Оглавление

Введение

. Актуальность проблемы миомы матки

. Цель исследования

. Задачи исследования

. Список сокращений

Глава I. Теоретическая часть

.1 Анатомия матки

.2 Патологическая анатомия миомы матки

.3 Классификация миомы матки

.4 Миома матки при беременности

.5 Этиология миомы матки при беременности

.6 Патогенез миомы матки при беременности

.7 Особенности течения беременности с миомой матки

.8 Степени риска осложненного течения беременности и противопоказания к сохранению ее при миоме матки

.9 Диагностика миомы матки при беременности

.10 Лечение миомы матки при беременности

.11 Ведение родов и послеродового периода у больных с миомой матки

Глава II. Практическая часть

Заключение

Список использованной литературы

Приложение

Введение

. Актуальность проблемы миомы матки

Миома матки является одним из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолевых заболеваний женской половой системы и оказывает значительное неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье женщины. По данным различных авторов, сочетание миомы матки с беременностью колеблется в пределах от 0,5 % до 6% наблюдений. Исследования, проводимые в последние годы, указывают на тенденцию к «омоложению» данной патологии, возрастает число женщин, страдающих миомой матки в возрасте до 30 лет, то есть в активном репродуктивном периоде. Нередко у женщин (20-25 лет) миома матки характеризуется быстрым ростом, образованием множественных миоматозных узлов, увеличением их размеров во время беременности, что в значительной степени осложняет течение беременности и родов.

Значимость проблемы также обусловлена прогрессивно увеличивающимся удельным весом этой патологии в структуре осложнений течения беременности: угрозы прерывания в различные сроки беременности, самопроизвольных абортов, преждевременных родов, плацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода, аномалий положения и предлежания плода, нарушения питания и некроза миоматозных узлов. Роды и послеродовый период у беременных с миомой матки нередко осложняются несвоевременным излитием околоплодных вод, слабостью и дискоординацией родовой деятельности, ранними послеродовыми кровотечениями и субинволюцией матки.

В настоящее время в литературе имеется ряд публикаций, посвященных изучению клинического течения беременности и ведения родов у женщин с сопутствующей миомой матки. Однако недостаточно изучены взаимосвязи между клиническими проявлениями и формой миомы матки, особенно при простом и пролиферирующем вариантах ее развития, при больших размерах миоматозных узлов, наличии множественного миоматозного изменения матки. Недостаточно изучены вопросы прогнозирования осложнений и исхода беременности у пациенток с миомой матки на этапе её планирования, во время уже имеющейся беременности, что имеет важное практическое значение в прогнозе ожидаемых осложнений беременности и определения тактики при планировании беременности.

Комплексное изучение влияния простой и пролиферирующей миомы матки, единичных и множественных узлов, особенностей локализации, характера кровотока в узлах позволит разработать объективные критерии для прогнозирования возможных осложнений беременности, дополнить представления о влиянии различных форм и вариантов развития миомы матки на течение беременности, родов и послеродового периода, а также определить показания к миомэктомии при планировании беременности.

2. Цель исследования

Изучить особенности течения беременности с миомой матки, степени риска осложненного течения беременности и противопоказания к сохранению ее при миоме матки

. Задачи исследования

1. Провести анализ течения беременности у женщин с миомой матки.

. Оценить внутриутробное состояние плода у беременных с различными вариантами миомы матки.

. Разработать модели прогноза исхода и осложнений беременности при миоме матки.

. Обосновать показания к миомэктомии при планировании беременности.

. Уточнить целесообразность проведения миомэктомии при выполнении операции кесарева сечения.

Список сокращений

АД - артериальное давление

АФП - альфа-фетопротеин

ВУИ - внутриутробные инфекции

ИЦН - истмико-цервика́льная недостаточность

КСК- конечная скорость кровотока

КТГ-контроль за состоянием плода

ММ - миома матки

МПК- маточно-плацентарный кровоток

РАРР-А - плазменный протеин-А

СЗРП- синдром задержки развития плода

СОЭ -скорость оседания эритроцитов

УЗИ - ультразвуковое исследование

ФПН- фетоплацентарная недостаточность

ХГ- хориони́ческий гонадотропи́н

ЦНС - центральная нервная система

ЧСС - частота сердечных сокращений

ЭКГ- электрокардиогра́фия

Глава I. Теоретическая часть

1.1 Анатомия матки

Развитие матки начинается в ранние сроки. Вначале формируется шейка, затем тело матки, которые разграничиваются на 4-5 месяце. Особенно интенсивный рост отмечается на 6 месяце и в конце внутриутробного периода. К 27-28 неделе завершается гистогенез миометрия, пролиферативные изменения заканчиваются к 32 неделе .

Матка представляет собой полый гладкомышечный орган грушевидной формы, уплощенный в переднезаднем направлении. Размеры матки значительно изменяются в различные возрастные периоды.

Длина матки у нерожавших женщин 7-8 см, у рожавших - 8-9 см, ширина на уровне дна 4-5 см, переднезадний размер 2,5 см, толщина мышечной стенки около 1,2 см. Масса матки колеблется от 30 до 100 г. Матка состоит из тела и шейки, между которыми выделяется перешеек.

В норме тело матки и шейка находятся под углом, открытым кпереди. В теле матки различают дно, переднюю и заднюю стенки, правое и левое ребра. Шейка матки длиной обычно не более 3 см, имеет коническую форму у нерожавших и цилиндрическую у рожавших женщин. Шейка делится на две части: надвлагалищную и влагалищную.

Полость матки имеет форму треугольной щели, длина которой около 7-8 см. Стенка матки представлена тремя слоями: внутренним - слизистой оболочкой (эндометрий); средним - мышечным (миометрий), который представляет собой густое сплетение обильно кровоснабженных пучков гладкой мускулатуры, и наружным - серозным (периметрии). В миометрий различают наружный слой, направление которого преимущественно продольное, средний, где направление циркулярное и косое, и внутренний - с продольным расположением волокон. Считают, что в теле матки более развит циркулярный, а в шейке - продольный слой.

От дна матки в области ее верхнего угла справа и слева отходят маточные трубы, направление которых сначала горизонтальное. По мере приближения к нижним полюсам яичника они несколько смещаются кпереди так, что, огибая верхний его край, полностью закрывают яичники собой и своей брыжейкой.

Длина трубы в среднем 10-12 см. Различают четыре основных ее отдела. Маточная, или интерстициальная, часть трубы является внутристеночной, самой узкой; длина ее обычно не превышает 2 см. Перешеечная часть - короткий отрезок, образующийся после выхода трубы из стенки матки. Стенка трубы в этом месте толще, чем на всем остальном ее протяжении. Ампулярный отдел - наибольшая часть (длиной около 8 см) - представляет собой постепенно расширяющийся отрезок трубы, достигающий в поперечнике 1 см. Фимбриальная часть - самый широкий конечный отдел трубы с множеством выростов (фимбрий), окаймляющих брюшное отверстие трубы. Стенка маточной трубы делится на четыре слоя: серозную оболочку, непостоянную подсерозную - рыхлую соединительнотканную, мышечную, состоящую из наружного, внутреннего продольного пучков и среднего циркулярного, и слизистую, которая образует в просвете трубы продольно расположенные складки.

Яичник, как и маточная труба, - парный орган. Располагается в углублении париетальной брюшины, называемом яичниковой ямкой. Форма яичника овоидная, он как бы сплюснут спереди назад. Та сторона яичника, которая обращена в полость таза, называется внутренней поверхностью, противоположная - наружной. Размеры его в норме около З\*2\*1,5 см.

Посредством собственных связок, представляющих собой плотные фиброзно-гладкомышечные тяжи, проходящие между листками широкой маточной связки, яичники прикрепляются к углу матки. С помощью подвешивающих связок они фиксируются к боковым стенкам таза. Эти связки представляют собой складки брюшины, натянутые между боковыми стенками таза, поясничной фасцией и верхним (трубным) концом яичника.

