациенток: первая группа – до 3 см – 70 женщин; вторая группа – от 3 до 5 см – 25 женщин; третья – более 5 см – 12 женщин.

В каждой группе обращали внимание на количество возрастных первородящих женщин. Анализ возраста и частота возрастных первородящих пациенток в сравниваемых группах представлены в виде таблицы (таблица 1).

Табл. 1. Возраст исследуемых женщин

	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
--	---------------	---------------	---------------

Возрастные первородящие	17%	12%	33%
Возраст	От 24 до 44 лет	От 25 до 44 лет	От 26 до 43 лет
Средний возраст	33,81±0,5	34,04±0,98	35,83±1,38

Встречаемость генитальной патологии в группах: первая группа – 13%, вторая – 12%, третья – 25%. В структуре генитальной патологии отмечены цервицит и кольпит. Большая встречаемость данной патологии выявлена у пациенток третьей группы.

Распределение экстрагенитальной патологии в группах составило: в первой группе – 77%, во второй – 80%, в третьей – 83%. Наиболее часто наблюдалась анемия 24 (22%), заболевания щитовидной железы – 20,5%, заболевания дыхательной системы – у 18% (рис. 1).

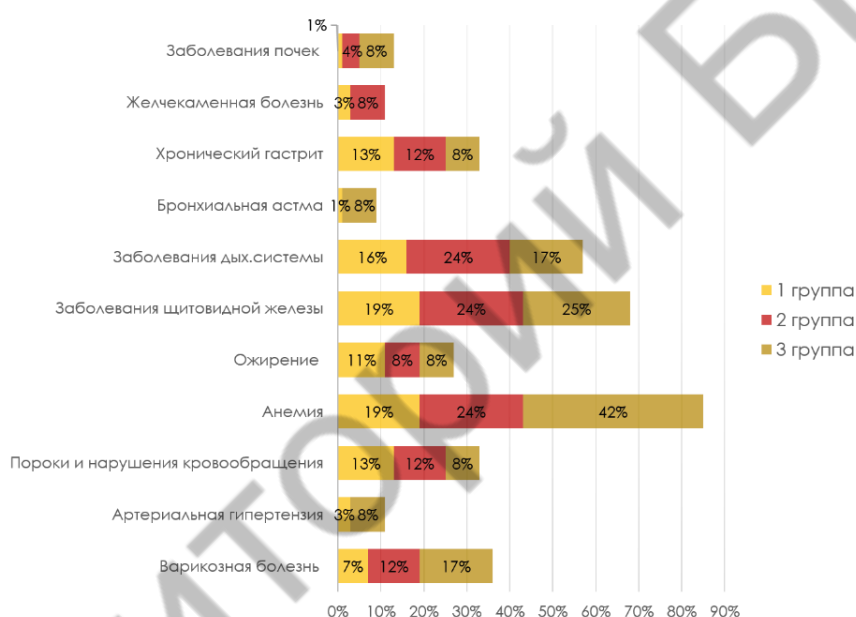


Рис. 1 – Распределение экстрагенитальной патологии в разных группах пациентов

Оценивая характер расположения узлов в матке, отмечена более частая локализация по передней стенке матки: первая группа – 72%, вторая группа – 56%, третья – 42%. В ходе исследования обратили внимание на размеры миоматозных узлов (таблица 2).

Табл. 2. Размеры миоматозных узлов в разных группах

	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
Размер	от 10 до 29 мм	от 33 до 49 мм	от 50 до 81 мм
Средний размер	17,7±0,66	38,08±1,7	58,08±2,12

Течение беременности у исследуемых женщин осложнялось в 73% случаев. Чаще всего беременность осложнялась: плацентарными нарушениями – 43%, гестационной артериальной гипертензией – 14% (рис. 2).

