

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Байдуйсенова А.Н.¹, Воробьева Р.В.²

¹Байдуйсенова Айдана Нурланкызы - интерн акушер-гинеколог;

²Воробьева Регина Васильевна – ассистент,
кафедра акушерства и гинекологии,

Карагандинский государственный медицинский университет,
г. Караганда, Республика Казахстан

Аннотация: в статье анализируются течение и исходы беременности у женщин с миомой матки, по данным амбулаторных карт беременных.

Ключевые слова: миома матки, роды, УЗИ органов малого таза, миомэктомия, предлежание плаценты.

Введение

В последние годы отмечается увеличение частоты сочетания миомы матки и беременности, но благодаря применению различных консервативных методов лечения больных с данной патологией, достигается успех протекания беременности без осложнений. Как показывают наблюдения и исследования, к особенностям течения беременности при ее сочетании с миомой матки относятся: угроза ее прерывания в различные сроки гестации; фетоплацентарная недостаточность (ФПН); синдром задержки роста плода; нарушение питания и некроз миоматозного узла; отслойка плаценты; неправильные положения и предлежания плода [1, 3].

В свою очередь осложненное течение беременности и родов определяет высокую частоту оперативных вмешательств у беременных с опухолями матки. Исходя из выше изложенного, следует, что изучение течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с миомой матки и разработка оптимальной тактики ведения беременности, направленной на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности является актуальной проблемой, что и послужило целью данной работы [2].

Цель

Анализ течения беременности и родов при миоме матки.

Материалы и методы

Был использован ретроспективный метод (анализ индивидуальных карт беременных, состоящих на «Д» учете по беременности).

Результаты и обсуждения

Исследование проводилось с 2014 по 2016 гг. в Карагандинском Государственном Медицинском Университете на клинических базах кафедры Акушерства и Гинекологии. По данным амбулаторных карт было исследовано (998) беременных женщины. Из них у (97) была выявлена миома матки. При исследовании обращалось внимание на следующие данные анамнеза: возраст женщин; начало менархе; начало половой жизни; частота медикаментозных аборт; наличие экстрагенитальной патологии. Возраст обследованных женщин составил от 19 до 48 лет ($33,5 \pm 0,6$); начало менархе – от 13 до 15 лет ($14 \pm 0,1$); начало половой жизни с 15 до 35 лет ($24,6 \pm 0,3$); частота медикаментозных абортов в анамнезе женщин - от 1 до 6 ($3,5 \pm 0,2$).

УЗИ картина: в I триместре беременности у 37 (38,1%) женщин размеры миоматозных узлов составляли от 2,5 до 6-7 см; у 32 (32,9%) женщин беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности; Плацента, расположенная вне участков миоматозного узла, отмечалась у 58 (59,8%) наблюдаемых женщин без каких-либо патологических изменений. В конце второй половины беременности 32 (32,9%) женщинам проведена доплерометрия, это были беременные старше 35 лет, имеющие в анамнезе миому матки 5 лет и более. У 10 (10,3%) из них обнаружено нарушение фетоплацентарного кровотока (IA и IB степени), задержка роста плода выявлена в 4 случаях (4,12%).

Из общего числа беременных с миомой матки у 12 (12,3%) узлы были субсерозно-интерстициальные размерами от 4 до 6 см в диаметре, расположенные в дне, у 68 (70,1%) женщин миома матки была множественной с небольшими размерами миоматозных (0,2-0,5 см) узлов.

14 (14,4%) беременных со сроками гестации 10-22 недель находились на стационарном лечении с диагнозом угроза прерывания беременности, у двух из которых в сроки 16-20 недель произошел поздний самопроизвольный выкидыш.

Из числа экстрагенитальных заболеваний выявлено: анемия I и II степеней – у 82 (84,5%), хронический пиелонефрит в стадии ремиссии – у 56 (57,7%), миопия средней и тяжелой степеней – у 47 (48,4%) и аутоиммунный тиреоидит – у 8 (8,2%) женщин.

Наиболее частыми осложнениями во время родов были: дородовое излитие околоплодных вод – у 12 (12,3%), слабость родовой деятельности – у шести (6,18%) женщин, при чем первичная слабость – у четырех (4,12%), а вторичная – у двух (2,06%) женщин.

Данные исследований показали, что беременность у 29 (29,9%) женщин закончилась срочными родами через естественные родовые пути, родоразрешение путем лапаротомии по Джоел-Кохену, кесарево сечение в нижнематочном сегменте у 68 (70,1%) женщин, во время которого у 13 (13,4%) женщин произведена консервативная миомэктомия. Консервативная миомэктомия, произведенная во время кесарева сечения, не ухудшала течение послеоперационного периода. Показанием к кесареву сечению чаще был возраст, наличие акушерской и экстрагенитальной патологии, рубец на матке в анамнезе, множественные миоматозные узлы.

Выводы

Беременность у женщин с миомой матки протекала в большинстве случаев на фоне анемии I и II степеней 82 (84,5%).

В 70% случаев, миома матки была множественной с небольшими размерами миоматозных 68 (0,2-0,5 см) узлов.

Среди осложнений беременности и родов преобладало дородовое излитие околоплодных вод 12 (12,3%).

В 68 (70,1%) случаев, роды закончились операцией кесарево сечение в нижнематочном сегменте.

Течение беременности, родов и послеродового периода у беременных с миомой матки представляет определенный риск для матери и плода. Однако дифференцированный подход к женщинам с различными клиническими проявлениями миомы матки, ведение беременности в группе высокого риска, способствует уменьшению числа оперативных вмешательств, улучшению показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Список литературы

1. Адамян Л.В. Миома матки. Диагностика, лечение и реабилитация 2015. С. 42-45.
2. Гриценко Я.В., Константинова О.Д., Черкасов С.В. Миома матки в современном мире: актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения. УДК: 618.14-006.36.
3. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология, 2012. УДК 618.1 (075.8). С. 247-264.