

ВЛИЯНИЕ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Случай из практики

Клиник ординатор: Олимова Г.З.

Научный руководитель: Г.Б.Арзиева

Самаркандский государственный медицинский университет Республика

Узбекистан, г. Самарканд

Ключевые слова: миома матки, беременность, репродуктивный возраст.

Миома матки и беременность плохо совмещаются друг с другом. Во время беременности миома матки может вести себя непредсказуемо, от размера миомы зависит дальнейшее развитие беременности. Наша практика показало увеличение частоты ослажнений беременности с миомой матки. При некрозе субсерозного узла появляется необходимость оперативного вмешательства.

Миома матки представляет собой доброкачественную опухоль, вызванную гормональным дисбалансом. Причиной миомы матки являются гормональные нарушения, поэтому до недавнего времени миома считалась в некотором смысле возрастным заболеванием. Заболеванию наиболее подвержены женщины в возрасте от 30 до 45 лет, имевшие одну или несколько беременностей. На сегодняшний день, с распространением и популяризацией гормональных контрацептивов, пациентки с миомой «молодеют». Если же учесть тот факт, что первая беременность всё чаще возникает у женщин ближе к 30-ти годам и позже, то распространённость этого заболевания уже не вызывает удивления. А это значит, что под угрозу попадают будущие мамы — те, кто только планирует беременность. Совершенствование диагностики определяют диагноз миома тела матки и у 20-летних пациенток, тем более что доклиническая стадия составляет в среднем 8-10 лет. Несмотря на различные

патологические факторы развития, миому матки рассматривают и как психосоматическое заболевание: у данной категории пациенток на порядок чаще встречаются демонстративное и тревожное расстройства личности, неврастении и депрессии. Наиболее значительный рост узлов миомы наблюдается на ранних сроках беременности. Провоцирует рост опухоли в этот период повышенное образование половых гормонов, как эстрогенов, так и прогестерона. Кроме того, рост узлов вызывает увеличение и растяжение мышечной оболочки матки, а также усиление кровотока в стенке матки при беременности. С быстрым увеличением размеров миомы матки при беременности связано нарушение питания узлов, клинически проявляющееся в болевом синдроме. Причиной болевого синдрома при беременности может быть раздражение париетальной брюшины покрывающей узел и напряжение капсулы миоматозного узла. По морфологическим типам миома матки делится на простую и пролиферирующую. Простая миома матки представляет собой доброкачественную, неактивную, медленно растущую опухоль с преобладанием соединительнотканых компонентов, фенотипической трансформацией миоцитов, со снижением кровотока в миометрии и миоматозных узлах. Пролиферирующая миома матки является активной, множественной, быстрорастущей доброкачественной опухолью с повышенным пролиферативным потенциалом, часто сопровождается пролиферативными процессами в эндометрии и опухолевидными образованиями яичников. Наличие миомы матки свидетельствует о более высоком, риске патологических состояний, которые можно рассматривать как причины невынашивания беременности (нарушение гормонального статуса, недостаточное развитие децидуальной оболочки и хориона, повышение возбудимости и сократительной активности миоматозно-измененной матки при снижении ее способности к расслаблению и т.д.). Однако у будущих мам узлы могут не только расти. В них также может нарушаться кровообращение и возникать некроз опухоли.

Подобная ситуация может произойти на любом сроке беременности, а также в послеродовом периоде. Причинами разрушения опухоли являются как гормональные изменения на фоне беременности (повышенное содержание прогестерона), так и сосудистые (нарушение кровоснабжения опухоли из-за тромбоза питающих миому кровеносных сосудов). Ситуация усугубляется также тем, что у беременных при миоме матки повышается свертываемость крови, легче образуются тромбы. Это приводит к нарушению питания не только опухоли, но и плода. К особенностям течения беременности при миоме матки, помимо роста узлов и нарушения питания в них, относятся: угроза прерывания в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, отслойка плаценты, особенно в тех случаях, когда она частично расположена в области миоматозного узла, неправильное положение плода. По данным литературы, 22% пациентов с миомой страдает бесплодием. Возникновение бесплодия при миоме матки недостаточно изучено, но имеется прямая связь между этими заболеваниями, а миомэктомия достоверно повышает фертильность. После операций подобного плана на матке у бесплодных женщин беременность наступает в 55 % случаев, в возрасте до 35 лет этот показатель достигает 80 %. Беременность, роды и послеродовый период у женщин с диагнозом миома тела матки сопровождается рядом осложнений. Наиболее частыми являются: — Угроза прерывания беременности (40-48%); — Самопроизвольные аборты (15-30%); — Преждевременные роды (28-35%); У беременных с миомой матки, по сравнению с практически здоровыми женщинами, угрожающие преждевременные роды встречаются достоверно чаще в тех случаях, когда плацентация совпадает с проекцией миоматозного узла. — Нарушение питания миоматозного узла (в I триместре у 60-75%, во II — у 20-30%); — Низкая плацентация и предлежание плаценты, отслойка. Беременность с локализацией плаценты в проекции миоматозного узла обуславливает высокий (9 %) риск развития частичной отслойки

