ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

«БИРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Курсовая работа

На тему: «Профилактика развития миомы матки у женщин»

Выполнена студенткой : Гареевой А.А.

ак. группы

Программа подготовки специалистов среднего звена по специальности

.02.02 Акушерское дело

Форма обучения: очная

Руководитель Кощеева Н.А \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Бирск, 2015г.

Введение

Актуальность исследования. Миома матки (фибромиома, фиброма) - это доброкачественная опухоль, развивающаяся из мышечной ткани, состоящая преимущественно из элементов соединительной ткани. Частота заболеваемости миомой к 35 годам составляет 35-45% среди всего женского населения. Пик заболевания приходится на возрастную группу 35-55 лет, однако в последнее время миома матки довольно часто диагностируется у женщин молодого репродуктивного возраста.

На ранних стадиях формирования опухоли ее клиническая диагностика не всегда возможна. Очень важны данные бимануального ручного исследования для получения представления о форме, размерах и локализации опухоли.

С целью уточнения диагноза миома матки выполняют дополнительные исследования: ультразвуковые, эндоскопические, рентгенологические. Из эндоскопических исследований наиболее часто используют: гистероскопию, кольпо-, цервико-, лапаро- и кульдоскопию. Одновременно оценивают состояние эндометрия и яичников, дифференцируют миому с опухолями придатков матки, забирают материал для цитологической и гистологической верификации диагноза. При постановке диагноза и оценке эффективности лечения важно учитывать дни менструального цикла, осмотры и УЗ-сканирование проводить в динамике, в одни и те же дни цикла.

По данным ультразвукового сканирования можно достаточно точно установить локализацию, размеры, состояние миоматозных узлов, чтобы определить тактику ведения больных и объем оперативного лечения женщин репродуктивного возраста.

Миома матки это одна из самых распространенных заболеваний у женщин, достигая частоты 12 - 25% от всех гинекологических заболеваний. Наиболее высокая заболеваемость миомой матки приходится на поздний репродуктивный период и перед климаксом. Истинная распространенность миомы значительно больше и достигает более 70%. Своевременное выявление заболевания матки исключает возможность развития злокачественных новообразований.

Объект исследования: женщины, с заболеваниями миомой матки.

Предмет исследования: проблема повышения качества ухода, осуществляемого акушерками при миоме матки.

Цель работы:

- анализировать факторы, влияющие на качество ухода пациенток с миомой матки;

Задачи:

- изучить и проанализировать литературные источники по данному вопросу с использованием, справочников и интернет - ресурсов;

Научная новизна и практическая ценность: Научная новизна заключается в том, что была затронута проблема организации качественного ухода женской консультации при миоме матки. Результаты исследования могут быть практически реализованы медицинским персоналом акушерско-гинекологических стационаров, преподавателями медицинских учебных заведений

Глоссарий:

УЗИ - ультразвуковое исследование;

ЭМА - эмболизация маточных артерий;

СОЭ - скорость оседания эритроцитов;

МРТ - магнитно-резонансная томография;

Глава 1. Миома матки

.1 Клиническая картина

При миоме матки отличается широким разнообразием и зависит от возраста пациентки, длительности заболевания, локализации и величины опухоли и наличия сопутствующих патологических процессов. Нередко миома матки протекает "бессимптомно" - то есть отсутствуют жалобы и нарушения менструальной функции.

Основными симптомами миомы матки являются боль, кровотечение, нарушение функции соседних органов, рост опухоли. Боль, как правило, локализуется в нижних отделах живота и пояснице. Часто выраженные длительные боли связаны с быстрым ростом опухоли. Острые боли возникают, главным образом, при нарушениях кровоснабжения в опухоли, прогрессирование которых может привести к развитию клинической картины острого живота. Схваткообразные боли во время менструации могут свидетельствовать о подслизистом расположении узла.

Кровотечение самое часто проявление миомы. Обильные и длительные менструации, как правило, наблюдаются при подслизистой миоме, но могут быть и при другой локализации узлов, особенно в сочетании с эндометриозом тела матки. Возможно появление также и межменструальных кровотечений.

Рост миомы, как правило, медленный. Быстрым ростом миомы называют увеличение размеров матки на размер, соответствующий 5-ти недельной беременности за год или более маленький промежуток времени.

