

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 618.2:618.4-089:618.14-006.36-022.56

КАПУСТА
Анастасия Витольдовна

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ
ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология

Минск 2014

Работа выполнена в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Научный руководитель: **Михалевич Станислава Иосифовна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Официальные оппоненты: **Жукова Наталия Петровна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Малевич Юрий Константинович, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Оппонирующая организация: УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита диссертации состоится 26 февраля 2014 года в 12.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.01 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, проспект Дзержинского, 83; тел. 272-55-98.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «___» января 2014 г.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,
кандидат медицинских наук



О.Н. Волкова

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты миомы матки и омоложению заболевания [Горбунова Т.Н., Логутова Л.С., 2003; Cooper N.P., 2005]. Частота обнаружения миомы матки у беременных достигает 0,5–7% [Кулаков В.И., Шматков Г.С., 2001; Савицкий Г.А., 2000; Dubuisson J.B., 2000]. Нередко у женщин 20–25 лет миома матки характеризуется быстрым ростом, образованием множественных миоматозных узлов, увеличением их размеров во время беременности [Прудникова Е.Л., 2006; Титченко И.П., 2007; Somigliana E., 2007].

Значимость проблемы также обусловлена и прогрессивно увеличивающимся удельным весом этой патологии в структуре осложнений течения беременности. Это угроза прерывания в различные сроки беременности, самопроизвольные аборт, преждевременные роды, плацентарная недостаточность (ПН), синдром задержки развития плода (СЗРП), аномалии положения и предлежания плода, нарушение питания и некроз миоматозных узлов [Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н., 2002; Татаров А.С., 2010; Шмаков Г.С., 1997]. Роды и послеродовой период у беременных с миомой матки нередко осложняются несвоевременным излитием околоплодных вод, слабостью и дискоординацией родовой деятельности, ранним послеродовым кровотечением и субинволюцией матки [Бабунашвили Е.Л., 2004; Ботвин М.А., 2004; Мукаева А.Ш., 2006; Sheiner E., 2004]. Осложненное течение беременности и родов требует строго дифференцированного подхода к ведению беременных с миомой матки больших размеров и определяет индивидуальную акушерскую тактику в каждом конкретном случае. Не однозначно трактуются вопросы о необходимости и возможности миомэктомии во время беременности [Краснопольский В.И., 2002; Лапотко М.Л., 2010; Татаров А.С., 2010]. Наличие миомы матки больших размеров, по-прежнему, является показанием для расширения объема операции при кесаревом сечении до ампутации и/или экстирпации матки [Вихляева Е.М., 2004; Краснопольский В.И., 2002].

Несмотря на значительный объем исследований по данной проблеме, причины возникновения и прогрессирования роста миомы матки остаются до конца не выясненными. Не установлено взаимовлияние течения беременности и миомы матки при определенных видах локализации миомы. Недостаточно определена значимость влияния инфекционного фактора на течение беременности при миоме матки. В связи с вышеизложенным, вопросы тактики ведения и родоразрешения путем операции кесарева сечения в сочетании с реконструктивно-пластической операцией на матке у

беременных с миомой матки, особенно больших размеров, являются на сегодняшний день весьма актуальными. Необходима дальнейшая разработка и обоснование тактики ведения беременности и способов родоразрешения беременных женщин с миомой матки больших размеров.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь с крупными научными программами. Работа выполнялась в рамках НИР «Разработать и внедрить новые высокотехнологичные методы укрепления здоровья женщин, направленные на решение репродуктивных проблем и профилактику онкологических заболеваний» № госрегистрации 20112212, дата регистрации 28.07.2011 г., срок выполнения – 2011–2013 годы; НИР «Оптимизация лечебно-диагностического процесса при патологии беременных и новорожденных с перинатальной гипоксией на основании исследования маркеров системного воспаления и оксидативного стресса» № госрегистрации 20100994, дата регистрации 17.05.2010 г., срок выполнения – 2010–2012 годы. Тема исследования соответствует приоритетным направлениям научно-технической деятельности в Республике Беларусь на 2006–2010 годы, утверждённым Указом Президента Республики Беларусь № 315 от 06.07.2005 г.

Цель исследования: разработать и внедрить комплекс мероприятий по дифференцированному ведению беременности и родоразрешению у женщин с миомой матки больших размеров.

Задачи исследования:

1. Определить особенности клинического течения беременности, родов и послеродового периода для матери и плода у женщин с миомой матки больших размеров.

2. Оценить состояние фетоплацентарной системы у беременных с миомой матки больших размеров при наличии и отсутствии инфекции.

