

В. В. Пожидаева

ВЛИЯНИЕ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ

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

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

V. V. Pozhidaeva

INFLUENCE OF MYOMATIC NODES ON PREGNANCY AND RESULTS OF CHILDBIRTH

Tutor associate professor R. L. Korshicova

Department of Obstetrics and Gynecology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В статье представлены результаты сравнительного анализа течения беременности и родов у 107 пациенток с миомой матки в зависимости от размеров и расположения миоматозных узлов. Согласно полученным данным фиброма матки чаще встречается у беременных старше 30 лет. С увеличением размеров узлов увеличивается частота осложнений беременности и родов, что требует оперативного родоразрешения.

Ключевые слова: беременность, исходы родов, миоматозные узлы.

Resume. The article presents the results of a comparative analysis of the course of pregnancy and childbirth in 107 patients with uterine myoma, depending on the size and location of the myomatous nodes. According to the data obtained, uterine fibroma is more common in pregnant women over 30 years old. With an increase in the size of the nodes, the frequency of complications requiring surgical delivery increases. Most often, surgical delivery was in patients with myomatous nodes 5 cm or more.

Keywords: pregnancy, birth outcomes, myomatous nodes.

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.

Задачи:

1. Обработка медицинских карт пациенток с миоматозными узлами, родоразрешенных на базе УЗ «1 ГКБ» г. Минска за период 2019г.

2. Изучение и анализ особенностей течения беременности, методов родоразрешения и исхода родов у женщин с миоматозными узлами матки.

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

Пациенток мы разделили на 3 основные группы по размерам миоматозных узлов: первая группа – до 3 см – 70 женщин; вторая группа – от 3 до 5 см – 25 женщин; третья – более 5 см – 12 женщин.

Результаты и их обсуждение. Возраст, исследуемых пациенток в сравниваемых группах составил (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

Частота развития генитальной патологии в группах: первая группа – 13%, вторая – 12%, третья – 25%. Среди генитальной патологии встречались цервицит и кольпит. Большая встречаемость данной патологии выявлена у пациенток третьей группы.

Процент экстрагенитальной патологии в группах составил: 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% (рисунок 1).

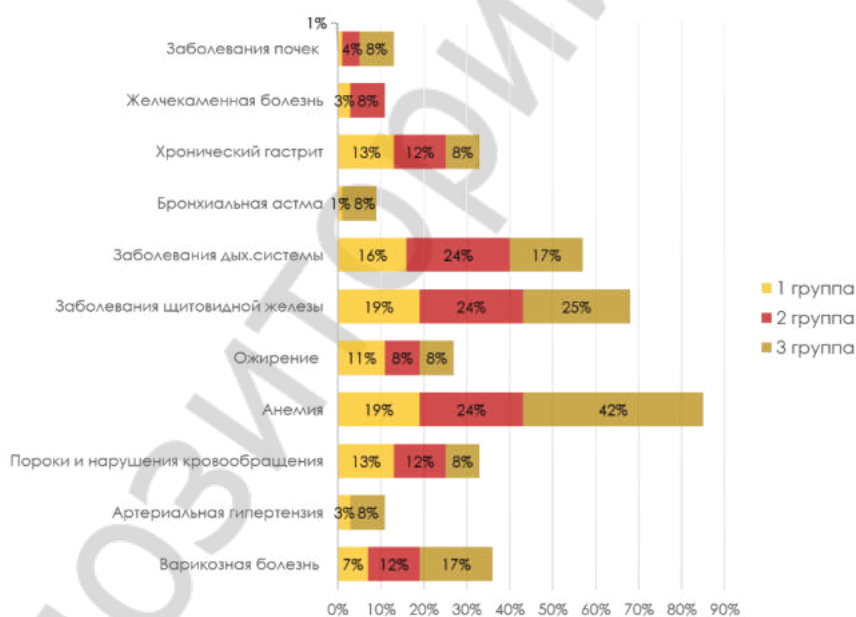


Рис. 1 – Распределение экстрагенитальной патологии в разных группах пациентов

В ходе исследования мы обратили внимание на размеры и локализацию 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

Оценивая характер расположения узлов в матке отметили частую локализацию по передней стенке матки: первая группа – 72%, вторая группа – 56%, третья – 42% (рисунок 2).