1.2 Патологическая анатомия миомы матки

Миома матки - (лейомиома, фибромиома, фиброма) наиболее частая зрелая опухоль мышечного слоя матки. Встречается у женщин после 35 лет, чаще в позднем репродуктивном возрасте и в пременопаузе. Современная медицина не исключает взаимосвязи роста миомы и гиперэстрогении (повышенного уровня эстрогенов в крови). однако более важное значение имеет прогестерон. Часто миома матки клинически ни чем не прояляется, однако даже небольшая опухоль деформирующая полость матки способна вызвать кровотечение. Макроскопически узел лейомиомы имеет сферическую форму, консистенция опухоли плотная, на резрезах белесовото-серого цвета, строение волокнистое, нередко встречаются кровоизлияния и некроз ткани опухоли. Микроскопически ни чем не отличается от таких же опухолей в других органах. Состоит из разнонаправленных пучков гладкомышечных клеток, между пучками соединительная ткань. В ткани лейомиомы часто наблюдаются дистрофические процессы, чаще гиалиноз, отек, отложения извести. Связи между этими изменениями и клиникой нет, одноко кровоизлияния в ткань узла может сопровождаться болями внизу живота.

Макроскопически миома представляет собой плотную (фибромиома <http://ginekol.com/index.php?id=1275>) или мягковатую (лейомиому) опухоль.

.3 Классификация миомы матки

В зависимости от расположения узлов выделяют (рис.)

• субмукозную (подслизистую) миому;

• интерстициальную (интрамуральную) миому;

• субсерозную (подбрюшиннуто) миому;

• шеечную миому;

• узел на ножке.

Часто наблюдается множественная миома матки. Отдельные узлы имеют разные размеры, отделены друг от друга нормальным миометрием. Миома матки может достигать гигантских размеров: описан случай, когда масса матки с опухолью достигала 27,6 кг. Миоматозные узлы обычно сильно деформируют матку. Истинной капсулы миома матки не имеет, но обычно достаточно четко отграничена от окружающего миометрия, что позволяет ее вылущить. Окружающий миометрий эта опухоль не инфильтрирует. Кровоснабжение миоматозного узла обычно осуществляет одна крупная артерия. На разрезе узел имеет характерное слоистое строение. При нарушении кровоснабжения опухоли в узле развиваются дегенеративные изменения. Во время активного роста миоматозного узла, например, во время беременности, вследствие острого нарушения кровообращения наступаеткрасная дегенерация. Может проявляться внезапным появлением болей и болезненностью в области матки в сочетании с незначительным повышением температуры тела и лейкоцитозом. Симптомы и признаки дегенерации обычно исчезают в течение нескольких дней, необходимость в хирургическом вмешательстве возникает редко. При постепенном росте узла, опережающем возможности кровоснабжения, развивается гиалиновая дегенерация. При возникновении некроза узла в центре формируются кистозные полости, которые называются кистозной дегенерацией. Завершающим этапом данного процесса являетсякальцификация миоматозного узла. Калъцификаты обычно выявляются случайно у женщин в постменопаузе при УЗИ или рентгенографии органов брюшной полости. Крайне редко возникает такое осложнение, как злокачественная или саркоматозная дегенерация миоматозного узла.

Кистозная дегенерация и некроз обнаруживаются в 60% миоматозных узлов. Увеличение числа митозов в опухоли наблюдается во время беременности, у женщин, получающих прогестагены, в участках, граничащих с некрозом.

1.4 Миома матки при беременности

Сочетание миомы матки и беременности относится к непростой проблеме. С одной стороны, беременность и роды у пациенток с миомой матки протекают без особых осложнений, с другой - могут возникать ситуации, требующие досрочного и оперативного родоразрешения с последующим удалением матки. Исходом осложненной беременности может быть рождение незрелого, больного ребенка с нарушением физического и/или нервно-психического развития в последующие годы.

Миома матки, в большинстве случаев оказывает определенное негативное влияние на характер течения беременности, что чаще всего сопровождается фетоплацентарной недостаточностью и угрозой прерывания беременности. В наибольшей степени это выражено при расположении плаценты в проекции миоматозного узла, что проявляется нарушением строения и функции плаценты, и влечет за собой недостаточное поступление к плоду кислорода и питательных веществ, и в некоторых случаях - задержку развития плода. В этом случае возможна также и преждевременная отслойка плаценты, сопровождающаяся кровотечением.

Зачатие

Трудности при зачатии, обусловленные миомой, объясняются самыми разными факторами, среди которых сдавливание маточных труб, затрудняющее передвижение сперматозоидов, нарушение овуляции. Саму по себе миому не считают причиной бесплодия, однако, если все установленные причины бесплодия устранены, удаление миомы значительно повышает вероятность зачатия. Правда, это касается миом, размер которых меньше 12-ти недельной беременности 1. Если же миома большая и деформирует полость матки, сохранить способность к деторождению при ее удалении достаточно сложно, тем более что такая операция может сопровождаться кровотечением, иногда требующим удаления матки.

Первый триместр беременности

Серьезные осложнения возникают в том случае, если имеется контакт миомы с плацентой (т.е. при плацентации в области миоматозных узлов). Кроме того, имеет значение размер узлов (у большинства женщин с небольшими миоматозными узлами во время беременности не наблюдается никаких осложнений и заболевание протекает бессимптомно). У пациенток с миомой матки чаще происходят самопроизвольные аборты. Это связывают с увеличением сократимости матки (дело в том, что при разрушении миомы из нее высвобождаются простагландины - физиологически активные вещества, вызывающие сокращение гладкой мускулатуры, в том числе мускулатуры матки) и нарушениями кровообращения в матке, а также с нейроэндокринными нарушением, хроническими инфекционными заболеваниями, процессами, проявляющимися разрастанием слизистой оболочки матки (гиперплазия, полипоз эндометрия).

Второй и третий триместры беременности

Считается, что при наличии миомы увеличивается риск самопроизвольного аборта и преждевременных родов. Это связывают с уменьшением свободного места для ребенка в матке за счет миоматозных узлов, а также с повышением сократительной активности матки. Как правило, чем больше размер миомы, тем выше вероятность преждевременных родов. Опять-таки, имеет значение месторасположение миомы и наличие ее контакта с плацентой. Миома больших размеров оказывает определенное влияние и на рост и развитие плода. Так, имеются случаи рождения детей с деформацией черепа и кривошеей, по-видимому, обусловленными давлением миомы. У беременных с большими миомами чаще рождаются дети с низким весом.

Роды Есть мнение, что миома влияет на течение родов. Действительно, примерно у половины беременных с миомами отмечаются затяжные роды. Кроме того, при наличии миомы чаще возникает необходимость родоразрешения путем кесарева сечения. Хотя сама по себе миома, как правило, не представляет истинного препятствия рождению плода, миоматозные узлы (особенно большие) часто сочетаются с аномалиями положения и предлежания плода (поперечное положение, тазовое и лицевое предлежание), при которых естественное родоразрешение не представляется возможным. В некоторых случаях - например, если область разреза при кесаревом сечении приходится на миому, врач может удалить опухоль. У пациенток с миомами чаще происходит отслойка плаценты (особенно если миома расположена позади плаценты - ретроплацентарно). Врачи обязательно учитывают это при ведении родов.

Послеродовой период

С наличием миомы могут быть связаны как ранние, так и поздние послеродовые осложнения. К ранним относятся послеродовые кровотечения, связанные с пониженным тонусом матки, плотное прикрепление и приращение плаценты; к поздним - неполная инволюция матки (когда матка не уменьшается до «исходных» размеров), инфекционные заболевания.

.5 Этиология миомы матки при беременности

Причинами тяжелых осложнений беременности и родов могут быть не только сама миома (ее большие размеры, неблагоприятная локализация, нарушение питания узла опухоли), но и те причины, которые вызвали ее возникновение, рост и развитие. Миома матки не возникает у здоровых женщин.

К опухолевой трансформации незрелых миоцитов приводят соматические мутации клеток после перенесенных и сопутствующих гормональных нарушений, нейроэндокринно-обменных и воспалительных заболеваний, а также гипоксические, дистрофические и травматические повреждения матки как следствие внутриматочных вмешательств (аборты, выскабливания, воспалительные процессы).

Осложняющими факторами являются последствия миомэктомий, которые почти всегда сопровождаются спаечным процессом и образованием рубца на матке.

С миомой матки часто сочетаются воспалительные процессы и опухоли яичников, дисгормональные заболевания молочных желез, гипофункция щитовидной железы и коры надпочечников.