3. Определить особенности течения беременности у пациенток с миомой матки больших размеров на фоне инфекционного процесса и установить наличие взаимосвязи уровней цитокинов (интерлейкина-8, фактора некроза опухоли (ФНО) и его растворимого рецептора I типа p55), показателей гемограммы и концентрации белков острой фазы воспаления, со степенью роста и дегенеративных процессов в миоматозных узлах у женщин с миомой матки больших размеров.

4. Обосновать целесообразность проведения реконструктивно-пластических операций (РПО) на матке во время кесарева сечения на основании оценки результатов хирургического лечения беременных с миомой матки больших размеров.

5. Разработать и внедрить в практическое здравоохранение алгоритм ведения беременности и родов у пациенток с миомой матки больших размеров.

Объект исследования – 54 беременные женщины с миомой матки больших размеров и 30 женщин с физиологическим течением беременности (контрольная группа), беременность у которых наступила спонтанно.

Предмет исследования – клиническое течение беременности и исходы родов, биохимические и гематологические показатели крови, показатели гормонального и иммунного статуса, результаты гистологического исследования плацент и миоматозных узлов у пациенток с миомой матки больших размеров.

Положения, выносимые на защиту:

1. Течение беременности у женщин с миомой матки больших размеров сопровождается: угрозой прерывания беременности, фетоплацентарной недостаточностью, хронической внутриутробной гипоксией плода (ХВГП), синдромом задержки роста плода (СЗРП) при наличии инфекции с преимущественным выявлением микоуреаплазмы.

2. Во время беременности у женщин с миомой матки больших размеров не выявлены какие-либо изменения уровней эстрадиола во II и III триместрах, при этом отмечено повышенное содержание прогестерона во II триместре и постепенное его снижение в III триместре беременности по сравнению с группой здоровых женщин. В 16,7% случаях при расположении плаценты в проекции узлов и в 14,8% случаях при множественной миоме отмечено наличие фетоплацентарной недостаточности.

3. На фоне наличия инфекции (преимущественно микоуреаплазмы) течение беременности сопровождается более быстрым ростом миоматозных узлов в диаметре и трофическими нарушениями в миоматозных узлах по данным ультразвукового исследования с последующим подтверждением результатами гистологического исследования удаленных миоматозных узлов. Комплексная терапия с включением антибиотиков широкого спектра действия, дезинтоксикационной терапии, дезагрегантов позволяет добиваться клинической излеченности в случаях трофических нарушений и пролонгировать беременность до доношенной даже при наличии сохраняющихся изменений по данным ультразвукового исследования.

4. У женщин с миомой матки больших размеров выявлено повышение уровней интерлейкина-8 (ИЛ-8) и рецептора 1 типа фактора некроза опухоли (p55) в биологических средах, количества лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ), концентрации фибриногена, С-реактивного белка (СРБ) и антистрептолизина-О (АСЛО) в обеих группах вне зависимости от наличия инфекции или ее отсутствия, при этом имеется достоверное увеличение

уровня рецептора 1 типа фактора некроза опухоли (p55) в моче в группе пациенток с наличием инфекции.

5. Разработанный и внедренный в практическое здравоохранение алгоритм ведения беременности и родоразрешения у женщин с миомой матки больших размеров, включающий обязательное обследование пациенток на наличие инфекционного фактора методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), терапию, направленную на коррекцию имеющихся изменений состояния фетоплацентарного комплекса в разные сроки гестации с последующим родоразрешением в сроке доношенной беременности с применением реконструктивно-пластических операций во время кесарева сечения, позволяет сохранить репродуктивную функцию женщин в дальнейшем.

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно проведены патентно-информационный поиск по теме диссертации, подбор групп для исследований, клинико-anamnestическое, клинико-лабораторное обследование пациенток на базе ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» отделения патологии беременности № 2. Под руководством профессора, доктора медицинских наук С.И. Михалевич определены тема, цель и задачи исследования, разработана инструкция по применению «Алгоритм ведения беременности и родов у женщин с миомой матки больших размеров» [15], которая внедрена в практическое здравоохранение лично диссертантом в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», УЗ «1-я ГКБ», УЗ «6-я ГКБ» и УЗ «ГКБ СМП» г. Гродно, а также в учебный процесс кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья БелМАПО – вклад соискателя 85%. Забор крови и мочи для определения гормонального профиля, иммунологического статуса и определения биохимических и гематологических показателей выполнен лично автором и представлены в статьях [5, 6] и материалах научных конференций [8, 10, 11, 12, 14] – вклад диссертанта 90%. Выдвинутые на защиту научные положения, выводы диссертации являются результатом самостоятельных исследований автора и представлены в статьях [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7] – вклад соискателя 92%. Исследования для определения наличия специфических фрагментов ДНК возбудителей урогенитальных инфекций – *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, Herpes simplex virus I, II типов и Cytomegalovirus – методом полимеразной цепной реакции с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме реального времени были проведены соискателем под руководством сотрудников ЦНИЛ БелМАПО и изложены в статьях и материалах научных конференций [5, 6, 8, 10, 11, 12] – вклад диссертанта 96%. Определение концентрации цитокинов в образцах плазмы крови и мочи беременных проводилось с помощью