нормально расположенной плаценты. Почти каждая третья беременность имеет признаки фетоплацентарной недостаточности, хронической гипоксии и гипотрофии плода. Консервативная миомэктомия во время беременности является операцией выбора, позволяющей сохранить беременность, только в тех случаях, когда течение беременности осложняется некрозом миоматозного узла. Узлы миомы различаются по расположению в толще матки, и прогноз для успешного планирования беременности зависит от размера опухоли и направления роста миоматозных узлов в матке.

Цель исследования: изучить влияние миоматозного узла на беременность.

Материалы и методы исследования: Мы хотим привести пример случай из практики. История родов В.П. 1992 года рождения, поступила в гинекологическое отделение №4 родильного комплекса г. Самарканда 30.02.2023 г.с жалобами на сильные боли в левой подвздошной области, частое мочеиспускание, рвоту и нарастающую слабость. Из анамнеза первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 6-7 недель. Данная беременность вторая. Менструация с 13 лет, по 4-5 дней, через 28 дней. Начало половой жизни с 23 лет. До беременности на УЗИ выявлена миоматозный узел размером 92 мм. Было рекомендовано консервативная миомэктомия, от которой пациентка отказалась. Беременность протекает с угрозой прерывания беременности. При обследовании на УЗИ обнаружен миоматозный узел размером 92 мм на передней стенке матки и калькулезный холецистит.

В момент осмотра состояние пациентки заслуживает внимания. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Пульс 88 ударов в 1 мин. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен беременной маткой, дно матки на 2

п/п ниже пупка, матка в тонусе. В левой подвздошной области пальпируется ограниченное, неподвижное, чувствительное колбасовидное образование.

Per.vag. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки коническая, зев закрыт. Тело матки в тонусе, увеличено неравномерно за счет миоматозного узла, плотноватой консистенции, резко чувствительно при пальпации и не соответствует сроку гестации (размер матки больше). Своды свободные, глубокие. Выделения слизистые. На основании жалоб, осмотра и клинико-лабораторных данных (нарастание в динамике лейкоцитарной формулы) и ухудшение состояния пациентки установлен диагноз: Беременность II. 19 недель ОГА. Угрожающий поздний аборт. Миома матки. Некроз миоматозного узла? Калькулезный холецистит. Выполнена лапаротомия вылушивание субсерозного миоматозного узла. Дренирование брюшной полости. Длительность операции 40 минут. Во время операции удалось сохранить беременность. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Швы сняты на 7-ые сутки после операции. Заживление per.prima.

Выводы. Таким образом, на исход беременности влияет не только размер опухоли, но и направление роста миоматозного узла на матке. В случае некроза субсерозного узла, во время проведенная операция позволяет сохранить орган и беременность. Увеличивается количество беременных, имеющих доброкачественные опухоли матки. Это связано с тенденцией к омоложению заболевания и повышением возраста женщин, реализующих репродуктивную функцию. Однако у беременных с миомой тела матки фетоплацентарная недостаточность, задержка развития плода, преэклампсия наблюдается не чаще, чем у беременных без миомы матки. Консервативная миомэктомия во время беременности является операцией непростого выбора, позволяющая сохранить беременность тогда, когда дегенеративные изменения в узле не поддаются консервативной терапии и угрожают жизни беременной. При беременности рост узлов отмечен в основном у пациенток с высоким содержанием

рецепторов к прогестерону. Беременные с миомой тела матки составляют группу высокого риска, требующие тщательной прегравидарной подготовки и возможно лечения а также особого внимания врача женской консультации с персонифицированной гинекологической и акушерской тактикой.

Литература

- 1.Адамян Л..В.,Кулаков В.И. Эндометриозы и миома матки-М. 2006.
- 2.Дуда В.И.Оперативная гинекология-2004.
- 3.Кулаков В.И.,Савельева Г.М.Национальное руководство по гинекологии.2009.
- 4.Под редакцией РАМНП Г.М.Савельевой “Гинекология” Москва-2007.
- 5.Стрижаков А.И.,Давидов А.И.,Пашков В.М.,Бахтияров К.Р. “Органосберегающее хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки” 2003.
- 6.[http://myoma .by. ru./surgery/pokaz. Htm](http://myoma.by.ru/surgery/pokaz.htm)
- 7.Al-Fozan H., Tulandi T., // Obstetr .Gynekol. Suvr-2002.-Vol .57№12p.
- 7.Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2003. — С. 236.