В последние годы обращает на себя внимание наличие миомы матки у молодых женщин (22- 29 лет). Как правило, это наследственные миомы матки. Если у матери пациентки миома матки была диагностирована в позднем репродуктивном или даже в пременопаузальном возрасте, то у ее дочери миома матки выявляется на 10-15 лет раньше. Причем у молодых женщин миомы матки нередко носят активный характер (быстро растут, сопровождаются выраженными клиническими признаками).

Чаще всего миома матки возникает у первородящих позднего репродуктивного возраста с отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом. У этих женщин от начала половой жизни до первой беременности нередко проходит 15-20 лет. И в эти годы женщина, как бы уклоняясь от беременности, применяет длительную контрацепцию, переносит множество урогенитальных инфекций, имеет не менее трех-пяти соматических хронических заболеваний. Характерным для этой распространенной опухоли матки является также бесплодие или неоднократные аборты, стрессовые ситуации, психические напряжения и потрясения, истощающие функцию щитовидной железы и коркового вещества надпочечников.

Следует еще раз подчеркнуть, что преморбидным фоном развития миомы матки в любом возрасте являются соматическая мутация клеток, как следствие отягощенной наследственности, перенесенных соматических и гинекологических заболеваний, а также нарушение интегративных взаимоотношений в эндокринной, иммунной, нервной и гемостатической системах.

1.6 Патогенез миомы матки при беременности

Изменения миоматозных узлов. Наиболее частыми осложнениями во время беременности являются вторичные изменения в миоматозных узлах. Чаще всего это касается простых миом, которые имеют мало сосудов, располагаются подбрюшинно, иногда на тонкой ножке, которая может перекрутиться. Нарушение питания миоматозных узлов может произойти при длительном повышении тонуса матки, чрезмерной физической активности, повышении артериального давления, отеках беременных. При этом нарушается отток венозной крови.

При нарушении питания миоматозных узлов во время беременности могут возникнуть дегенеративные изменения: красная, гиалиновая и кистозная.

Острое нарушение питания в узлах опухоли вызывает красную дегенерацию, которая выражается в множестве кровоизлияний в ткани миомы. При быстром росте миоматозных узлов, когда увеличение их размеров опережает возможности кровоснабжения, возникает гиалиновая дегенерация, образуются полости, заполненные геморрагическим содержимым.

Изменения плацентарного ложа. Наиболее выраженные нарушения физиологического течения беременности наблюдаются при расположении плаценты в проекции крупного межмышечного миоматозного узла ("плацента на узле").

Анатомическое совпадение плацентарного ложа с большим межмышечным миоматозным узлом вызывает ряд патологических изменений в матке и плаценте.

Нарушается ангиоархитектоника сосудов субплацентарной зоны миометрия. Спиральные сосуды становятся менее извитыми, короткими. Количество анастомозов снижается. В отдельных участках плацентарного ложа наблюдается тромбоз и кровоизлияния.

При наличии факторов риска нередко имеет место гипоплазия плаценты, что клинически проявляется плацентарной недостаточностью.

Наблюдаются следующие морфологические изменения в плаценте:

Происходит увеличение объема межворсинчатого фибриноида, частичная остановка развития ворсин.

Преобладают патологическая незрелость и хаотичность склерозированных ворсин.

Образуются участки псевдоинфарктов с отложением фибриноида. Наряду с этим усиливаются признаки компенсаторных реакций, возрастает ангиоматоз терминальных ворсин, увеличивается количество синцитиальных почек.

В субплацентарной зоне (плацентарное ложе) матки происходят существенные изменения: полные гестационные преобразования маточно-плацентарных артерий миометральных сегментов в результате второй волны инвазии цитотрофобласта отмечены лишь в 44 % сосудов. В 56 % имеет место лишь частичная гестационная перестройка артериальных сосудов. Степень их выраженности зависит от размеров миом. Чем больше узел, тем менее выражены необходимые гестационные преобразования маточно-плацентарных артерий.

При центрипетальном росте миоматозного узла наблюдается истончение мышечной оболочки между децидуальной оболочкой и миомой. Возможно истинное врастание ворсин хориона в миометрий.

Установлено, что наиболее тяжелые реологические нарушения в плаценте развиваются непосредственно перед родами, когда повышаются тонус и возбудимость матки. В связи с этим у беременных, отнесенных к высокому риску, оптимальным сроком родоразрешения путем кесарева сечения являются 38-39 нед гестации.

1.7 Особенности течения беременности с миомой матки

В настоящее время благодаря внедрению в практику новых методов диагностики почти у каждой третьей женщины в возрасте 30-35 лет выявляется миома матки. Поскольку у большинства пациенток с миомой матки фертильность сохранена, абсолютное число женщин, имеющих беременность при наличии миомы, постоянно возрастает. В связи с включением в первичный осмотр УЗИ отмечен рост частоты этой патологии. Частота обнаружения миомы матки у беременных достигает 7%. Для развития беременности необходимо повышенное образование как эстрогенов, так и (в еще большей степени) прогестерона - и то, и другое существенно влияет на состояние миомы. Кроме того, помимо гормональных, при беременности происходят и чисто механические изменения - увеличение и растяжение мышечной оболочки матки, интенсификация кровотока в стенке матки.

Влияние этих изменений на уже существующую миому зависит от того, где именно и как она расположена, в какой степени «захватила» матку. Принято считать, что миома во время беременности растет, однако есть мнение, что это не истинный, а кажущийся рост, связанный с ростом матки в целом. В основном незначительное увеличение размеров миомы наблюдается в первом и втором триместрах, а в третьем все миомы становятся меньше. В целом по-прежнему остается неясным, в каких случаях миома растет при беременности, какие факторы на это влияют. Ряд авторов сообщают, что во время беременности наблюдается другое явление - так называемая дегенерация (т.е. разрушение) миомы.

Разрушение миомы связано с очень неприятными процессами - некрозом тканей миомы, образованием отеков, кист, кровотечениями и т.д. Дегенерация может произойти на любом сроке беременности, а также в послеродовой период, это зависит от расположения миомы. Причины дегенерации до конца не ясны: видимо, имеют значение как гормональные (повышенное содержание прогестерона), так и сосудистые, и механические (нарушение кровоснабжения опухоли из-за тромбоза питающих миому кровеносных сосудов) изменения. Таким образом, женщины с миомой матки нуждаются в прегравидарной подготовке, а в последующем при наступлении беременности должны составлять группу высокого риска для дифференциального подхода ведения их в процессе гестации.

В процессе наблюдения за беременными необходимо проводить комплексное клиническое и лабораторное обследование с использованием ультразвуковых, доплерометрических, гормональных методов исследования, определение синтетической функции плаценты, динамическая оценка фетаплацентарного комплекса, состояние системы гемостаза, морфологическое исследование последа, обращать внимание на следующие особенности: локализацию миоматозных узлов, их структуру, расположение плаценты, тонус и возбудимость миометрия. Течение беременности, акушерская тактика, а также методы родоразрешения при этом имеют свои особенности. У беременных чаще обнаруживаются субсерозные или межмышечные (интерстициальные) узлы, так как при локализации узлов подслизистой оболочкой (субмукозные узлы) нередко бывает бесплодие или беременность прерывается в раннем сроке, следует учитывать, что отягощенными факторами течения беременности являются: локализация плаценты в проекции миоматозных узлов, наличие крупных узлов миомы, субмукозный и центрипетальный их рост, интенсивный рост узлов, локализация в дне и нижнем сегменте матки, множественная миома матки.

К особенностям течения беременности при ее сочетании с миомой матки относится угроза прерывания в различные сроки гестации. В первом триместре это связывают с увеличением сократимости матки (дело в том, что при разрушении миомы из нее высвобождаются простагландины - физиологически активные вещества, вызывающие сокращение гладкой мускулатуры, в том числе мускулатуры матки) и нарушениями кровообращения в матке, а также с нейроэндокринными нарушением, хроническими инфекционными заболеваниями, процессами, проявляющимися разрастанием слизистой оболочки матки (гиперплазия, полипоз эндометрия), во втором триместре - с уменьшением свободного места для ребенка в матке за счет миоматозных узлов, а также с повышением сократительной активности матки.