«сэндвич»-ИФА на основе моноклональных антител по методикам, разработанным ранее в лаборатории биотехнологии антител и цитокинов «РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий» под руководством д-ра мед. наук Н.Н. Войтенка и представлены в статьях и материалах научных конференций [5, 6, 8, 11, 12] – вклад соискателя 87%. Оформление первичной документации на каждую обследованную женщину, формирование компьютерной базы данных, статистическая обработка и интерпретация полученных результатов, оформление диссертационной работы с применением компьютерных технологий выполнены диссертантом самостоятельно – вклад диссертанта 98%.

Апробация результатов диссертации. Результаты исследований, включенные в диссертацию, доложены: на заседании кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья БелМАПО при участии слушателей цикла усовершенствования врачей в 2011–2012 гг. (г. Минск); Международной научно-практической конференции «Современные медицинские технологии в решении вопросов демографической безопасности» (2 доклада: «Ведение беременности и родоразрешения женщин с доброкачественными опухолями матки больших размеров», «Миома матки (беременность, состояние плода, факторы, влияющие на исход беременности и родов)» в 2011 г. (г. Минск); Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» (1 доклад: «Ведение беременности и родов у женщин с миомой матки больших размеров») в 2011 г. (г. Минск); Международной научно-практической конференции «Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави» (1 доклад: «Интерлейкин-8, фактор некроза опухоли и p55 в развитии патологического течения беременности у женщин с миомой матки больших размеров» в 2012 г. (г. Одесса)); Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Современные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности» (1 доклад: «Роль фактора воспаления у беременных женщин с миомой матки больших размеров» в 2012 г. (г. Минск)); III Международной молодежной научно-практической конференции «Научные стремления 2012» (1 доклад: «Инфицированность беременных с миомой матки больших размеров» в 2012 г. (г. Минск)); VI Международной научно-практической конференции молодых ученых «Нравственность. Репродуктивное здоровье. Демография» (1 доклад: «Инфицированность беременных с миомой матки больших размеров» в 2012 г. (г. Минск)). Награждена дипломом III степени лауреата смотряконкурса «Научные достижения, изобретения и рационализаторские предложения молодых ученых» в рамках Международной научно-

практической конференции «Современные медицинские технологии в решении вопросов демографической безопасности», за предоставленную работу «Миома матки (беременность, состояние плода, факторы, влияющие на исход беременности и родов», дипломом II степени в рамках Международной научно-практической конференции молодых ученых «Нравственность. Репродуктивное здоровье. Демография», за предоставленную работу «Инфицированность беременных с миомой матки больших размеров».

Опубликованность результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 14 работ: из них 7 статей в научных журналах, включенных в перечень изданий, соответствующий пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь, объемом 3,39 авторских листа (135597 печатных знаков); 7 тезисов в материалах научных конференций и в научных журналах (общий объем – 2,72 авторского листа, 108673 печатных знаков). Без соавторства опубликованы 3 научные работы. Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждена 1 инструкция по применению «Алгоритм ведения беременности и родов у женщин с миомой матки больших размеров» (регистрационный № 091-0612 от 09.08.2012 г.).

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 139 страницах, содержит 18 таблиц и 14 рисунков, которые занимают 17 страниц, имеет приложения (инструкция по применению, акты внедрения результатов исследования). Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, главы с описанием материала и методов исследования и 3 глав собственных результатов исследований, заключения, библиографического списка. Список использованных источников включает 132 работы, из них 98 отечественных и стран СНГ и 34 иностранных авторов, 14 публикаций соискателя.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Проведено проспективное динамическое контролируемое псевдорандомизированное исследование, в которое включены 54 пациентки, составившие основную группу, с верифицированным диагнозом миомы матки больших размеров при наличии или отсутствии инфекционно-воспалительных заболеваний, с выявленным ростом миоматозных узлов, из них 28 беременных с миомой матки больших размеров с выявленной инфекцией (группа А) и 26 без нее (группа В). Все вошедшие беременные женщины с миомой матки находились на лечении в отделении патологии

беременных № 2 ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в 2010–2012 гг. В контрольную группу включены 30 женщин с физиологическим течением беременности в те же гестационные сроки (группа С). С учетом специфики каждого триместра обе группы (основная и контрольная) были разделены на три подгруппы.