Нарушение функции соседних органов возникает при больших размерах опухоли, а также при подбрюшинном, шеечном и межсвязочном расположении узлов.

Наиболее частым осложнением является некроз миоматозного узла. При этом возникает боль, нередко температура, вплоть до развития клиники острого живота. Возможен также перекрут узла, расположенного на ножке. Другим осложнением является анемия (снижение уровня гемоглобина крови).

.2 Классификация

В зависимости от расположения узлов, миомы подразделяют на несколько разных видов. С подробной классификацией миом мы познакомимся в этой статье.

Миомы могут иметь различную локализацию и развиваются по-разному.

Субмукозная миома. При этой форме заболевания миоматозные узлы локализованы глубоко в матке, под слизистыми оболочками ее полости. Растет такая миома в сторону внутреннего слоя матки - эндометрия. Продолжительность и интенсивность маточных кровотечений с ростом миомы увеличивается. Позднее могут присоединяться и ациклические кровотечения. В результате менструальных и межменструальных кровотечений развивается хроническая постгеморрагическая анемия, гиповолемия, миокардиодистрофия, изменения гемостаза, что приводит к нарушениям функций жизненно важных органов Раньше субмукозная миома практически всегда шла на удаление вместе с маткой, но современные медицинские технологии (гистероскопические операции) позволяют сохранить детородные функции женщины и вырезать только опухоль.

Именно этот вид миомы дает очень выраженные симптомы:

· маточные кровотечения

· продолжительные и обильные менструации со сгустками

· кровяные выделения между менструациями

· бесплодие

Значительная кровопотеря, при подобных проявлениях заболевания, может быстро привести к анемии.

Симптомы анемии:

· Шум в ушах

· Слабость, разбитость

· Головокружение, обмороки

· Нарушения работы сердца - тахикардия, одышка

Субсерозная миома. Ноющие боли характерны для интерстициальной и субсерозной форм и обусловлены растяжением брюшины при росте узлов и сдавлением нервных сплетений малого таза. Постоянный и выраженный болевой синдром сопровождает интралигаментарные миомы вследствие давления на нервное сплетение в области внутреннего зева. Наличие болей, связанных с менструацией, всегда подозрительно на сочетание миомы с эндометриозом.

Она растет из внешнего мышечного слоя, располагаясь снаружи, а не внутри матки. Достигая определенных размеров, врастает в тазовую полость.

На менструальный цикл не влияет, однако может сдавливать окружающие ткани, причиняя женщине чувство дискомфорта.

При этой форме миомы женщины часто жалуются на запоры и нарушения в работе мочевого пузыря, связанные с давлением миомы на соседние внутренние органы.

Интрамуральная миома развивается из среднего мышечного слоя, и по мере роста сильно увеличивает матку в размерах.

Вызывает следующие симптомы:

· нарушение менструального цикла

· сильные боли и ощущение сдавливания

· при больших размерах миоматозных узлов - бесплодие

Вырастая до больших размеров узел деформирует полость матки и маточную трубу. Для этой формы миомы характерно межмышечное расположение узлов.

В основном, миомы располагаются в теле матки, и лишь в порядке исключения - в шейке матки. Различают одиночные узлы и множественные миомы матки.

.3 Причины развития миомы матки

Современное представление о развитии миомы матки основано на гормональной теории. Нарушения экскреции и метаболического превращения эстрогенов, а также соотношения фракций эстрогенов (преобладание эстрона и эстрадиола в фолликулиновую, а эстриола - в лютеиновую фазу) приводят к морфологическим изменениям в миометрии.

Масса миометрия может увеличиваться в результате как гиперплазии гладкомышечных клеток, которая инициируется эстрогенами, так и гипертрофии этих клеток.

Наряду с эстрогенами рост миомы стимулирует прогестерон. Гипертрофия гладкомышечных клеток при миоме матки аналогична их гипертрофии во время беременности и может возникать только при сочетанном воздействии сравнительно высоких концентраций эстрадиола и прогестерона. В лютеиновую фазу прогестерон повышает митотическую активность миоцитов, кроме того, прогестерон воздействует на рост миомы путем индуцирования факторов роста. В ткани миомы рецепторов эстрадиола и прогестерона больше, чем в неизмененном миометрии. Нарушение обмена половых стероидов в миоматозных узлах вызывает аутокринную стимуляцию клеток при участии так называемых факторов роста. Медиаторами действия эстрогенов в ткани миомы матки являются инсулиноподобные факторы роста I и II.