Как правило, чем больше размер миомы, тем выше вероятность преждевременных родов. Имеет значение месторасположение миомы и наличие ее контакта с плацентой. Миома больших размеров оказывает определенное влияние на рост и развитие плода. Так, имеются случаи рождения детей с деформацией черепа и кривошеей, по-видимому, обусловленными давлением миомы. К наиболее частым осложнениям беременности относятся ФПН, СЗРП, хроническая гипоксия плода, быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, отслойка плаценты, особенности в тех случаях, когда она частично расположена в области миоматозного узла, неправильные положения и предлежания плода, что является причиной нарушения адаптации новорожденного и дальнейшего развития ребенка.

Одним из ведущих факторов патогенеза ФПН у женщин с миомой матки, отнесенных к группе высокого риска, являются гемодинамические нарушения в системе «мать-плацента-плод», при которых плацентарный кровоток снижается почти вдвое за счет недостаточного поступления крови и затруднения ее оттока из межворсинчатого пространства. Изменение нормальных показателей конечной скорости кровотока (КСК) - неспецифическое проявление патологических состояний плода, причем во многих случаях предшествующее появлению клинических симптомов. Важно, что это относится к основным патологическим состояниям: ФПН, гипоксии и гипотрофии. Одновременно исследования КСК в маточных артериях и сосудах плода позволяет дифференцированно подходить к оценке патогенетических вариантов плацентарной недостаточности и рационально решать вопросы акушерской тактики.

1.8 Степени риска осложненного течения беременности и противопоказания к сохранению ее при миоме матки

Первоначально остановимся на факторах риска, которые далее суммируются в степень низкого или высокого риска.

Особенности анамнеза. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (бесплодие, индуцированная беременность, рождение больного или нежизнеспособного ребенка).

Наличие рубцов на матке после консервативной миомэктомии, кесарева сечения, консервативно-пластических операций.

Сопутствующие заболевания и их особенности (нейроэндокринные, хронические воспалительные, сосудистые, варикозное расширение вен, в том числе вен малого таза).

Локализация и расположение миоматозных узлов. Подбрюшинные, межмышечные, центрипетальный рост, расположение в дне, теле матки или в шеечно-перешеечной области, нижнем сегменте матки.

Размеры наибольшего миоматозного узла. До 4 см в диаметре миома относится к небольшим, 5-6 см - к средним, 7-8 см и более к большим размерам.

Выраженность миоматозного изменения матки, которая определяется количеством миоматозных узлов. Наличие 1-4 миоматозных узлов относится к умеренной степени выраженности, 5 миом и более - к выраженной степени миоматозного изменения матки.

Форма роста миомы матки. Наиболее неблагоприятный - центрипетальный рост опухоли или наличие субмукозного миоматозного узла, деформирующих полость матки, что относится к риску нарушения состояния плода.

Расположение плаценты по отношению к межмышечному миоматозному узлу крупных размеров. Локализация плаценты в проекции межмышечного миоматозного узла является фактором риска развития плацентарной недостаточности.

Наличие вторичных изменений в узлах опухоли (отек, гиалиновая или красная дегенерация, некроз), при которых повышается тонус матки, происходит нарушение микроциркуляции, затруднение венозного оттока. Все это способствует угрозе преждевременного прерывания беременности. Наличие выраженного миоматозного изменения матки, наличие больших размеров опухоли могут вызвать синдром "обкрадывания" плода, когда значительная часть крови потребляется на кровоснабжение миом матки.

Гистотип опухоли (простая и пролиферирующая миома матки).

Возраст пациентки. В соответствии с возрастными общими изменениями у первородящих 30-35 лет и старше происходят процессы "старения миоцитов". Часть так называемых нормальных "средних" миоцитов, которые относятся к зрелым, обладают типичными морфофункциональными свойствами (способностью к растяжению и сокращению), замещается более хрупкими и ригидными миоцитами больших размеров. Большие миоциты являются конечными клетками мышечной дифференцировки, чувствительны к повреждающим факторам. В полной мере они не способны к адаптации (растяжению, сокращению). Эти клетки присущи миометрию женщин в 40-50 лет. Если до 30-35 лет у женщины не было беременностей и родов, матка не претерпевала изменений, обусловленных гестационным процессом (не растягивалась, не сокращалась), большие миоциты появляются раньше, в 30-35 лет, что свидетельствует о преждевременных процессах "старения" матки. Чаще всего это наблюдается у "пожилых" первородящих, так как организация структуры гладких мышц определяется прежде всего функциональной активностью и сократительной (моторной) деятельностью матки. Акушеры выделяют поздний возраст (30- 35 лет и более) у первородящих как фактор риска функциональной неполноценности матки, при которой частым осложнением в родах являются слабость родовой деятельности, гипотония матки и другие осложнения, обусловленные снижением сократительной деятельности матки.

Наследственность по опухолевым заболеваниям. Наследственные миомы матки у дочерей возникают на 10-15 лет раньше, чем у их матерей. Чаще всего такие миомы относятся к пролиферирующему гистотипу. Беременность при простой миоме матки протекает без особых осложнений, так как этот вариант развития миомы относится к бессимптомному, спокойному и отличается наименьшим количеством нарушений в системах регуляции, в том числе на уровне молекулярно-биологических клеточно-межклеточных отношений.

Рекомендуется сохранять беременность у больных с миомой матки низкой степени риска. При высоком риске осложненного течения беременности и родов к вопросу о сохранении беременности следует подходить индивидуально.

Принимают во внимание следующие факторы:

Настойчивое желание женщины иметь ребенка, когда никакие доводы врача об определенной степени риска беременности для пациентки не имеют значения.

Позднее поступление под врачебное наблюдение в сроки более 22-24 нед беременности, когда плод жизнеспособен.

Длительное бесплодие и неожиданное наступление настоящей беременности.

Невозможность прервать беременность через естественные родовые пути, кроме малого кесарева сечения (шеечно-перешеечное расположение миоматозного узла, полное предлежание плаценты, центрипетальный рост низкорасположенной миомы и др.).

Предельно поздний репродуктивный возраст (39-42 года) первородящей больной с миомой матки. При позднем возрасте настоящая беременность может оказаться единственной в жизни пациентки, что накладывает на врача особую ответственность.

Противопоказания к сохранению беременности у больных с миомой матки высокого риска следующие.

Подозрение на саркому, злокачественную опухоль любой локализации.

Подслизистая локализация миоматозного узла, нарушающая состояние и рост плода. Беременность при подслизистой миоме матки может наступить, но редко сохраняется.

Некроз миоматозного узла (распространение воспалительного процесса по всей матке).

Шеечно-перешеечная локализация миоматозного узла больших размеров (органическая ИЦН, реальная угроза выкидыша, ВУИ плода, кровотечения).

Наличие очень больших размеров миоматозных узлов (более 15 см в диаметре), их низкое расположение и множественное количество.

Большие размеры миоматозно-измененной матки: в I триместре размеры матки соответствуют величине ее при 20-- 22-недельной беременности.

Очень поздний возраст первородящей (старше 43-45 лет) в сочетании с факторами высокого риска.

Неудовлетворительное здоровье пациентки.

.9 Диагностика миомы матки при беременности

Прежде всего необходим тщательный сбор анамнеза. Важно выяснить возможность наследственной миомы матки, которая чаще всего относится к пролиферирующему варианту развития. Оценить количество и исход предыдущих беременностей и родов. К неблагоприятным факторам анамнеза относят: бесплодие, индуцированную беременность, неразвивающуюся беременность, рождение больного ребенка, мертворождение, а также преждевременное прерывание беременности.

При общеклиническом обследовании следует оценить общее состояние здоровья, признаки нейроэндокринных и воспалительных заболеваний, в том числе мочевыделительной системы (пиелонефрит, кольпит).

При брюшностеночно-вагинальном и ректальном исследовании необходимо уточнить размеры, локализацию и величину миоматозных узлов, в том числе низкорасположенных, при которых может возникнуть ИЦН (риск преждевременного прерывания беременности и инфицирования плода).

Обязательным методом исследования является УЗИ, позволяющее обнаружить:

количество миоматозных узлов;

их локализацию (в том числе по задней стенке матки);

характер и направление роста (межмышечные, подбрюшинные, подслизистые, центрипетальный рост, деформирующий полость матки);

размеры (по наибольшему диаметру в сантиметрах);

структуру (плотный узел, размягчение, свидетельствующее о наличии полостей).