В исследовании использованы следующие методы обследования: клинические, акушерско-гинекологические, гормональные, ультразвуковые, иммунологические, гистологические, исследования для определения наличия инфекции (методом полимеразной цепной реакции).

Статистическая обработка проведена с использованием стандартного пакета программ «STATISTIKA» (версия 6.0). Результаты обследования в зависимости от распределения признаков обработаны методами непараметрического анализа с использованием критериев: Манна–Уитни, дисперсионного анализа для оценки достоверности различий выборок при $p < 0,05$. Описание связи между переменными производили по результатам корреляционного анализа по Спирмену (r). С помощью программы SPSS, используя метод бинарной логической регрессии, рассчитали вероятность наступления события (p).

Результаты собственных исследований

Клиническая характеристика обследованных женщин. Средний возраст беременных группы А составил $32,1 \pm 4,3$ лет; группы В – $33,2 \pm 5,1$ лет; группы С – $29,7 \pm 4,4$ лет ($p > 0,05$). Первородящие в основной группе исследования составили 61,1% (33), повторнородящие – 38,9% ($p > 0,05$). В анамнезе до беременности были нарушения менструального цикла от момента становления до начала данной беременности у 27,8% пациенток, что проявлялось в виде альгодисменореи в 16,7%, в виде меноррагии – в 7,4%, в виде олигоменореи – в 3,7% и гипоменореи – в 1,7% случаях. Анализ сопутствующей экстрагенитальной патологии выявил, что у пациенток с миомой матки больших размеров наиболее часто встречались заболевания органов дыхания – у 22 (40,7%), заболевания сердечно-сосудистой системы – у 23 (42,6%), желудочно-кишечного тракта – у 10 (18,5%), мочевыделительной системы – у 11 (20,4%), заболевания эндокринной системы – у 13 (24,1%), органов зрения – у 18 (33,3%), нарушение жирового обмена – у 4 (7,4%), патология печени – у 6 (11,1%), варикозная болезнь – у 7 (13%) беременных. Воспалительные заболевания органов малого таза встречались у 11 (20,4%) пациенток с миомой матки больших размеров, эрозия шейки матки – у 24 (44,4%), различные нарушения менструальной функции – у 15 (27,8%), ИППП – у 28 (51,9%), у 3 (5,6%) женщин миома матки больших размеров сочеталась с пороками развития матки. Анализ репродуктивной функции

показал, что 19 (35,2%) пациенток с миомой матки больших размеров в анамнезе не имели беременностей. Наиболее частым исходом предыдущих беременностей у пациенток с миомой матки больших размеров был искусственный аборт у 23 (42,6%) пациенток, неразвивающаяся беременность отмечалась в анамнезе у 9 (16,7%) беременных. Давность заболевания 5 лет и более отмечалась у 10 (18,5%) пациенток. В группе А на фоне инфицирования отмечено укорочение периода развития и роста миоматозных узлов по сравнению с группой В. В результате исследования у пациенток были отмечены следующие осложнения: анемия – у 24 (44,4%), гестоз – у 7 (13%), угроза прерывания – у 45 (83,3%), нарушения фетоплацентарного кровотока – у 25 (46,3%), СЗРП – у 8 (14,8%), хроническая гипоксия плода – у 10 (18,5%), предлежание петель пуповины – у 1 (1,9%), низкая плацентация – у 2 (3,7%), метаболический синдром – у 4 (7,4%), многоводие – у 7 (13%), маловодие – у 3 (5,6%), холестатический гепатоз – у 1 (1,9%), тазовое предлежание – у 4 (7,4%), неправильное положение плода – у 3 (5,6%) беременных.