Наряду с гормональными аспектами патогенеза миомы матки, немаловажную роль играют изменения иммунной реактивности организма, особенно при хронических очагах инфекции; выраженные изменения гемодинамики малого таза, а также наследственная предрасположенность.

Зоны роста миомы формируются вокруг воспалительных инфильтратов и эндометриоидных очагов в миометрии. В увеличении миомы значительную роль играют фенотипическая трансформация гладких мышечных клеток и дегенеративные изменения в условиях нарушенной микроциркуляции. Зачатки миоматозных узлов могут образовываться и на эмбриональном этапе. Рост клеток-предшественников продолжается много лет на фоне выраженной активности яичников под действием эстрогенов и прогестерона.

.4 Фазы развития миомы матки

На основании некоторых патогенетических особенностей «быстрорастущей» миомы выделяют три варианта «роста»: «истинный» - за счет пролиферации и последующей гипертрофии миогенных элементов, «ложный» - как следствие нарушения крово-лимфообразования и отека в результате обострения хронического воспалительного процесса и «симулированный» - обусловленный развитием другого заболевания (аденомиоз, саркома). Среди больных репродуктивного возраста с «быстрым ростом» миомы наиболее часто встречается «ложный рост» (62,1%)

По Г. А. Савицкому можно различить 3 стадии существования миомы: стадию развития (созревания) узла, стадию роста и регресса.

Первая фаза характеризуется образованием классической зоны роста вокруг мелкого сосуда в месте его дегерметизации, как правило, в денервированном участке миометрия.

Вторая фаза проявляется превращением зоны роста в нодозный пролиферат, в котором начинается процесс дифференцировки пролиферирующих миогенных элементов.

Третья фаза созревания узла миомы характеризуется образованием хаотично располагающихся пучков из гладких мышечных клеток, составляющих новообразованный пласт чужеродного миометрия, и четвертая фаза характеризуется появлением на поверхности этого пласта соединительно-тканно-сосудистой капсулы, в которой начинается процесс пролиферации миогенных элементов сосудистого происхождения.

В созревшем растущем узле миомы наблюдается процесс гиперплазии в поясе роста на его поверхности с постоянной дифференцировкой новых гладких мышечных клеток. В парацентральных зонах наблюдаются процессы выраженной клеточной гипертрофии гладких мышечных клеток, объединенных в пучки, и процесс перманентной гибели миоцитов центральной зоны узла. В стадии регресса опухоли блокируются процессы клеточной гиперплазии и гипертрофии и усиливаются процессы гибели миоцитов. Удалось уточнить, что морфофункциональное состояние структурных компонентов миоматозного узла во всех стадиях его существования связано с особенностями локального гормонального гомеостаза матки. Следовательно, влияя на особенности локального гормонального гомеостаза, можно блокировать процессы клеточной гипертрофии и гиперплазии в узлах миомы.

У больных миомой матки наблюдаются выраженные изменения гемодинамики малого таза, что является одним из факторов, способствующих более благоприятному развитию опухоли.

Таким образом, логическую цепочку патогенеза миомы матки можно представить следующим образом: возрастные изменения гемодинамики внутренних половых органов у женщин с неблагоприятным фоном приводит к локальной гипоксии миометрия. Происходит дифференцировка камбиальных клеток гладкомышечной ткани миометрия с приобретением ими способности к пролиферации, образованная ткань продолжает пролиферировать под действием половых гормонов. Рост и регрессия миомы эстрогензависимы, т. к. увеличение размеров опухоли наблюдается во время беременности и уменьшение - в постменопаузе.

.5 Миома матки и беременность

Сочетание миомы матки и беременности встречается у 3-4% больных. При небольших размерах опухоли беременность с миомой матки обычно донашивается до срока нормальных родов, и родоразрешение происходит через естественные родовые пути. Однако во время беременности, в родах и послеродовом периоде возможно возникновение ряда осложнений.

Миоматозные узлы при беременности располагаются преимущественно подбрюшинно, межмышечно, и гораздо реже встречается подслизистая локализация миоматозных узлов. В первом и особенно во втором триместре беременности происходит значительное увеличение размеров миоматозных узлов(гиперплазия мышечных клеток, отек ткани); в третьем триместре эти процессы менее выражены.