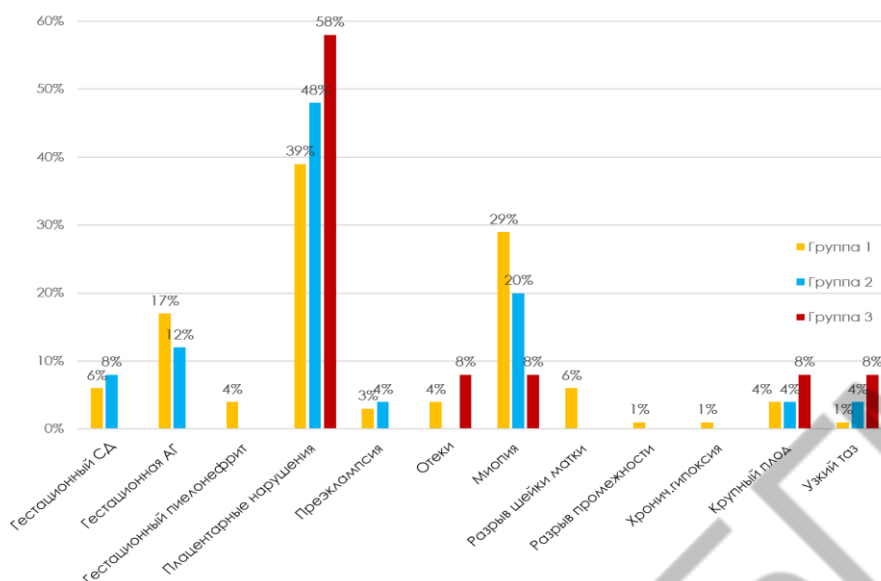


Рис. 2 – Осложнения течения беременности у женщин с миоматозными узлами

Следует отметить, что большая часть женщин родоразрешались через естественные родовые пути – 74%. Однако, все пациентки третьей группы, с большими размерами миоматозных узлов, родоразрешались при помощи кесарева сечения (КС) с удалением узлов (рис. 3).



Рис. 3 – Соотношение пациенток разных групп с удалением миоматозных узлов и без него

В первой и второй группах 8-ми пациенткам удаляли миоматозные узлы при проведении КС по показаниям. Женщины, которые рожали через естественные родовые пути не имели никаких противопоказаний, несмотря на наличие миоматозных узлов. Всем пациенткам третьей группы (100%) удалили миоматозные узлы при помощи КС. В соответствии с приложением 2 п. 20 указа Президента РБ №419 от 24.09.2009 решено провести полостное реконструктивное хирургическое вмешательство на матке с удалением миоматозного узла более 5 см в диаметре, с метропластикой.

На свет появилось 110 новорожденных, среди которых было 3 монохориальные двойни. Среди новорожденных преобладали мальчики – 55%. В 91,7% случаев беременности оканчивались рождением доношенных плодов (по

массе). Недоношенными родились 9 детей (8,3%) из них в первой группе 7%, во второй – 8%, в третьей – 17% (таблица 3).

**Табл. 3.** Характеристика новорожденных по массе тела

	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
Вес детей	от 1380 до 4340 г	от 1970 до 4250 г	от 2240 до 4340 г
Средняя масса новорожденных	3390,71±62,4	3282,6±116,36	3287±168,12

Оценивая причины недоношенности новорожденных отмечено, что в первой группе 5 детей родились недоношенными (3 роженицы родоразрешались досрочно КС в следствие осложнений, а 1 роженица per vias naturales родила двойню из-за раннего начала родовой деятельности. Во второй и третьей группах недоношенными родились двое, матерей родоразрешали при помощи КС досрочно (осложнение беременности, влияющие на состояние роженицы и ребенка).

Оценка новорожденных по шкале Апгар 8 баллов и выше (на первой и пятой минутах соответственно) была поставлена 95% всех новорожденных. Результаты новорожденных по шкале Апгар в различных группах приведены ниже (рис. 4).



**Рис. 4** – Оценка новорожденных по шкале Апгар в разных группах

### Выводы:

1. Миома матки чаще встречается у возрастных беременных. Средний возраст обследованных составил 34±0,64 лет. Возрастные первородящие составили - 44% (47 беременных). Наибольший средний возраст – 35,8 лет отмечен у обследованных третьей группы (с узлами 5 и более см);

2. Для беременных с миомой матки характерно наличие экстрагенитальной патологии (у 79% беременных). В структуре экстрагенитальной патологии I место занимает анемия беременных - 22% (24 беременных), II место - заболевания щитовидной железы – 20,5%, III место - заболевания дыхательной системы – у 18%. Экстрагенитальная патология наиболее часто встречалась у пациенток III группы – 83%;

3. У 73% обследованных пациенток выявлены осложнения течения беременности. Достоверно чаще осложнения развивались в третьей группе – 92%. Чаще всего беременность осложнялась: плацентарными нарушениями – 43%, гестационной артериальной гипертензией – 14%;

4. В 91,7% случаев беременность у обследованных пациенток закончилась

рождением доношенных детей. Преждевременные роды составили 8,3%. Наибольшее количество преждевременных родов отмечено у пациенток III группы (Недоношенными родились в первой группе 7%, во второй – 8%, в третьей – 17%);

5. Оценка по шкале Апгар 8 баллов и выше (на первой и пятой минутах соответственно) была поставлена 95% всех новорожденных. 97% в первой группе и в 92% в третьей группе. 8% новорожденных пациенток третьей группы родились в асфиксии умеренной степени.

#### Литература

1. Савельева, Г.М Гинекология. Национальное руководство: учебное пособие / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухин. — Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. — 395 с.
2. Ищенко, А. И. Миома матки. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А. И. Ищенко, М.А. Ботвин, В.И. Ланчинский. — М.: Издательский дом Видар. 2010. – 244 с. – Библиогр.: с. 6, 7, 9, 19-27.
3. Козаченко А. В. Беременность и миома матки / А.В. Козаченко, С.Н. Буянова, И.А. Краснова // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2015. – № 2. – С. 61-65.