При изучении плодово-маточного кровотока из 54 наблюдаемых у 23 (42,6%) беременных отмечалось его нарушение легкой степени, и у 2 (3,7%) беременных средней степени. ПН встречалась у 13 беременных с миомой матки больших размеров и инфекцией и у 12 с миомой матки больших размеров и без инфекции. Определяющими факторами развития ПН у пациенток группы А (миома + инфекция) явились ИППП и множественная миома, которая была выявлена в 8 (61,5%) случаях из 13. У 9 (69,2%) беременных женщин наблюдались нарушения питания миоматозного узла, в виде структурных изменений по данным ультразвукового исследования, что в последующем нашло подтверждение при гистологическом исследовании данных миоматозных узлов. Своевременно назначенная терапия позволила пролонгировать беременность до доношенного срока. Одним из определяющих факторов развития ПН в группе В (миома/без инфекции) явилось расположение плаценты по отношению к миоматозным узлам. Полученные данные показывают, что ПН, отмеченная нами у 9 (75%) из 12 беременных при локализации плаценты в проекции узла, развивалась достоверно чаще, чем при локализации плаценты вне проекции узла ($p < 0,05$).

При патоморфологическом исследовании плацент были выявлены признаки микротромбоза у 6 (11,5%), кровоизлияния – у 9 (17,3%), истощение плаценты – у 4 (7,7%), сужение ее межворсинчатого пространства – у 14 (26,9%), гипоплазия концевых ворсин и их неправильное расположение в межворсинчатом пространстве – у 17 (32,7%), повышенное отложение фибриноида и фибриноидное перерождение эпителия ворсин,

стромы и стенок сосудов – у 13 (25%), бедность кровеносными сосудами стволовых и терминальных ворсин – у 12 (23,1%) беременных. Из 52 исследованных плацент в 6 (11,5%) случаях был гнойный хориодецидуит, в 12 (23,1%) случаях имел место париетальный серозный децидуит, в 21 (38,9%) случае наблюдались острые или хронические гипоксические изменения в плаценте в виде ангиопатии, фибриноидной трансформации ворсин, отежной плацентарной ткани. В 13 (25%) случаях плаценты были без видимых воспалительных изменений, все пациентки из группы В. При проведении данного исследования было выявлено, что в 39 (75%) случаях плаценты были зрелыми, а в 13 (25%) случаях – незрелыми. Проведенная плацентометрия позволила установить снижение органомерических параметров плаценты (уменьшение ее средней массы и средних размеров) особенно при локализации в проекции миоматозного узла.

При гормональном исследовании у женщин с миомой матки больших размеров при наличии инфекции и без нее имелось достоверное повышение уровня прогестерона в периферической крови в 18–22 недели беременности ($p=0,000166$, $p<0,05$, U-тест Манна–Уитни) по сравнению с группой контроля. В группах А и В по уровню прогестерона в периферической крови не было выявлено статистически значимых различий ($p=0,3218$, $p>0,05$, U-тест Манна–Уитни). У женщин в группах А и В наблюдалось снижение уровня прогестерона в периферической крови в 35–37 недель беременности относительно II триместра, но статистически не отличался от группы контроля ($p>0,05$). В основной и контрольной группах не установлены статистически значимых различий в уровнях эстрадиола на протяжении всей беременности ($p>0,05$).

При обследовании на наличие инфекции беременных с миомой матки больших размеров выявлено наличие вирусов и бактерий в 51,28% случаев с преимущественным обнаружением микоуреаплазмы (28,6%). При исследовании уровней рецептора р55 ФНО в периферической крови и моче у 39 пациенток с миомой матки больших размеров в сроки от 18–22, 23–33, 34–39 недели беременности имелось достоверное увеличение содержания р55 в плазме крови, диапазон колебаний в группе А составил 1,7 (1,3–2,5) нг/мл ($p<0,05$) и диапазон колебаний в группе В – 1,6 (1,4–2,1) нг/мл ($p<0,05$) по сравнению с таковым у практически здоровых беременных (группа С) 1,25 (1,2–1,4) нг/мл. В группах А и В по содержанию уровня р55 в плазме крови не было выявлено статистически значимых различий ($p>0,05$). При исследовании уровней рецептора р55 в моче у беременных группы А и В наблюдалось достоверное увеличение содержания р55 в моче в группе А 5,95 (2,4–14,6) нг/мл ($p<0,05$) по сравнению с группой контроля. В группах С и В по содержанию уровня рецептора р55 в моче не было выявлено

