

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

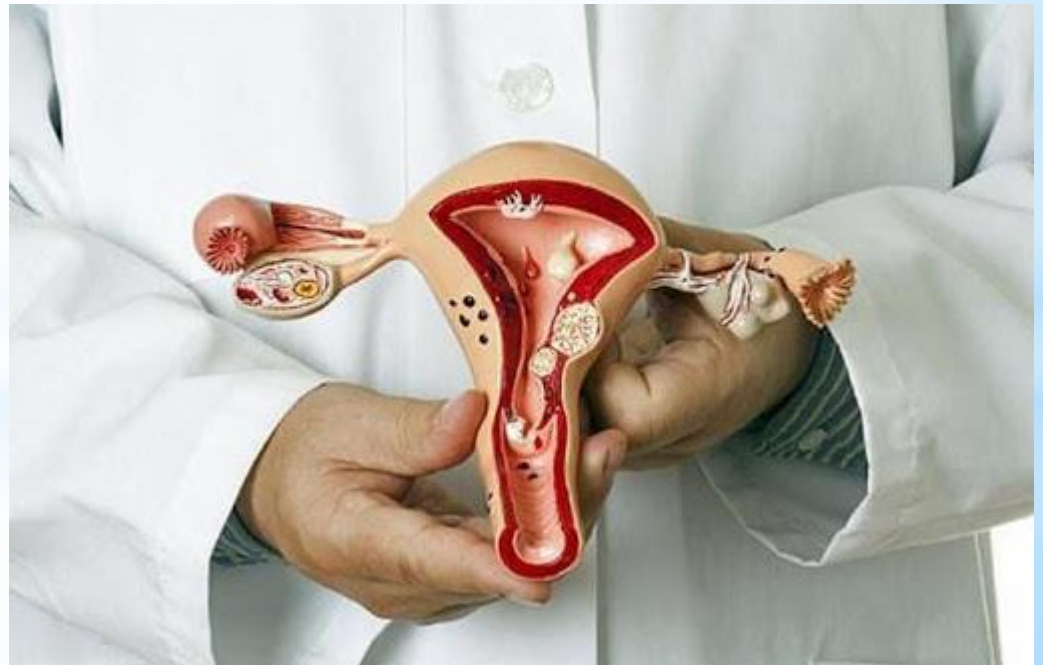
Влияние миомы матки на течение беременности и исход родов



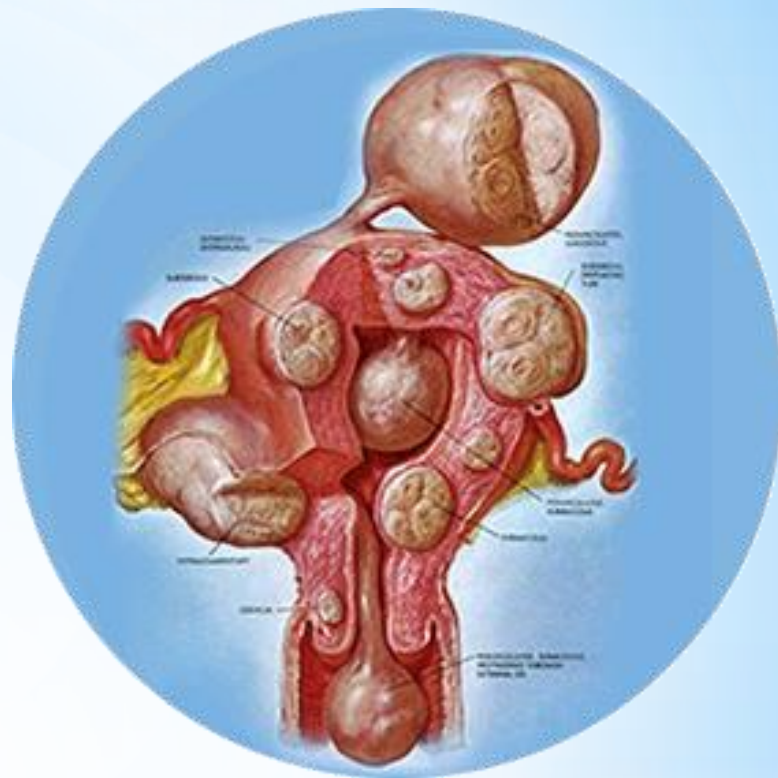
Автор: канд. мед. наук, доц. Коршикова Р. Л.