расположение плаценты по отношению к межмышечным миоматозным узлам.

Эхографическое исследование в I триместре позволяет своевременно выявить беременность, уточнить ее срок, соответствие размеров эмбриона (плода) гестационному возрасту, обнаружить многоплодную беременность, определить место имплантации плодного яйца и локализацию ворсинчатого хориона, исследовать ультразвуковую анатомию плода, обнаружить признаки осложненного течения беременности (отслойку хориона, локальный гипертонус матки, расширение внутреннего зева). Все это необходимо оценить при первом УЗИ.

УЗИ осуществляют трансабдоминальным и трансвагинальным методами.

Следует оценить наличие и частоту сердечной деятельности плода (в норме ЧСС плода составляет 110-130 уд/мин). Урежение ЧСС плода является неблагоприятным признаком, указывающим на нарушение его развития.

Важно своевременно диагностировать врожденные пороки и наследственные заболевания плода, которые, по нашим, встречаются в 2 раза чаще у больных с миомой матки, чем в общей популяции. Причиной являются мутации соматических клеток как следствие многих перенесенных и сопутствующих заболеваний, столь характерные для больных с миомой матки, поздний возраст первородящих, а также так называемые случайные мутации.

С этой целью используют оценку ширины воротниковой зоны и биохимический скрининг (АФП, ХГ, неконъюгированный Э3).

Наиболее эффективными маркерами синдрома Дауна в I триместре являются РАРР-А и свободная фракция β-ХГ. Оптимальным сроком биохимического скрининга является 12-14 нед беременности.

Во время беременности проводят три обязательных УЗИ:

в 10-14 нед;

в 20-24 нед;

в 32-34 нед.

Целью второго скринингового УЗИ является диагностика нарушения развития плода (20- 24 нед беременности), что включает оценку анатомии плода, визуализацию его внутренних органов, состояние МПК. Вторая волна инвазии цитотрофобласта заканчивается к 16-18 нед, когда сформирована сосудистая маточно-плацентарная сеть с низкорезистентным кровотоком. Задержка или недостаточность второй волны инвазии трофобласта вызывает снижение кровотока в маточно-плацентарных артериях (с одной или с двух сторон).

Следствием нарушения этих процессов является плацентарная недостаточность.

Таким образом, в 20-24 нед необходимо исследование спектра кровотока в маточных артериях. Чувствительность метода не превышает 25- 30 %, но специфичность высокая - 94-96 %.

Третье УЗИ в 32-34 нед позволяет выявить внутриутробные пороки развития плода с поздней манифестацией (аномалии мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, дисплазии скелета).

С 32 нед производят КТГ-контроль за состоянием плода.

Следует подчеркнуть, что представленные биохимические и ультразвуковые параметры указывают только на риск наличия хромосомных аномалий и возможность внутриутробных пороков развития плода.

Исследование плаценты включает оценку ее локализации, толщины, структуры и степени зрелости. Ультразвуковые стадии созревания:

О стадия - обнаруживается в сроки беременности до 30 нед;стадия - 31-34 нед (варианты 27-26 нед);стадия - 35-37 нед (варианты 34-39 нед);стадия - 38-40 нед (после 37 нед, т. е. при доношенной беременности).

Несоответствие степени зрелости плаценты сроку беременности не во всех случаях свидетельствует о нарушении ее функции, однако требует более тщательной оценки состояния плода.

.10 Лечение миомы матки при беременности

Лечение больных с миомой матки зависит от проявления ряда специфических, характерных для миомы матки, и неспецифических осложнений.

Первые, специфические, осложнения следующие.

Нарушение питания и вторичные изменения в миоматозных узлах, а также некроз миоматозного узла, который бывает крайне редко при перекручивании ножки подбрюшинной миомы (чаще характерно для простой миомы).

Истмико-цервикальная недостаточность, возникающая при шеечно-перешеечных миоматозных узлах, которые препятствуют смыканию шейки матки.

Быстрое увеличение размеров миом, образование конгломерата миоматозных узлов, что характерно для пролиферирующего варианта развития опухоли.

Фетоплацентарная недостаточность как следствие расположения плаценты в проекции межмышечного миоматозного узла больших размеров, при центрипетальном росте миомы или при наличии конгломерата миом.

Тромбоз вен таза из-за сдавления миоматозными узлами больших размеров.

Разрыв матки по рубцу после миомэктомии (производимой лапароскопическим методом). В данном случае речь идет об удалении нескольких узлов, конгломерата узлов, а также о ситуациях, когда для гемостаза используют диатермокоагуляцию.

Неспецифическими осложнениями, которые нередко сопутствуют миоме матки, являются:

преждевременное прерывание беременности (выкидыш, преждевременные роды);

низкая плацентация;

преждевременная отслойка плаценты;

плотное прикрепление и истинное врастание ворсин хориона;

гестоз;

хроническая анемия.

Остановимся на некоторых осложнениях, которые встречаются наиболее часто.

Преждевременное прерывание беременности

Частота угрозы выкидыша у больных с миомой матки в первой половине беременности составляет 42-58 %. Она особенно выражена у пациенток с высоким риском, а также при пролиферирующем варианте развития опухоли. Угроза преждевременных родов составляет 12-25 %.

При угрозе преждевременного прерывания беременности у больных с миомой матки применяют те же препараты, что и у пациенток без миомы.

Необходимо по возможности выяснить причину данного осложнения. Со стороны миомы матки это может быть повышенный тонус миометрия в результате нарушения питания одного из узлов, быстрое увеличение размеров миом, низкая плацентация, частичная отслойка хориона у больных с высоким риском, недостаточность продукции прогестерона - основного гормона, сохраняющего беременность.

Во всех этих случаях с профилактической и лечебной целью необходимо назначать препараты спазмолитического, антиагрегантного и метаболического действия. К ним относятся:

магне В6: назначают по 2 таблетки 2-3 раза в день в течение 3-4 нед;

курантил: по 25 мг 2 раза в день - 4 нед;

актовегин: по 1 драже 2 раза в день - 10- 14 дней.

При гормональной недостаточности (дефицит содержания прогестерона) применяют дюфастон по 30 мг/сут, токоферола ацетат по 150 мг/сут в течение клинических признаков угрозы невынашивания беременности.

При болях рекомендуют спазмолитики (но-шпа), но при их назначении необходимо соблюдать осторожность, так как они могут вызывать укорочение и размягчение шейки матки.

Сохранять беременность "во что бы то ни стало" вряд ли оправданно. Понятие "счастливого материнства" заключается прежде всего в том, чтобы иметь здорового полноценного ребенка. У беременных с миомой матки больших размеров, центрипетального роста и низким расположением узлов опухоли имеются факторы риска нарушения нормального развития беременности, поэтому важно не допустить еще и ятрогенных осложнений. Важно соблюдать постельный или полупостельный щадящий режим, отказаться от сексуальной и физической активности. Пребывание в теплой постели улучшает в определенной степени маточно-плацентарный и почечный кровоток даже без лекарств.

Истмико-цервикальная недостаточность

При ИЦН, обусловленной низким расположением миоматозных узлов, накладывать швы на шейку матки не рекомендуется из-за опасности некроза миом. Лечение проводят по общепринятой методике:

постельный режим;

препараты токолитического действия: гинипрал по 1/4 таблетки 4-6 раз в день (1 таблетка содержит 0,5 мг вещества) или внутривенно капельно в дозе 0,075 мкг/мин. Расчет дозировки: 1 ампулу гинипрала (5 мл - 25 мкг) разводят в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5 % раствора глюкозы и вводят со скоростью 15 капель/мин. Препарат вводят автоматическим инфузионным насосом. Перед введением гинипрала необходимо сделать ЭКГ, во время лечения - контролировать пульс у матери и сердцебиение у плода.

Для предупреждения тахикардии одновременно назначают финоптин - блокатор ионов кальция, по 40 мг 2-3 раза в день.

Быстрый рост миоматозных узлов

При быстром увеличении миоматозных узлов необходимо назначение препаратов антиагрегантного действия, которые улучшают микроциркуляцию матки (курантил, актовегин).