статистически значимых различий 3,2 (1,7–6,6) нг/мл ($p > 0,05$). Выявленные достоверные отличия в концентрации р55 в моче в группах А и В ($p < 0,05$) свидетельствовали о наличии инфекционного процесса, и у пациенток группы А концентрация р55 отличалась в 1,98 и в 3,6 раза от групп В и С соответственно. При выполнении корреляционного анализа обнаружена умеренная обратная корреляционная зависимость между содержанием р55 в моче и наличием микст-инфекции ($r = -0,35$ по Спирмену; $p = 0,034646$). При изучении состояния новорожденных детей от женщин с миомой матки больших размеров и инфекцией позволило выявить прямую корреляционную зависимость между возникновением патологии новорожденного и уровнем р55 в моче их мам во время беременности ($r = 0,24$ по Спирмену; $p = 0,0491$). У 11 (20,4%) детей, рожденных беременными с миомой матки больших размеров и инфекцией, был выставлен диагноз ВУИ: стафилококковая, энтерококковая и хламидийная инфекция; врожденная пневмония неуточненной этиологии; нарушения периода адаптации в виде неонатальной желтухи и неврологической симптоматики; маловестность к сроку гестации; асфиксия умеренной степени.

Концентрация ИЛ-8 оказалась в 1,75 раза выше в плазме крови у беременных группы А 10,3 (7–12,5) ($p < 0,05$) в сравнении с группой контроля. В группах С и В при сравнении концентрации ИЛ-8 в плазме крови не было выявлено статистически значимых различий ($p > 0,05$). Отличия динамики продукции ИЛ-8 отмечались в моче, наблюдалось повышение данного параметра у беременных основной группы, в группе А 23,3 (14,25–69,05) ($p < 0,05$) и в группе В 21,3 (7,2–42,2) ($p < 0,05$), чем у здоровых беременных, в группе С 7,0 (7,0–7,4), что в 6,4 и 4,7 раза соответственно отличается от группы контроля. Тест Манна–Уитни не показал достоверного различия в группах А и В по уровню ИЛ-8, как в плазме крови, так и в моче.

Средние уровни СРБ в сыворотке крови у беременных основной группы 7,05 (5,4–12,9) мг/мл и 6,3 (5,1–7,6) мг/мл был достоверно выше, чем в группе контроля 1,5 (1,3–1,8) мг/мл ($p < 0,05$). Концентрация АСЛО в сыворотке крови у беременных в группе А 78,1 (68,3–129,8) МЕ/мл и В 97,4 (47,2–111,7) МЕ/мл соответственно и был достоверно выше, чем в группе С 18,6 (16,3–23,1) МЕ/мл ($p < 0,05$). Также были выявлены изменения показателей гемостаза в основной группе в виде повышения содержания фибриногена в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$). При динамическом изучении гемограммы установлено отсутствие достоверных изменений показателей лейкоцитарной формулы, однако было отмечено увеличение содержания лейкоцитов ($p < 0,05$) и скорости оседания эритроцитов ($p < 0,05$) относительно группы С.

Из 54 беременных основной группы родили 52 женщины в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», 2 пациентки были госпитализированы в другие стационары, где им было выполнено кесарево сечение с надвлагалищной ампутацией матки. Самостоятельные роды в основной группе – у 13 (25%) женщин. Операцией кесарево сечение родоразрешены 39 (75%) беременных. Все женщины основной группы родоразрешались в плановом порядке, кроме 2 (5,4%) пациенток, которые нуждались в экстренной операции в одном случае в связи с преждевременным излитием околоплодных вод, а в другом – по поводу острой внутриутробной гипоксии плода. Показания к хирургическому родоразрешению: наличие низко расположенных узлов (шеечное – 1 (1,9%), перешеечное – 3 (5,8%)), низкое расположение – 5 (9,6%)), миомы матки больших размеров при разной локализации узлов – 26 (50%), одиночной миомы матки больших размеров – 11 (21,2%), сочетание миомы и имеющегося рубца на матке после предыдущего кесарева сечения – 3 (5,8%), тазового предлежания плода – 2 (3,8%), поперечного положения плода – 1 (1,9%), экстрагенитальной патологии – 6 (11,5%), крупного плода – 1 (1,9%), ХФПН – 7 (13,5%), СЗРП – 4 (7,7%), предлежания петель пуповины – 1 (1,9%), кисты яичника – 1 (1,9%).