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.



Миома матки - наиболее распространенная доброкачественная опухоль среди женщин большинства стран мира. Считают, что миому матки диагностируют у 30-35% женщин репродуктивного возраста, чаще в позднем репродуктивном возрасте, а у 1/3 пациенток она становится симптомной.



Лейомиома матки – гормонозависимая опухоль. Ее образование и рост связаны со сложным взаимодействием стероидных гормонов и их рецепторов в миометрии, влияющих на процессы пролиферации, апоптоза и ангиогенеза.

Самый важный аспект этиологии миомы матки - инициатор роста опухоли - остается неизвестным, хотя теории инициирования ее туморогенеза существуют.

1 Увеличение уровня эстрогенов и прогестерона приводит к **росту митотической активности**, которая может способствовать формированию узлов миомы, увеличивая вероятность соматических мутаций.



2 Наличие врожденной **генетически детерминированной патологии миометрия** у женщин, больных миомой матки



3 Риск заболеваемости миомой матки выше у **нерожавших женщин**, для которых, возможно, характерно большое количество ановуляторных циклов

4 **Ожирение с выраженной ароматизацией** андрогенов в эстрон в жировой ткани. Согласно одной из гипотез, основополагающую роль в патогенезе миомы матки играют эстрогены.



Сочетание миомы матки с беременностью находится в пределах от 0,5% до 6%. В последние годы все чаще приходится определять тактику ведения беременных и родоразрешения женщин с миомой матки.



С каждым годом увеличивается частота сочетания миомы матки и беременности, что обусловлено успехами консервативных методов лечения больных миомой матки. При этом акушерам все чаще приходится решать вопрос о возможности пролонгирования беременности при сочетании ее с миомой матки.

Осложнения беременности

В I триместре возможно развитие следующих осложнений:

- рост миомы;
- угрожающий выкидыш;
- неразвивающаяся беременность;
- кровотечение;
- гипоплазия хориона.

Во II триместре:

- быстрый рост и нарушение питания миомы;
- низкая плацентация;
- истмико-цервикальная недостаточность;
- плацентарная недостаточность;
- ПОНРП;
- развитие преэклампсии.

В III триместре:

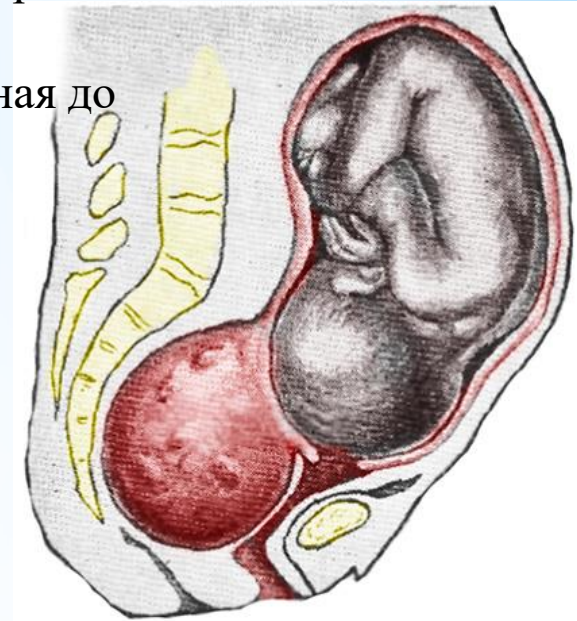
- неправильное предлежание и положение плода;
- угрожающие преждевременные роды;
- плацентарная недостаточность;
- гипоксия и гипотрофия плода;
- преэклампсия.