Наиболее частым осложнением во время беременности является угроза ее прерывания (у 30% женщин). Нередко у таких женщин во время беременности появляются боли в области расположения миоматозных узлов, которые обусловлены растяжением капсулы опухоли и дистрофическими изменениями в узлах.

Часто у беременных с миомой матки наблюдаются токсикозы первой и второй половины беременности, несвоевременное излитие околоплодных вод, гипотрофия и гипоксия плода.

В родах нарушение сократительной деятельности матки отмечается у каждой третьей больной с миомой матки.

Нередко у беременных с миомой матки возникают неправильные положения и предлежания плода, что может быть обусловлено миоматозными узлами, вдающимися в просвет полости матки и деформирующими ее.

В родах иногда приходится прибегать к оперативному разрешению (кесарево сечение).

В послеродовом и раннем послеродовом периодах значительно повышается частота гипотонических кровотечений.

В послеродовом периоде наблюдается замедленная инволюция матки. Наиболее опасны некротические изменения в узлах. Профилактическое назначение спазмолитиков, начиная со 2-х суток после родов, как правило, предупреждает развитие этого осложнения.

Субсерозные миомы (даже больших размеров) обычно не оказывают никакого влияния на течение беременности или на развитие плода.

Субмукозные и интрамуральные миомы, в большинстве случаев, не мешают развитию беременности. Только в редких случаях (особенно если узел больше 3 см) миома может спровоцировать выкидыш <http://www.sitemedical.ru/content/%D0%BE%D0%B1%D1%8A%D1%8F%D1%81%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D0%B2%D1%8B%D0%BA%D0%B8%D0%B4%D1%8B%D1%88%D0%B0-%D0%B7%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%88%D0%B5%D0%B9-%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%8F-%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8-%D0%BD%D0%B0-%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B8%D1%85-%D1%81%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%85-%D0%BF%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B8%D0%BD%D1%8B-%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC%D1%8B-%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5>, предлежание плаценты и отслоение плаценты <http://www.sitemedical.ru/content/%D0%BE%D1%82%D0%B2%D0%B5%D1%82%D1%8B-%D0%BD%D0%B0-%D1%81%D0%B0%D0%BC%D1%8B%D0%B5-%D0%B2%D0%B0%D0%B6%D0%BD%D1%8B%D0%B5-%D0%B2%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%8B-%D0%BE-%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B5-%D0%B8-%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B5-%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BB%D0%B5%D0%B6%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D0%BE%D1%82%D0%BB%D0%BE%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5>. Кроме того миома может быть причиной преждевременных родов, неправильного положения плода при родах, а также может вызвать кровотечение или задержку плаценты после родов.

Непосредственно на развитие ребенка субмукозные и интрамуральные миомы не оказывает никакого влияния.

У большинства женщин в течение беременности миома увеличивается. После родов миома обычно быстро уменьшается до прежних размеров.

Таким образом, если миома была обнаружена у вас впервые во время беременности, не стоит слишком беспокоиться по этому поводу. Скорее всего, она никак не повлияет на течение беременности и врачи будут учитывать ее наличие при планировании родов.

Если же миома есть у вас уже давно и вы планируете беременность, вы можете обсудить с вашим врачом гинекологом стоит ли вам провести какое-то лечение до начала попыток зачать ребенка, чтобы уменьшить вероятность выкидыша или других осложнений во время беременности.

.6 Дополнительные методы исследования

УЗИ органов малого таза при миоме матки. Ультразвуковая диагностика (УЗИ) - диагностическое обследование, которое чаще всего назначается при подозрении на миому матки. УЗИ может показать увеличение размеров матки и непосредственно саму миому (но только если ее размеры равны или превышают 1 сантиметр в диаметре). Как правило, такой точности для ведения этого заболевания вполне достаточно: миому размером 5-10 миллиметров просто наблюдают, но какого-то специфического лечения не назначается (табл. №1).

На ультразвуковом исследовании миоматозные узлы выглядят, как округлые участки, хорошо заметные на фоне неизмененных тканей. Также в ходе УЗИ - исследования можно заметить разницу между обыкновенным миометрием и миоматозными узлами - миометрий имеет более плотную структуру, чем очаги пониженной эхогенности (так обнаруживает себя миома матки).