При исследовании выявлено, что у 39 женщин размеры наибольшего миоматозного узла составляли от 5 до 15 см в диаметре, у 12 пациенток – от 10 до 15 см, у 27 обследованных – от 5 до 10 см. После операции кесарево сечение оказалось, что линейные размеры удаленных миоматозных узлов были на 2–3 см больше, чем размеры этих же узлов, полученные по данным УЗИ. В 29,6% случаев количество узлов было большим, чем отмечено по данным УЗИ до операции. Интраоперационно были обнаружены субсерозные узлы у 4 обследуемых, субсерозно-интерстициальные – у 24, интерстициальные – у 15 и 2 пациентки имели субмукозно-интерстициальные миоматозные узлы больших размеров (от 5 до 11 см в диаметре). У всех обследованных узлы располагались в теле матки, локализуясь по передней стенке у 26 пациенток, по задней стенке матки – у 8, по боковой стенке матки – у 27, у дна матки – у 7. Таким образом, преимущественно отмечалась локализация по передней и боковой стенкам (98,1%). У 1 беременной с миомой матки больших размеров отмечалось шеечное расположение миоматозного узла, у 3 – шеечно-перешеечное, у 5 – низкое. У 22 обследованных была выявлена множественная миома матки, у 32 – одиночные миоматозные узлы больших размеров.

Срок родоразрешения путем операции кесарева сечения или родов в среднем составил $38,17 \pm 1,02$ недель. Производилась лапаротомия по Пфанненштилю, Джоел–Кохену либо нижняя срединная лапаротомия. Разрез на матке определялся с учетом расположения узлов и бережного

извлечения плода и, как правило, в нижнем сегменте. В 2 случаях прибегали к корпоральному кесареву сечению. Извлекали плод, затем плаценту, проводили кюретаж слизистой полости матки, вводили в мышцу матки 5 ЕД окситоцина, 1,0 мл метилэргометрина или его аналогов внутривенно струйно и далее 10 ЕД окситоцина титровали внутривенно капельно в течение последующих 4–6 часов в послеоперационном периоде. Обязательно выполнялся гемостаз углов раны на матке. Рана на матке после кесарева сечения не ушивалась до момента удаления последнего узла, так как при этом имелась возможность контролировать рукой локализацию узлов, а затем места миометрия в области удаленных узлов после ушивания. Перевязку маточных артерий проводили с двух сторон при величине миоматозных узлов более 8 см и кровопотери интраоперационно более 1000 мл и при локализации миоматозного узла в нижнем сегменте, шейке матки, боковых стенках. В случае патологической кровопотери с целью восполнения факторов свертывающей и противосвертывающей систем использовали СЗП интраоперационно. Все разрезы на матке для удаления выполнялись с учетом расположения мышечных волокон. При шеечном и шеечно-перешеечном расположении узлов как по передней, так и по задней стенках выполнялся поперечный разрез на матке. При интралигаментарном расположении узла возможно рассечение круглой, при необходимости – собственной связки яичника. При субсерозных узлах на широком основании и субсерозно-интерстициальных узлах миомэктомия осуществлялась с разрезом капсулы по верхнему или нижнему полюсу узла и его вылушивание, частично острым и частично тупым путем, подтягивая узел с помощью зажима. В дальнейшем послойно ушивали ложе узла двурядным швом в зависимости от величины интерстициального компонента. Считали очень важным произвести тщательное лигирование сосудов перед извлечением нижнего полюса опухоли. При субсерозных узлах на тонком основании ножка узла прошивалась и перевязывалась у основания с последующим отсечением узла. Во всех 39 случаях удаляли все миоматозные узлы. При выборе шовного материала отдавали предпочтение синтетическим длительно рассасывающимся нитям. Вопросы дренирования брюшной полости решались в каждом случае индивидуально. При наличии обширной раневой поверхности и значительной кровопотери > 1000 мл с целью контроля гемостаза проводили дренирование брюшной полости на 1–2 суток с последующим удалением дренажных трубок.

Длительность операции составляла от 17 до 202 мин. Кровопотеря при операции кесарева сечения в сочетании с РПО на матке у больных с миомой матки колебалась от 500 до 1900 мл, в среднем $985,14 \pm 315,32$ (500–1900) мл. Осложнения после кесарева сечения наблюдались у 23 (62,2%) женщин в

виде анемии – у 20 (54,1%), позадиматочной гематомы – у 3 (8,1%), которые не потребовали повторного оперативного вмешательства. Динамическое наблюдение за инволюцией матки в послеоперационном периоде показало, что скорость данного процесса зависела от величины удаленных узлов и их локализации. Так при удалении интрамурально расположенных узлов инволюция шла более медленными темпами к 6–7 суткам, чем у женщин с удаленными субсерозными узлами. Средняя продолжительность пребывания родильниц на койке после операции составила $9,51 \pm 3,36$ (8 (5–21)) дней.

Самостоятельные роды были у 13 (25%) женщин, 4 – повторнородящие, 9 – первородящие. Осложнения во время родов были выявлены только у первородящих в виде слабости родовой деятельности (в 2 наблюдениях) и преждевременного излития околоплодных вод (в 1 наблюдении). Размер миоматозных узлов был от 5 до 8 см, располагались в основном по передней стенке, ближе ко дну матки. Все узлы были субсерозные, интерстициальные и субсерозно-интерстициальные.