При наличии миоматозных узлов большого размера или конгломерата узлов, множественном миоматозном измении матки может возникнуть феномен "обкрадывания плода". Образование дополнительных сосудов, питающих быстрорастущие миоматозные узлы, бывает недостаточным. Формируется редукция объема артериальной крови, поступающей из устьев маточно-плацентарных артерий в межворсинчатое пространство плаценты.

Для улучшения МПК и микроциркуляции миометрия в этих сложных случаях необходима госпитализация и проведение инфузионной терапии. Применяемые препараты должны иметь направленное действие:

снижение гипертонуса матки (спазмолитики и токолитики);

устранение гиповолемии и гипопротеинемии (введение свежезамороженной плазмы, растворов глюкозы с витаминами);

оптимизация обменных и метаболических процессов (гепатопротекторы и мембраностабилизаторы).

Плацентарная недостаточность

Плацентарная недостаточность - это прежде всего снижение кровоснабжения плаценты и кровотока в межворсинчатом пространстве, спиральных сосудах матки и пуповины. Снижаются функциональные резервы плаценты, ее гормональные и обменные функции, нарушается селективная избирательность плацентарного барьера.

Профилактика плацентарной недостаточности осуществляется с 14-16 нед беременности в группе больных с миомой матки, имеющих высокий риск. При низком риске применять какие-либо медикаментозные средства без конкретных обоснований нежелательно.

Для профилактики в группе высокого риска назначают следующие препараты.

Ацетилсалициловую кислоту по 50 мг 1 раз в день с 16-й до 37-й недели беременности.

Дипиридамол (курантил) по 25 мг 2 раза после еды. Этот препарат следует применять с осторожностью, так как возможна индивидуальная непереносимость при кардиопатиях, бронхолегочных заболеваниях, артериальной гипотонии.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым аппендицитом. При аппендиците повышение частоты пульса (100-120 уд/мин) не соответствует температуре тела, которая может быть несколько повышенной (37,1 °С) или даже нормальной. Также дифференцируют от острого пиелонефрита, который характеризуется выраженной интоксикацией, клиническими и бактериологическими признаками мочевой инфекции.

Лечение нарушения питания узлов миомы матки проводят препаратами спазмолитического действия в сочетании с антибактериальными, детоксикационными и десенсибилизирующими средствами. Контроль за лечением осуществляют с учетом клинических симптомов, данных термометрии (каждые 3 ч), общего анализа крови в динамике.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 3-5 дней, нарастании болевого симптома и интоксикации показано оперативное лечение - энуклеация узла.

Удалению подлежат в основном только подбрюшинно расположенные узлы. Попытка энуклеации межмышечных узлов во время беременности сопровождается высоким риском ее прерывания.

Показаниями к удалению матки во время беременности являются: некроз узла, перитонит, подозрение на злокачественное перерождение миомы матки, ущемление матки в малом тазе, разрыв капсулы узла, а также наличие противопоказаний к сохранению беременности.

Некроз миоматозного узла сопровождается клинической картиной "острого" живота и интоксикацией: острая локальная болезненность, тошнота, рвота, напряжение передней брюшной стенки, повышение температуры тела, недомогание, иногда может быть задержка мочеиспускания и стула.

При нарушении питания миоматозного узла необходимо ликвидировать гипертонус матки (назначение препаратов токолитического и спазмолитического действия). Следует провести антибактериальную и детоксикационную терапию. Через несколько дней клинические признаки этой патологии постепенно исчезают. Необходимость в хирургическом лечении возникает редко. При некрозе миоматозного узла (как правило, это перекрут ножки подбрюшинного узла опухоли) показана миомэктомия. Следует уклониться от соблазна удалить другие миоматозные узлы, так как при расширении объема операции с высокой долей вероятности произойдет прерывание беременности.

Интересно отметить, что миоматозные узлы во время беременности могут изменять локализацию. По мере увеличения объема полости матки происходит смещение слоев миометрия относительно друг друга, растягивается нижний сегмент, имеет место естественная ротация матки вправо. Узлы опухоли как бы перемещаются относительно оси матки в сторону, вверх или, напротив, к центру. Это зависит от смещения того слоя миометрия (наружный, срединный, внутренний), в котором находится миома. Межмышечные узлы могут становиться больше подбрюшинными или принимать центрипетальное направление, вызывая деформацию полости матки.

К тяжелым осложнениям могут привести шеечные и шеечно-перешеечные миоматозные узлы. По мере роста и увеличения размеров матки при беременности может произойти ущемление больших миом в малом тазе. Длительное давление опухоли на стенки малого таза может вызвать тромбоз вен малого таза и явиться причиной тромботических осложнений.

Миомэктомия во время беременности

Миомэктомия во время беременности является весьма небезопасной операцией в связи с реальной возможностью прерывания беременности. Производят ее только при перекруте ножки подбрюшинного узла и явлениях "острого живота". Очень редко возможен разрыв сосуда на поверхности одного из узлов миомы с симптомами острого внутрибрюшного кровотечения.

Хирургическая технология консервативной миомэктомии при беременности существенно отличается от таковой, производимой вне беременности. Это связано с необходимостью соблюдения следующих условий проведения операции.

Минимальная травматичность операции (продольный разрез передней брюшной стенки).

Выбор рационального разреза на матке, в соответствии с направлением гладкомышечных пучков матки при определенной локализации миоматозного узла.

Хороший шовный материал, обладающий минимальной аллергентностью и прочностью.

Тщательное сопоставление поверхности миометрия удаленного миоматозного узла и надежный гемостаз.

Перитонизация места миомэктомии. После проведения операции в течение 3-5 дней больным проводят инфузионно-трансфузионную терапию, включающую плазмозамещающие, кристаллоидные растворы и средства, улучшающие микроциркуляцию и регенерацию тканей. С целью профилактики инфекционных осложнений назначается курс антибиотиков. Также применяют средства, направленные на пролонгирование беременности: спазмолитики, токолитики, сульфат магния.

Абсолютным показанием к миомэктомии во время беременности является только некроз узла (повышение температуры тела, тахикардия, локальная болезненность, тошнота, рвота, нарастающий лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

По нашим данным, быстрый рост миоматозного узла во время беременности не является показанием к миомэктомии, в том числе и миомы больших размеров (более 10 см в диаметре).

.11 Ведение родов и послеродового периода у больных с миомой матки

Беременных с миомой матки необходимо госпитализировать в 37-38 нед для обследования, подготовки к родам и выбора рационального метода родоразрешения.

Ввиду того что можно своевременно не распознать наличие миоматозных узлов на задней стенке матки, их центрипетальный рост, у каждой пациентки с этой патологией не исключено оперативное родоразрешение.

Особенностями ведения родов через естественные родовые пути у больных с миомой матки, имеющих низкий риск, являются следующие положения:

Применение препаратов спазмолитического действия на протяжении активной фазы первого периода родов (открытие маточного зева 5-8 см).

Ограничение использования родостимуляции с помощью окситоцина. При необходимости усиления родовой деятельности целесообразно назначение препаратов простагландина Е2 (простин Е2), которые обладают оптимальным действием на миоматозно-измененную матку, не нарушают микроциркуляцию миометрия и систему гемостаза.

Проведение профилактики гипоксии плода в родах.

Предупреждение кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах с помощью метилэргометрина. Для этого 1,0 мл метилэргометрина разводят в 20,0 мл 40 % раствора глюкозы и вводят одномоментно внутривенно сразу после рождения последа.

Показаниями к кесареву сечению в плановом порядке являются:

Низкорасположенные миоматозные узлы (шейка, перешеек, нижний сегмент матки), которые могут явиться препятствием для раскрытия шейки матки и продвижения плода.

Наличие множественных межмышечных узлов или большой миомы (диаметром 10 см и более).

Рубец на матке после миомэктомии, состоятельность которого трудно оценить. Это обусловлено тем, что, во-первых, нередко удаляют целый конгломерат узлов, во-вторых, используют для гемостаза диатермокоагуляцию. Особенно это касается миомэктомии лапароскопическим доступом. Все эти особенности редко отражены в выписном эпикризе после миомэктомии.

Нарушение питания, приводящее к вторичным изменениям в узлах опухоли, которые после родов через естественные родовые пути могут претерпевать некротические изменения. При этом некротические воспалительные и дистрофические изменения распространяются в неизмененные участки матки (метрит).