Трансвагинальное УЗИ. Позволяет получить наиболее точную картину заболевания, так как показывает наиболее детальное изображение матки и яичников. На исследование нужно приходить с пустым мочевым пузырем.

Трансабдоминальное УЗИ. Этот вид исследования проводится специальным датчиком через переднюю брюшную стенку. В отличие от трансвагинального УЗИ, на исследование нужно приходить с полным мочевым пузырем (нужно выпить много жидкости за час до исследования или не мочиться в течение 3 часов).

Методики эндоскопической хирургии :

Гистероскопия - это микрохирургическое вмешательство, которое является достойной альтернативой полостным операциям. Гистероскопия позволяет удалять только небольшие миоматозные узлы. К ней имеются противопоказания (воспалительный процесс в половых органах, рак шейки матки, беременность, интенсивное маточное кровотечение, инфекционные заболевания, тяжелые соматические заболевания). Цель: исследование матки, исключение патологий в матке (наличие спаек, перегородок, полипов). Позволяет найти точную причину таких серьезных проблем со здоровьем, как невынашивание беременности, бесплодие, дисфункциональные маточные кровотечения (рис. №1).

Полостная операция может оставить след на всю жизнь, в виде нарушения репродуктивной функции женщины (последующего после операции бесплодия). При полостной операции разрезается сначала стенка живота, а потом стенка матки. Процесс заживления послеоперационных ран может затянуться на долгий срок. Поэтому если пациентка еще планирует детей, то она должна «держать под контролем» миому, регулярно посещая врача. После обширного хирургического вмешательства пациентке придется около недели провести в стационаре. Существует несколько осложнений: перекрут ножки миоматозного узла, некроз миомы, при которых «малой кровью не обойтись», поэтому пациентке с миомой надо относиться к своему самочувствию очень внимательно (рис. №2).

Лапароскопия - это микрохирургическое вмешательство, которое направлено на устранение новообразований, кист, миоматозных узлов, а также на восстановление работы некоторых органов. Это трубка, состоящая из телескопа, содержащая видеокамеру и систему линз. Современные лапароскопы становятся все более оснащенными, теперь с помощью них можно получить высокоточное и четкое изображение. Для улучшения видимости к трубке присоединяется источник света - галогеновая лампа (рис. №3).

Гистеросальпингография является методом рентгенологического исследования матки <http://polismed.com/subject-matka.html> и маточных труб <http://polismed.com/subject-matochnye-truby.html> с использованием контрастного вещества. Введенное в полость матки контрастное вещество позволяет выявить на рентгенограмме анатомические изменения внутренних очертаний матки, что интерпретируется специалистом, как то или иное заболевание. Таким же методом данное исследование определяет проходимость маточных труб и различные патологические процессы, которые локализованы в области малого таза (рис. №4).

Магнитно-резонансная томография органов малого таза при миоме матки. МРТ никогда не назначается без весомой причины, как правило, к этому средству диагностики прибегают только тогда, когда пациентку уже обследовали на кресле и на всех доступных аппаратах (УЗИ, колоноскопия, ретроманоскопия), но четкой клинической картины все равно сформировать не удалось и есть затруднения в постановке диагноза и назначении лечения. Вторая по распространенности причина проведения МРТ - разрешение противоречия между данными традиционного исследования и симптоматикой заболевания. Третья - подозрение на отягощение патологического процесса. На томограмме миоматозный узел представлен округлым четко очерченным образованием, имеющим четкие границы. МРТ позволяет увидеть узлы диаметром максимум 0,3 - 0,4 см, более мелкие образования сложно дифференцировать (рис. №5).