Развитие осложнений зависит от размеров миоматозных узлов, их количества, локализации относительно слоев матки, экзогенности структуры, а гестационные осложнения - от особенности локализации узлов миомы относительно не только плаценты, но и нижнего маточного сегмента.



Показания к кесареву сечению при миоме матки:

1. большие миомы, размеры и локализация которых препятствуют родоразрешению через естественные родовые пути;
2. "красная дегенерация" узлов миомы, установленная до родов;
3. перекрут субсерозного миоматозного узла;
4. миома матки, сопровождающаяся выраженным нарушением функции смежных органов;
5. миома матки у пациенток, перенесших ранее миомэктомию;
6. акушерские показания.



Показания к миомэктомии во время кесарева сечения:

- а. субсерозные узлы на тонком основании;
- б. субсерозные узлы на широком основании, исключая расположенные на сосудистых пучках и в нижнем сегменте матки;
- с. узлы миомы матки в области разреза на матке при кесаревом сечении.

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

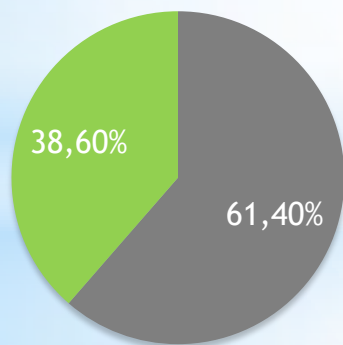
Был проведен ретроспективный анализ историй родов 107 пациенток с миоматозными узлами, родоразрешенных на базе УЗ «1 ГKB» г. Минска за период 2019г.

Пациенток мы разделили на 3 основные группы по размерам миоматозных узлов :

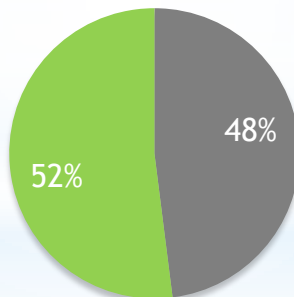
- до 3 см – 70 женщин
- от 3 до 5 см – 25 женщин
- более 5 см – 12 женщин

Тактика родоразрешений:

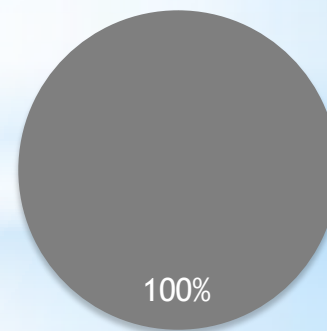
Первая группа



Вторая группа



Третья группа

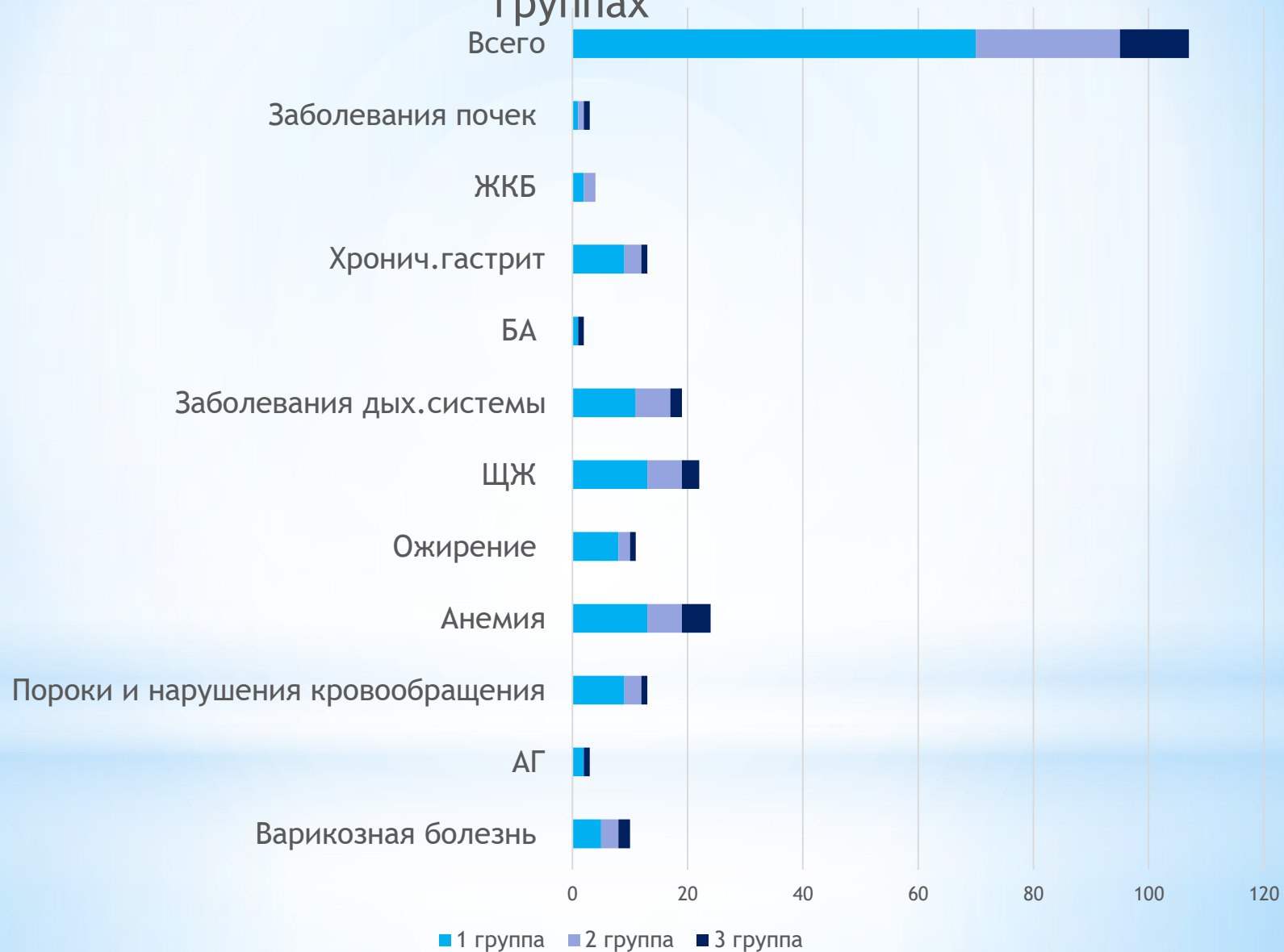


■ Per vias naturales ■ Кесарево сечение

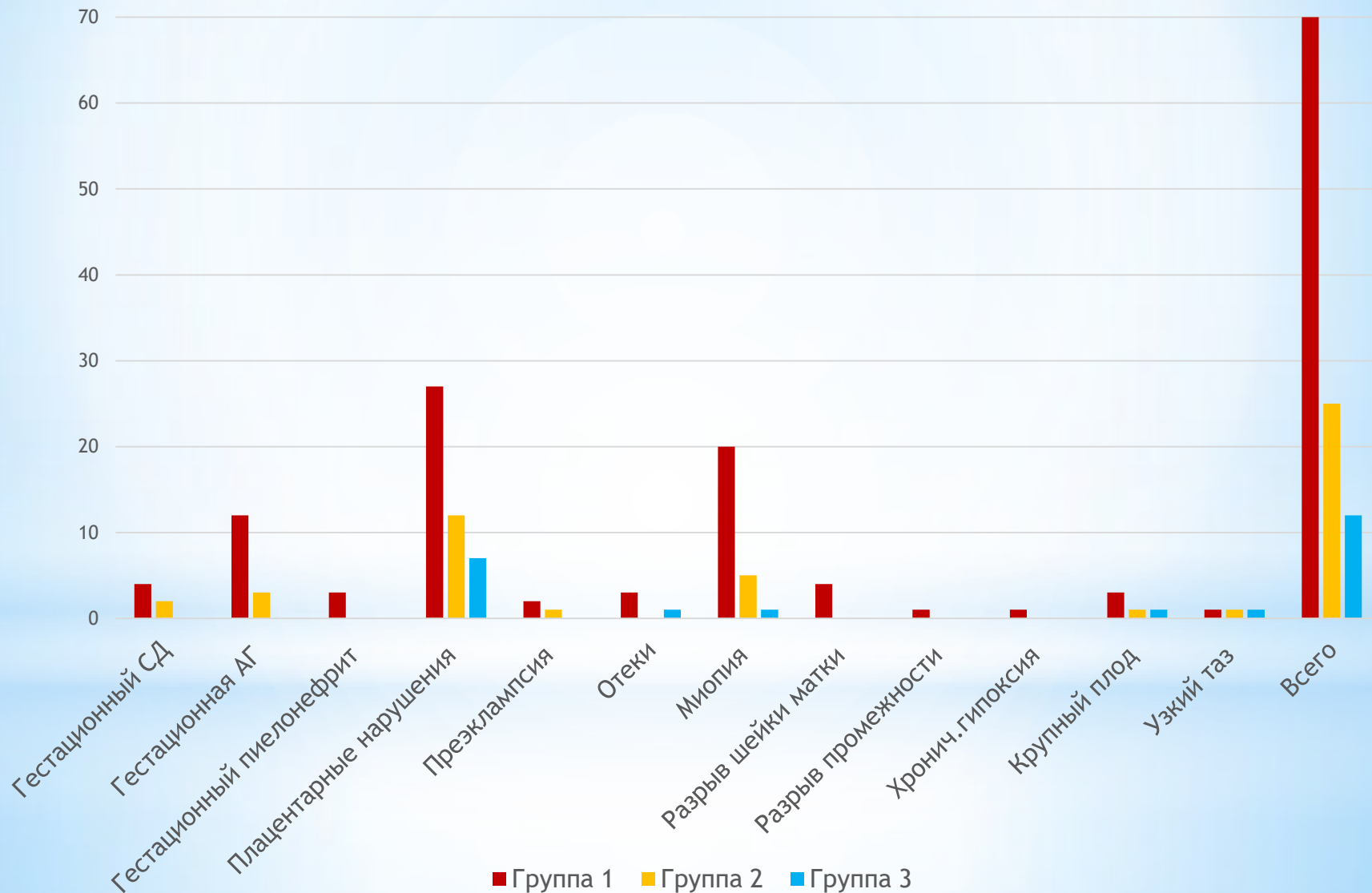
■ Per vias naturales
■ Кесарево сечение

■ Кесарево сечение

Распределение экстрагенитальной патологии в группах



Осложнения

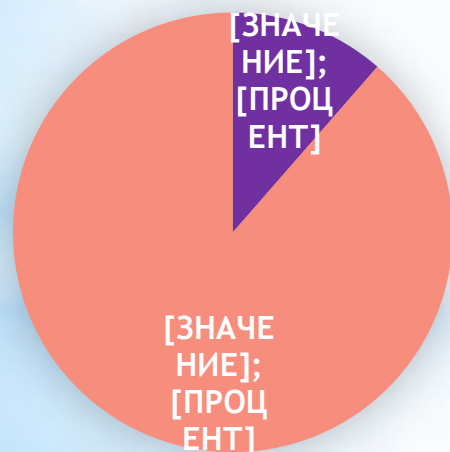


8-ми пациенткам удалили миоматозные узлы при проведении КС, так как их было множество по всей матке - 2 женщины, узлы были субсерозные - 6 женщин. Женщины, которые рожали через естественные родовые пути не имели никаких противопоказаний, несмотря на наличие миоматозных узлов.