Тазовое предлежание плода, которое может быть следствием миоматозного узла с центрипетальным ростом.

Подозрение на малигнизацию или некроз миомы (быстрый рост, большие размеры, мягкая консистенция, локальная болезненность, анемия).

Сочетание миомы матки с другими заболеваниями и осложнениями беременности, которые ухудшают прогноз для матери и плода (опухоль яичника, эндометриоз, поздний возраст женщины, данные, указывающие на пролиферирующий вариант морфотипа миомы, плацентарная недостаточность).

Показания к миомэктомии во время кесарева сечения:

Подбрюшинные узлы на ножке (все подлежат удалению в любом доступном месте).

Доминирующий межмышечный миоматозный узел средних и больших размеров. Удалять можно не более одного-двух узлов. Для зашивания места миомэктомии используют синтетические нити. Необходим тщательный гемостаз, особенно в месте отсечения узла, где всегда изменяются сосуды.

Одиночные узлы.

Вторичные изменения в одном из узлов.

Миомэктомия нецелесообразна при множественном миоматозном изменении матки, при позднем возрасте роженицы (39-40 лет и более).

Показания к последующему удалению матки во время кесарева сечения:

Множественная миома матки с различными вариантами расположения миоматозных узлов у женщин позднего репродуктивного возраста (39-40 лет и более).

Некроз межмышечного узла.

Рецидив (дальнейший рост миоматозных узлов) после ранее произведенной миомэктомии (чаще всего - это пролиферирующий вариант опухоли).

Расположение миоматозных узлов в области сосудистых пучков, нижнем сегменте матки, межсвязочная локализация, центрипетальный рост и подслизистые узлы.

При низком расположении миом, исходящих из нижнего сегмента, перешейка, шейки матки, при малигнизации (установленной при срочном гистологическом исследовании) - необходима экстирпация матки.

В послеродовом периоде у больных с миомой матки следует назначать препараты спазмолитического действия. При наличии признаков субинволюции назначают окситоцин по 0,5-1,0 мл 2-3 раза в день вместе с 2-4 мл но-шпы внутримышечно.

После миомэктомии и осложненного кесарева сечения применяют антибиотики широкого спектра действия. Используют комбинации препаратов, обладающих аэробным и анаэробным действием.

Глава II. Практическая часть

Паспортные данные

Фамилия Имя Отчество:

Возраст: 29 лет

Семейное положение: замужем

Профессия: Экономист

Домашний адрес: Гудермес

Дата поступления: 3 апреля 2014 года

Порядок поступления: по направлению вр ж/к

Клинический диагноз: Беременность 28 недель, угрожающие преждевременные роды. Миома матки.

Жалобы при поступлении:

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на постоянные боли внизу живота

Анамнез жизни:

Родилась в срок в Рязанской области. Возраст родителей при рождении пациентки: матери - 21 год, отца - 24 года. Единственный ребенок в семье. Беременность матери протекала без осложнений, роды произошли в срок, при рождении масса - 3600 г.

Наследственность: у отца лимфосаркома (умер в 45 лет).

Аллергию на пищевые продукты и лекарства отрицает, вредных привычек нет.

В настоящий момент жилищно-бытовые условия нормальные, брак зарегистрирован. Мужу 43 года, здоров.

Перенесенные заболевания, травмы и операции: В детстве: корь, ветряная оспа. Грипп - в осенне-зимний период 1 раз в год. Травм не было. В 1991 году операция по поводу внематочной беременности справа.

Объективное исследование

Общее состояние:

Удовлетворительное, рост 156 см, вес 71 кг. Телосложение нормостеническое, умеренного питания. Осанка прямая, походка ровная. Температура тела на момент осмотра 36,70С. Выражение лица спокойное. Толщина кожной складки у реберной дуги составляет 1см, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледного цвета, влажные, тургор снижен. Видимые слизистые: бледные, без посторонних высыпаний. Ногти: розового цвета, без изменений. Подкожно-жировая клетчатка: развита умеренно. Отеков на ногах, пояснице, лице нет. Молочные железы округлой формы, симметричные с сильно пигментированными ореолами. Форма шеи обычная, контуры ровные. Щитовидная железа не определяется. Пальпируется ее перешеек однородной, мягкоэластической консистенции, безболезненный, легко смещаем при глотании, не спаян с кожей и окружающими ткаными. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательные. Вторичные половые признаки соответствуют полу. Рост, телосложение, пропорциональность отдельных частей тела не нарушены. Лимфатические узлы: не пальпируются, при пальпации болезненных ощущений не возникало. Мышцы развиты умеренно, тонус снижен. При пальпации мягкие, безболезненные. Форма костей скелета правильная, без утолщений и болезненности при пальпации. Суставы подвижные, безболезненные. Объем пассивных и активных движений в суставах соответствует норме.

Органы дыхания:

При осмотре верхних дыхательных путей патологические изменения не выявлены. Грудная клетка конической формы, обе ее половины одинаково участвуют в акте дыхания, грудная клетка при пальпации эластична, резистентна, безболезненна. Тип дыхания - преимущественно грудное. Частота дыхания - 18 раз/мин., дыхание ритмичное. При перкуссии грудной клетки звук над симметричными участками легких ясный, одинаковой силы. При топографической перкуссии границы легких соответствуют норме. При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание.

Органы кровообращения:

Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота - 72 уд/мин. АД на момент курации 110/60 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 72 уд/мин, сердечных шумов нет.

Органы пищеварения:

Аппетит не нарушен, жевание и глотание не затруднено, стул регулярный, оформленный. Слизистая рта розовая, влажная, чистая. Живот увеличен за счет беременности.

Органы мочевыделения:

Мочеиспускание безболезненное. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Нервная система и органы чувств:

Сознание ясное, поведение адекватное, сон не нарушен. Жалобы на нарушения зрения, слуха отсутствуют (состояние анализаторов в норме).

Акушерско-гинекологический анамнез

Менструальная функция:

Менструации с 14 лет, установились сразу, через 26 дней по 5 дней, умеренно болезненные, среднеобильные. Характер менструаций после начала половой жизни не изменился. Первый день последней менструации - 28 октября.

Половая функция:

Половую жизнь ведет с 24 лет, брак первый, осуществляла контрацепцию презервативом.

Детородная функция:

Беременностей - 2, родов - 0. Первая беременность была внематочная, по поводу чего больной была проведена операция: удаление правой маточной трубы и стерилизация слева. Вторая беременность - настоящая.

Секреторная функция:

Патологических выделений из половых путей не отмечала.

Гинекологические заболевания:

При УЗИ - исследовании во время настоящей беременности была обнаружена миома матки.

Течение настоящей беременности по триместрам:триместр: отмечала периодическую рвоту по утрам.триместр: угроза прерывания беременности на 19-20 неделе, проявляющаяся тянущими болями внизу живота. По данному поводу была госпитализирована в 17 р. д. , где при УЗИ был выявлен узел в стенке матки.

Первое шевеление плода: конец марта 2014 года.

Акушерское исследование

Размеры таза:

Distantia spinarum 24 смcristarum 28 смtrochanterica 34 смexterna 20 см

Высота стояния дна матки 31 см.

Крестцовый ромб: равносторонний (длина диагоналей 10 см), имеет правильную форму.

Индекс Соловьева 13 см.

Окружность живота 99 см на уровне пупка, высота стояния дна матки над лоном 31 см.

V. Плод в головном прилежании.

Влагалищное исследование:

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки 3 см, плотная. Зев закрыт. Через своды определяется предлежащая часть - головка. Таз емкий.

Предварительный диагноз: Беременность 28 недель, угрожающие преждевременные роды. Миома матки

План обследования:

. Группа крови Rh

. ИППП

. RW

. ВИЧ

. УЗИ

. ОАК

. ОАМ

. Биохимический анализ

. Исследование мазка из влагалища

Проведенные обследования и их результаты :

Группа крови А (II)«+» (положит.)

ИППП методом ИФА:

Герпес I-II - отр.

Токсоплазмоз - отр.

Хламидиоз - отр.

Микоплазмоз - отр.отр.

ВИЧ- отр.

УЗИ

Визуализируется 1 плод в головном прилежании (плод мужского пола).