.7 Возможные осложнения миомы матки

миома матка беременность хирургия

Каждая пациентка с диагностированной миомой матки должна быть очень внимательна к своему состоянию и при любых признаках неблагополучия обращаться к врачу. Хотя миома - само по себе не очень опасное заболевание, оно имеет довольно широкий спектр осложнений, и некоторые из них могут представлять угрозу для жизни и здоровья женщины. Наиболее часто миома отягощается следующими состояниями:

· перекрут ножки опухоли

· нарушение питания миомы, возможно, с последующим ее некрозом

· длительные и продолжительные менструации

· маточные кровотечения

· бесплодие и невынашивание беременности

· анемия

· достаточно редкое осложнение - озлокачествление миоматозного узла

Перекрут ножки опухоли. Это осложнение наиболее характерно для субсерозных узлов. Миома растет в сторону брюшной полости и расположена под поверхностным слоем матки. Как правило, субсерозно расположенные миомы растут на тонких ножках. Перекручивание ножки субсерозного узла ведет к нарушению его питания и, в тяжелых случаях, его отмиранию - некрозу.Несколько реже перекручиваются субсерозные узлы, растущие на широких основаниях.

Нарушение питания миоматозного узла. Клинические проявления. Недостаточное кровоснабжение миомы дает более смазанную клиническую картину, чем та, которую мы можем наблюдать при некрозе миоматозного узла. Пациентка обычно жалуется на тянущую боль в пояснице и внизу живота, которая. то появляется, то пропадает. Температура обычно повышается до субфебрильных значений (37.3 - 37.6), также возможно появление тошноты, озноба, тахикардии (обычно в момент приступа боли).

Озлокачествление миоматозного узла

Достаточно редкое осложнение. Стоит насторожиться,

· если опухоль начинает быстро увеличиваться в размерах

· опухоль продолжает расти в период постменопаузы

· женщина чувствует вялость, разбитость без причины

· диагностируется анемия при отсутствии кровотечений

Миома матки имеет широкий спектр осложнений, и, к сожалению, не все из них можно спрогнозировать. Своевременное посещение гинеколога и скрупулезное выполнение его рекомендаций позволяют значительно снизить риск появления серьезных трудностей со здоровьем.

Каждая женщина должна понимать, что миома, в некотором смысле, представляет собой «мину замедленного действия», и быть особенно внимательной к своему состоянию - немедленно обращаться к врачу при появлении таких тревожных симптомов, как боли внизу живота, маточные кровотечения, повышение температуры, тошнота и др.

Осложнения во время беременности. Беременность, в сочетании с миомой, редко проходит совершенно благополучно. Гемодинамика в матке в этот период имеет свои особенности: тонус сосудов повышается, а интенсивность кровотока в миометрии, наоборот, становится меньше, затрудняется венозный отток. Эти процессы могут спровоцировать нарушение кровоснабжения в миоме, и, как следствие, некроз миоматозного узла. Беременность, в сочетании с такими проблемами, редко удается сохранить.

Беременные женщины с миоматозными узлами чаще поступают в гинекологический стационар с диагнозом «угроза прерывания беременности». Это связано с тем, что при разрушении миомы выделяются особые вещества - простагландины, которые вызывают активные сокращения гладкой мускулатуры, а значит и гипертонус матки.

Контакт миомы и плаценты. Если в результате давления миомы пережимаются сосуды плаценты (или сосуды, переплетающиеся с ворсинками хориона) и нарушается маточно-плацентарный кровоток, то это может представлять угрозу для здоровья будущего малыша. Дети после такой беременности часто рождаются маловесными, страдают от гипоксии, после рождения могут отставать в физическом и психическом развитии.

Бесплодие. Миома, особенно в сочетании с другими гинекологическими проблемами, может стать причиной проблем с зачатием. Существует закономерность - чем дальше расположена миома от полости матки, тем выше вероятность забеременеть и наоборот. Миоматозные узлы могут сдавливать маточные трубы, мешая прохождению сперматозоидов (выполняя функции спирали). Все выше сказанное касается небольших миом размером до 11-12 недель беременности. Большая миома, деформирующая полость матки - показание к хирургической операции по удалению матки, само собой после этого женщина теряет способность к деторождению (попытка сохранить матку в таких случаях может представлять опасность для жизни женщины, возможно возникновение массивного кровотечения).

Кровотечения, связанные с миомой матки. Анемия. На фоне миомы часто возникает анемия (малокровие) - состояние, при котором в эритроцитах снижается содержание гемоглобина - вещества крови, переносящего кислород.