8-ми пациенткам удалили миоматозные узлы при проведении КС на основании низкого расположения узлов в матке - 4 женщины, узлы были субсерозные - 4 женщины. Женщины, которые рожали через естественные родовые пути не имели никаких противопоказаний, несмотря на наличие миоматозных узлов.

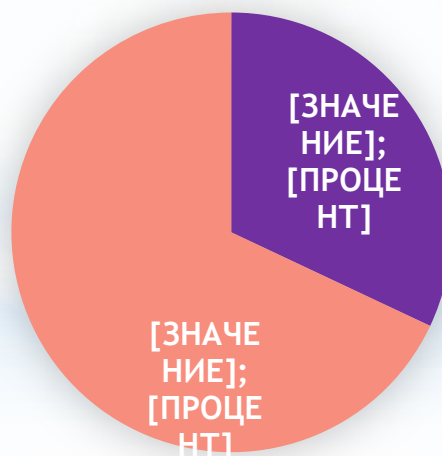
Всем пациенткам (100%) удалили миоматозные узлы при помощи КС. В соответствии с приложением 2 п. 20 указа Президента РБ №419 от 24.09.2009 решено провести полостное реконструктивное хирургическое вмешательство на матке с удалением миоматозного узла более 5 см в диаметре. Проведение метропластики

Первая группа



■ КС с удалением узлов
■ Родоразрешения без удаления

Вторая группа



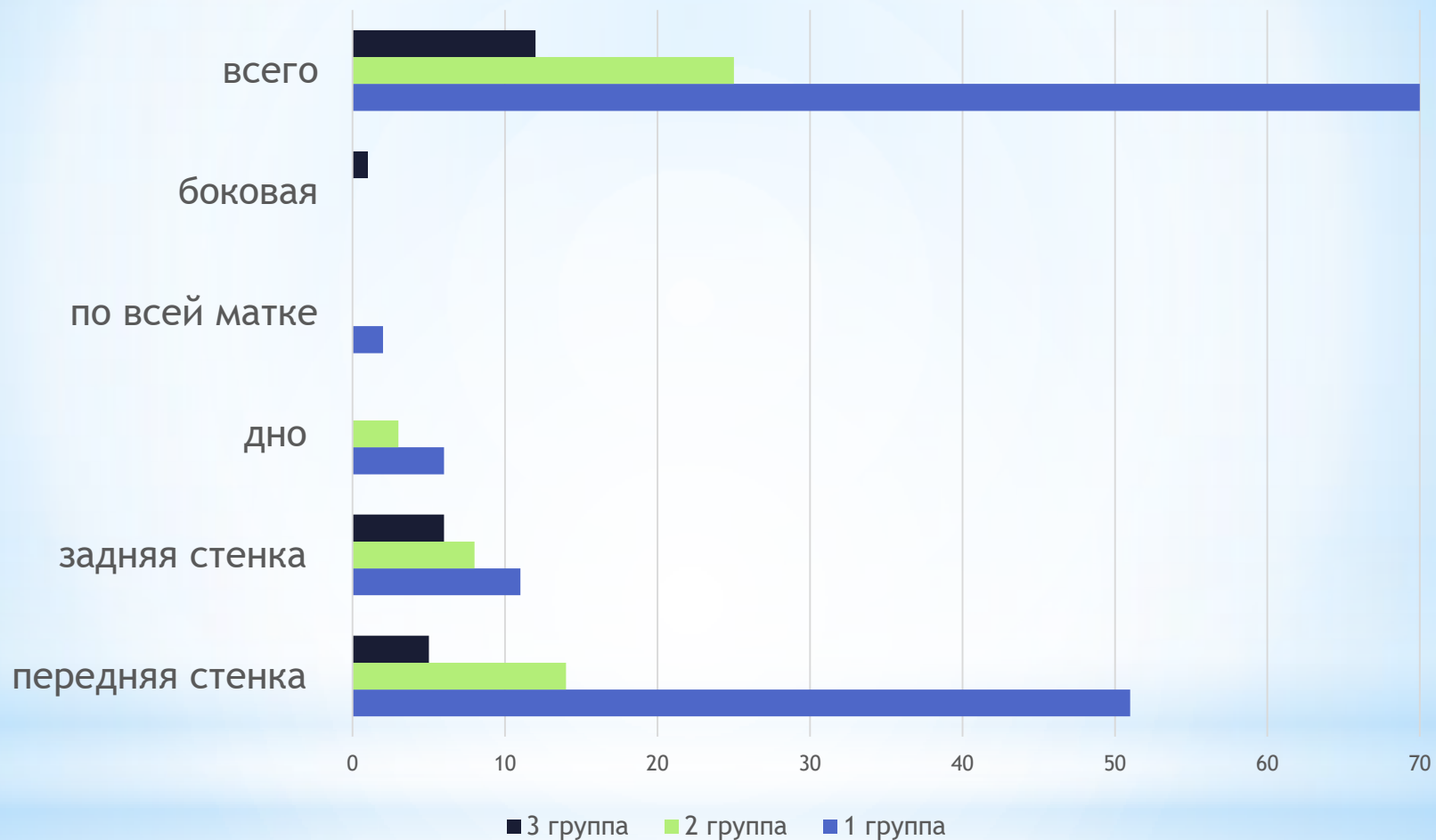
■ КС с удалением узлов
■ Родоразрешения без удаления