Размеры: БПД 71мм;

ОЖ 74 мм; соответствует сроку беременности 28 недель.

ДБ 54 мм;

Органы плода без видимой патологии.

Сердечная деятельность: определяется ритм с частотой до 140 уд/мин; обвития пуповиной не обнаружено. Плацента расположена на задней стенке матки, больше справа. Количество околоплодных вод в норме.

Тонус миометрия: 1-2

В нижнем сегменте тела матки обнаружен узел с размерами: 33х18х34 мм.

Общий анализ крови- 120 г\л

Эритроциты 4,2 х 1012

Цветовой показатель 0,90

Лейкоциты 8.5 х 109

Сегментоядерные 60%

Палочкоядерные 1%

Эозинофилы 2%

Лимфоциты 30%

Моноциты 9%

СОЭ 35 мм в час

Общий анализ мочи

ПОКАЗАТЕЛЬ ДАННЫЕ НОРМА

Физические свойства

Относительная плотность 1018 1020-1026

Цвет соломенный

Прозрачность полная полная

Химический состав

Реакция слабокислая нейтральная/ слабокислая

Белок отсутствует отсутствует, следы

Сахар отсутствует отсутствует, следы

Ацетон отсутствует отсутствует

Уробилиновые тела отсутствуют отсутствуют

Осадок мочи

Эпителиальные клетки 1-3 в поле зрения 0-3 в поле зрения

Лейкоциты 8-10 в поле зрения 0-2 в поле зрения

Эритроциты 3 в поле зрения 1-2 в поле зрения

Слизь незн. кол-во отсутствует

Цилиндры нет нет

Биохимический анализ крови:

Общий белок - 74 ммоль/л (норма 65 - 85 ммоль/л)

Мочевина - 3,0 ммоль/л (норма 2,5 - 8,3 ммоль/л)

Билирубин - 7,4 ммоль/л (норма 8,5 - 20,5 ммоль/л)

Глюкоза - 3,5ммоль/л (норма 3,5 - 5,5 ммоль/л)

Креатинин - 77 ммоль/л (норма 44 - 132 ммоль/л)

Фибриноген - 5,4 (норма - 4 - 6 г/л)

ПТИ - 9,5% (норма - 6,9 - 10,5%)

Мазок из влагалища:

Лейкоциты до 10 в поле зрения

Флора палочки

Кокки мало

Клинический диагноз:

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных, влагалищного исследования, по времени последней менструации - 28 ноября 2013 года, по первому шевелению плода - приблизительно конец марта 2014 года, и по данным УЗИ , можно поставить клинический диагноз беременность сроком в 28 недель, угрожающие преждевременные роды , миома матки.

Дальнейший план ведения беременности и родов:

. Начать сохраняющую беременность терапию

. Следует тщательно следить за состоянием плода, своевременно проводя терапию, направленную на лечение плацентарной недостаточности. При появлении симптомов нарушения кровотока в миоматозном узле показаны препараты, улучшающие кровоток :

спазмолитики: но-шпа, баралгин, папаверин

инфузии трентала, реополиглюкина

Лист назначений

. Физический и половой покой

. Контроль АД, Ps, to

. Глюкоза 40% - 20.0 + 3,0 аск. кис-та в/в№ 10

. Но-шпа 1т x 3 р

. Актовегин 1др x 3 р

. физ. р-р 400,0 + магния сульфат в/в капельно

. Элевит 1т x 1 р

Дневники наблюдения

.04.2014г. Жалобы на боли внизу живота. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. АД= 110 / 70 мм рт.ст. Ps= 80 уд./мин.. Температура тела= 36,6є. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Матка в норматонусе, легко возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.- 140 ударов в мин. Воды не отходили. Диурез адекватен (1050 мл). Стул в норме.

.04.2014г. Жалобы на боли внизу живота. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. АД= 110/70 мм рт.ст. Ps= 78 уд./мин.. Температура тела= 36,4є. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Матка в норматонусе, легко возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.- 140 ударов в мин. Воды не отходили. Диурез адекватен (1050 мл). Стул в норме.

.04.2014г. Жалобы на боли внизу живота. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. АД= 110/60 мм рт.ст. Ps= 80 уд./мин.. Температура тела= 36,6є. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Матка в норматонусе, легко возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.- 140 ударов в мин. Воды не отходили. Диурез адекватен (1050 мл). Стул в норме.

.04.2014г. Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. АД= 110 и 70 мм рт.ст. Ps= 80 уд./мин.. Температура тела= 36,6є. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Матка в норматонусе, легко возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.- 140 ударов в мин. Воды не отходили. Диурез адекватен (1050 мл). Стул в норме.

.04.2014г. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. АД= 110 и 70 мм рт.ст. Ps= 80 уд./мин.. Температура тела= 36,6є. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Матка в норматонусе, легко возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.- 140 ударов в мин. Воды не отходили. Диурез адекватен (1050 мл). Стул в норме.

Выписывается под наблюдением врача ж/к

Заключительный диагноз:

Беременность сроком в 28 недель, угрожающие преждевременные роды, миома матки.

Рекомендации при выписке

. Наблюдение врача ж/к

. Элевит 1т x 1 р

. Актовегин 1др x 3 р 1 месяц

. Но-шпа 1т x 3 р №10

. Физический и половой покой

На протяжении беременности следует тщательно следить за состоянием плода, своевременно проводя терапию, направленную на лечение плацентарной недостаточности

Заключение

. При обследовании больных с миомой матки, для решения вопроса о возможности планирования беременности, необходимо проведение комплексного ультразвукового исследования, включающего трансабдоминальное и трансвагинальное сканирование, допплерометрию, цветовое и энергетическое допплеровское картирование узлов для уточнения клинико-морфологического варианта развития миомы матки (простая или про лиферирующая).

. С учетом полученных результатов обследования (определения клинико-морфологического варианта развития, размеров узлов, их количества, локализации) могут быть выделены группы риска по невынашиванию беременности, гестозу, плацентарной недостаточности, что позволит определить тактику ведения беременности у пациенток с миомой матки.

. При прогнозировании неблагоприятного исхода беременности у пациенток с миомой матки, на этапе её планирования целесообразно проведение консервативной миомэктомии до наступления беременности.

. Показаниями к кесареву сечению у беременных и рожениц являются: миома матки, требующая хирургического лечения, наличие миоматозного узла, препятствующего родоразрешению через естественные родовые пути.

миома матка беременность миомэктомия

Список использованной литературы

1. Бобров Б.Ю., Алиева, А.А. // Акушерство и гинекология. - 2004. - № 5. - С. 6-8.

2. Буянова С.Н., Логутова Л.С. // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. - 2003. - № 4. - С. 47-49.

. Вихляева Е.М. // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. - 1997. - № 3. - С. 21-23.

. Дивакова Т.С., Ивкова, Н.С., Медведская, С.Е. // Охрана материнства и детства. - 2005. - № 1. - С. 40-49.

. Краснова И.А., Бреусенко В.Г. // Акушерство и гинекология. - 2003. - № 2. - С. 45-50.

. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Белоглазова С.Е. Руководство по оперативной гинекологии. - М., 2006. - 640 с.

. Кустаров В.Н., Линде В.А., Аганезова Н.В. Миома матки. - СПб., 2001. - 31 c.

. Лапотко М.Л., Булат А.С. // Репродуктивное здоровье в Беларуси. - 2010. - № 3. - C. 23-27.

. Михалевич С.И. Преодоление бесплодия. Клиника, диагностика, лечение. - Минск, 2002. - С. 191.

. Уилсон П. Гинекологические заболевания. - М., 2002. - 304 с.

. Пересада О.А. // Медицина. - 2005. - № 4. - С. 19-23.

. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. - СПб., 2000. - С. 150-210, 236.

. Самойлова Т.Е. // Проблемы репродукции. - 2003. - Т. 9, № 4. - С. 32-36.

. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). - М., 2003. - С. 234.

. Тапильская Н.И., Гайдуков С.Н. // Журн. акушерства и женских болезней. - 2005. - Т. 54, № 4. - С. 65-68.

. Тихомиров А.Л., Лубин Д.М. Миома матки. - М., 2006. - С. 176.

. Тихомиров А.Л., Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. - М., 2004. - 400 с.

Приложение



Рис №1



Рис №2