Анемия

Кровь - одна из самых загадочных тканей в нашем организме, она разносит по сосудам все необходимые для жизнедеятельности вещества: воду, кислород, белки, различные минеральные и органические соединения. Кровь имеет насыщенный красный цвет и жидкую консистенцию. Если говорить о составе крови, то ее компоненты выглядят следующим образом:

· Плазма крови - вода вместе с растворенными в ней белками, а также другими минеральными и органическими соединениями, витаминами, ферментами, активными биологическими веществами. По внешнему виду плазма представляет собой прозрачную бледно-желтую жидкость.

· Форменные элементы - эритроциты (красные кровяные клетки), тромбоциты (кровяные пластинки) и лейкоциты (белые кровяные клетки).

В организме человека кровь движется по большому и малому кругам кровообращения.

Малый круг кровообращения. Правый желудочек (венозная кровь) - легочная артерия (легочный ствол) - легочные капилляры (избавление от углекислоты, насыщение кислородом) - легочные вены (кровь становится алой, артериальной) - через капилляры и вены в левое предсердие.

· По артериям течет венозная кровь

· По венам возвращается артериальная

Большой круг кровообращения. Левый желудочек (алая артериальная кровь). аорта (самый крупный артериальный сосуд) - артерии - артериоллы - капилляры (отдает кислород, получает продукты обмена и углекислоту) - венозлое русло (темная венозная кровь) - венулы - вены - верхняя и нижняя полые вены - правое предсердие сердца.

· По артериям течет артериальная кровь

· По венам - венозная

Артерия - сосуд, по которому кровь движется в направлении от сердца.

Вена - сосуд, по которому кровь возвращается к сердцу.

Анемия при миоме возникает в случае, когда длительные и продолжительные менструации приводят к значительной кровопотере, и как следствие, уровень гемоглобина в крови снижается. Массивные кровотечения могут привести к уменьшению количества эритроцитов в единице объема крови.

Миома считается доброкачественной опухолью, не представляющей большой опасности для жизни и здоровья пациентки (напомним, случаи озлокачествления опухоли крайне редки). Поэтому больную с миомой редко направляют на операцию немедленно - сначала врачи считают нужным ее тщательно обследовать, провести необходимый курс лечения, подготовить к операции. Подобная подготовка может занимать от пары месяцев до полугода.

Не стоит упускать из виду то обстоятельство, что «несанкционированные» маточные кровотечения (либо нетипично обильные и продолжительные менструации) могут приводить к серьезным последствиям для организма больной. Среди них - железодефицитная анемия, состояние, при котором уровень гемоглобина и эритроцитов в крови резко снижается.

Иногда наиболее целесообразным методом лечения становится наблюдение (если миоматозный узел имеет маленькие размеры, медленно растет, болезнь проходит бессимптомно и др). Тактика наблюдения никогда не избирается лечащим врачом, если у женщины, в связи с миомой, появляются выраженные маточные кровотечения. В свою очередь, пациентка тоже должна быть очень внимательной к своему здоровью и не затягивать с визитом к врачу-гинекологу, в случае, если ее что-то беспокоит.

Глава 2. Роль акушерки в профилактики миомы матки у женщин

Кроме общих рекомендаций по соблюдению рационального режима жизни, предупреждению распространенных болезней в детском и взрослом возрасте, играют роль исключение абортов, своевременная коррекция гормональных нарушений, адекватное лечение гинекологических заболеваний. Существует и специфическая профилактика. Это своевременная реализация репродуктивной функции. Первые роды рекомендуются в 22 года, вторые в 25 лет, последующие планируемые роды до 35 лет. Поздние первые роды приводят к преждевременному постарению миоцитов, снижению адаптационной способности к растяжению и сокращению. Аборты и воспаления повреждают структуру миометрия. На фоне нарушенного гомеостаза процесс регенерации участков миометрия переходит в пролиферативную опухолевую прогрессию.

Следует принимать во внимание, что самый частый срок обнаружения миомы матки приходится на 30-35 лет, когда суммируются действия повреждающих факторов.

Необходимо сохранять первую беременность, особенно у молодых женщин с так называемой наследственной миомой. Аборт вызывает рост миоматозных узлов и из микроскопических узлов интенсивно формируются растущие миомы. Следует избегать чрезмерного ультрафиолетового облучения, повышенных температурных воздействий, особенно после 30 лет. При наличии наследственного риска (миома матки у матери и близких родственниц) опухоль развивается на 5-10 лет раньше, т.е. в 20-25 лет. Продолжение грудного вскармливания в течение 4-6 месяцев после родов нормализует содержание пролактина, который влияет на изменение гистогенеза миомы.