Третья группа



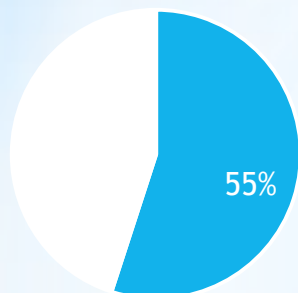
■ КС с удалением узлов

Расположение миоматозных узлов



Первая группа	Вторая группа	Третья группа
Размеры миоматозных узлов от 10 до 29 мм Средний диаметр - 17,7 мм	Размеры миоматозных узлов от 33 до 49 мм Средний диаметр - 38 мм	Размеры миоматозных узлов от 50 до 81 мм Средний диаметр - 58 мм

Распределение по полу
новорожденных

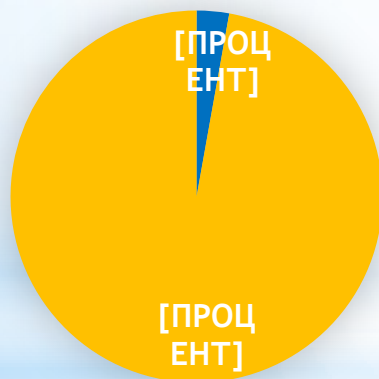


■ Мальчиков ■ Девочек

На свет появилось 109 новорожденных, среди которых было 2 монохориальные двойни. В 91,7% случаев беременности оканчивались рождением доношенных плодов(по массе). Недоношенные дети (по массе) – 9 детей – 8,3% (5 мальчиков (4,6%), 4 девочки (3,7%).

Оценка новорожденных по шкале Апгар:

Первая группа



■ 6 баллов ■ Выше 8 баллов

Вторая группа



■ 6 баллов ■ Выше 8 баллов

Третья группа



■ 6 баллов ■ Выше 8 баллов

Вес детей от 1380 до 4340 г

При этом 5 недоношенных(по массе) детей

Вес детей от 1970 до 4250 г

При этом 2 ребенка недоношенных(по массе)

Вес детей от 2240 до 4340 г

При этом 2 ребенка недоношенных(по массе)

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.



Спасибо за внимание!