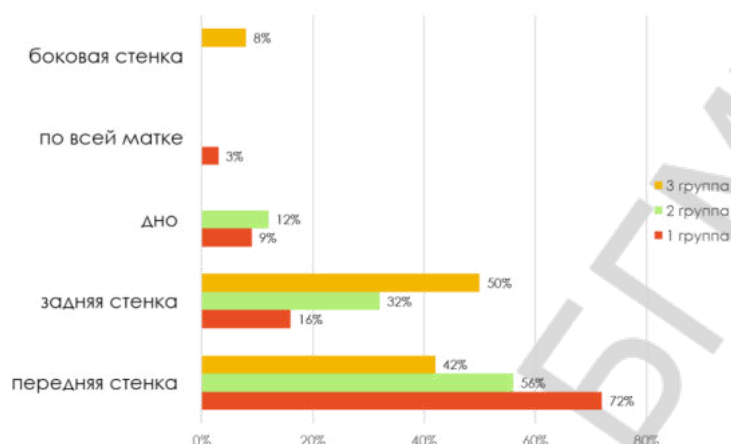


Рис. 2 – Расположение миоматозных узлов у пациенток разных групп

Течение беременности у исследуемых женщин осложнялось в 73% случаев. Чаще всего беременность осложнялась: плацентарными нарушениями – 43%, гестационной артериальной гипертензией – 14% (рисунок 3).

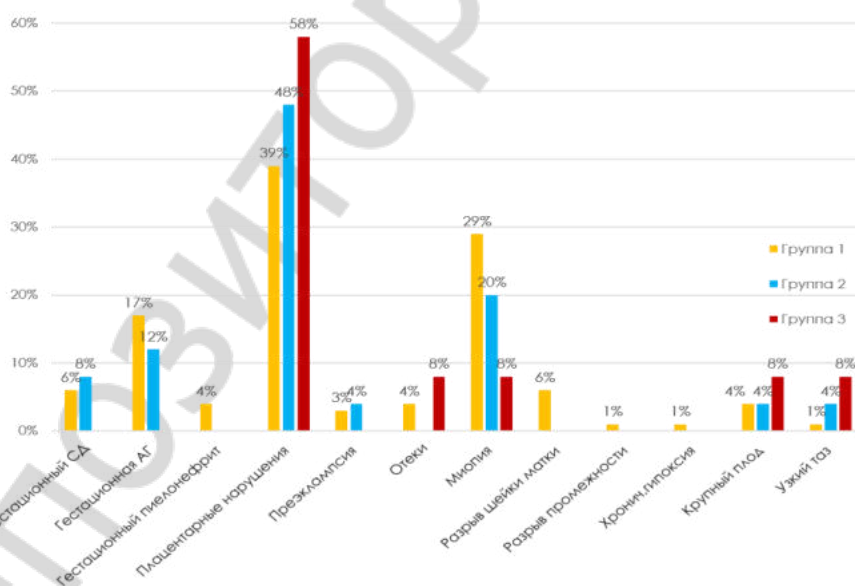


Рис. 3 – Осложнения течения беременности у женщин с миоматозными узлами

Большинство пациенток 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 (рисунок 4).



Рис. 4 – 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

В первой группе 5 детей родились недоношенными (3 роженицы родоразрешались досрочно КС в следствие осложнений, а 1 роженица *pervias naturales* родила двойню из-за раннего начала родовой деятельности. Во второй и третьей группах недоношенными родились двое, матерей родоразрешали при помощи КС досрочно, в следствие осложнений беременности, влияющих на состояние роженицы и ребенка.

По шкале Апгар оценка 8 баллов и выше (на первой и пятой минутах соответственно) была поставлена 95% всех новорожденных (рисунок 5).



Рис. 5 – Оценка новорожденных по шкале Апгар в разных группах

Выводы:

1 Миома матки чаще встречается у возрастных беременных. Средний возраст обследованных составил $34 \pm 0,64$ 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.