В заключение необходимо подчеркнуть, что миома матки является результатом соматической мутации клеток миометрия вследствие многочисленных повреждающих факторов. Поэтому в основе профилактики должны превалировать здоровый образ жизни и сохранение репродуктивного здоровья женщин.

Заключение

Самая важная проблема, в настоящее время, это профилактические меры в отношении миомы матки. Самыми первыми предпосылками к любой болезни являются стрессы и несоблюдение здорового образа жизни, миома матки не исключение.

Миома матки может возникать и расти не только в результате острого эмоционального всплеска, сопровождающегося огромным выбросом гормонов, но и на фоне ежедневных бытовых переживаний, отражающихся на работе эндокринной и иммунной систем. Некоторые рекомендация для профилактики миомы матки:

) «Создание» в себе психологического комфорта;

) Правильное питание;

) Оптимальная физическая активность;

) Отказ от вредных привычек;

) Это регулярный профилактический осмотр (посещение гинеколога раз в 6месяцев и УЗИ органов малого таза);

) Регулярная гармоничная половая жизнь и достижение оргазма.

Избавление от многих гинекологических проблем, в том числе и от миомы матки, способствует беременность и рождение детей с последующим грудным вскармливанием, не только положительно сказывающимся на психологическом состоянии матери и ребенка, но и обеспечивающем нормализацию уровня половых гормонов в организме женщины.

Мерой предупреждения возникновения миомы матки является рациональная контрацепция (для исключения возможности проведения абортов). С этой целью лучше использовать современные гормональные противозачаточные препараты, предварительно проконсультировавшись с врачом. У молодых женщин с так называемой наследственной миомой необходимо сохранять первую беременность. Кроме того, обязательно проведение систематической коррекции гормональных нарушений и своевременное лечение воспалительных гинекологических заболеваний при их наличии.

Не следует переохлаждаться, промокать, замерзать стопам, коленям и области ягодиц. Одежду и обувь необходимо подбирать соответственно сезону, не сидеть на сырой земле и камнях даже в теплое время года, после купания в бассейне следует немедленно сменить мокрый купальник на сухой.

Женщинам не рекомендуется носить исключительно синтетические нижнее бельё и слишком тесные брюки - такая одежда препятствует нормальному теплообмену. Необходимо избегать избыточной инсоляции, как под прямыми солнечными лучами, так и в соляриях, использовать защитные кремы.

Рекомендуется принимать микроэлементы (цинк, медь, селен, железо, магний, йод) и витаминов А,С,Е, которые обладают антиоксидантным действием.

Обязательно контролировать свой вес. Каждые лишние 10 кг риск способствует развитию данной патологии на 20 %.

Профилактика миомы матки - это здоровый образ жизни и забота о репродуктивной функции женщин.

Список использованной литературы

1. Л.Н. Василевская, В.И. Грищенко «Гинекология», Москва,2011г. стр.175-192

. Д.Ф. Костючек «Акушерство и гинекология», Санкт - Петербург 2010г.

. М. Савельева, В.Г. Бурсенко «Гинекология», Москва, 2012г. стр.187-203

. Е.М. Вихляева, Л.Н. Василевская «Миома матки», Москва,2011г.

. А.Н. Стрижаков и соавт. Дискуссионные аспекты эмболизации маточных артерий при лечений больных миомой матки. Вопросы гинекологии, акушерства и перинаталогии, 2012г, том 3,№5,стр.72

. И.С. Сидорова. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). - Москва, 2013г.

. Приказе Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012года № 572н «Об утверждении Порядка оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

8. Распространенность миомы матки <http://ru.wikipedia.org/wiki>

. Причины миомы матки <http://www.sitemedical.ru/content>

. Последствия миомы матки <http://vmede.org/index.php?topic=30.0>

. Профилактика миома матки <http://mioma-help.ru/profilaktika\_miom.html>.

Приложение №1



Рис. №1 Гистероскопия



Рис. №2 Полостная операция



Рис. №3 Лапароскопия



Рис. №4 Гистеросальпингография



Рис. №5 Магнитно-резонансная томография



Рис.№6 Виды миомы матки



Рис. №7 Миома матки