Показатели физического развития новорожденных у матерей основной и контрольной группы не отличались.

Схема ведения беременности с миомой матки больших размеров изображена на рисунке 1.



Рисунок 1 - Схема ведения беременности с миомой матки больших размеров

В отдаленные сроки после реконструктивно-пластических операций на матке во время кесарева сечения (0,6–1 год) не было выявлено роста миоматозных узлов, констатирована достоверно высокая продолжительность полноценной лактации ($7,44 \pm 3,02$ мес.), по сравнению с контингентом родильниц с миомой матки, которым не проводилась миомэктомия. Различий в сроках лактации между женщинами с единичными или множественными миомами не получено. Становление характера менструального цикла после родов было тесно связано с лактацией, так у 31 женщины из 52 менструации восстановились в первые три месяца. После самостоятельных родов в дальнейшем размеры узлов в течение 1 года были прежними (большими), что требовало решения вопросов, как лечения, так и возможностей репродуктивного прогноза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Беременность протекала с осложнениями у всех женщин с миомой матки больших размеров в 100% случаях. Течение беременности у женщин с миомой матки больших размеров сопровождалось: угрозой прерывания – в 83,3% случаях, фетоплацентарной недостаточностью – в 46,3%, СЗРП – в 14,8%, ХВГП – в 18,5% и протекало на фоне наличия инфекции в 51,28% случаев с преимущественным выявлением (28,6%) микоуреаплазмы. Установлены критические сроки по невынашиванию беременности у первородящих – 10–12, 18–20, 24–26, 28–30, 34–36 недель, у повторнородящих – 10–12, 15–16, 21–23 и 30–34 недели [1, 9, 13, 14].

2. На фоне наличия инфекции (преимущественно микоуреаплазмы) течение беременности сопровождается более быстрым ростом миоматозных узлов в диаметре и трофическими нарушениями в миоматозных узлах по данным ультразвукового исследования с последующим подтверждением результатами гистологического исследования удаленных миоматозных узлов. Деструктивные изменения в узлах по данным гистологического исследования имели место в 9 (32,1%) случаях. Комплексная терапия с включением антибиотиков широкого спектра действия, дезинтоксикационной терапии, дезагрегантов позволяет добиваться клинической излеченности в случаях трофических нарушений и пролонгировать беременность до доношенной даже при наличии сохраняющихся изменений по данным ультразвукового исследования. В 16,7% случаев при расположении плаценты в проекции узлов и в 14,8% случаев при множественной миоме отмечены проявления фетоплацентарной недостаточности [7, 13, 14].

3. У пациенток с миомой матки больших размеров беременность протекает на фоне повышенного содержания прогестерона во II триместре, что обеспечивает понижение чувствительности миометрия к окситоцину «эффект поддержания беременности». У женщин с миомой матки больших размеров при наличии инфекции и без нее установлено снижение уровня прогестерона в периферической крови в III триместре беременности до значений, достоверно не отличающихся от показателей в группе контроля. При этом течение беременности у женщин с миомой матки больших размеров не сопровождается достоверными изменениями уровней эстрадиола во II и III триместрах по сравнению с группой здоровых женщин. Не выявлено влияния инфекционного фактора на синтез прогестерона и эстрадиола во время беременности у женщин с миомой матки больших размеров, так как беременность у женщин с миомой матки больших размеров протекала на фоне повышенного содержания прогестерона в группе А 239,24 (223,2465–323,465) нмоль/л ($p=0,000553$, $p<0,05$, U-тест Манна–Уитни) и в группе В 295,48 (227,98–344,33) нмоль/л ($p=0,000166$, $p<0,05$, U-тест Манна–Уитни) по сравнению с физиологически здоровыми беременными (группа С) 90,63 (77,09–152,34) нмоль/л), в связи с чем данные пациентки не нуждались в применении гестагенов для лечения угрозы прерывания беременности и фетоплацентарной недостаточности [1, 4, 10, 14].

4. При обследовании беременных с миомой матки больших размеров в 51,28% случаев выявлено наличие инфекции, вирусной или бактериальной этиологии. Установлена патологическая роль уреоплазм и микоплазм у женщин с миомой матки больших размеров, как мембранных паразитов в развитии опухолевых процессов, что совпадает с мнениями ряда других авторов. Течение беременности на фоне миомы матки больших размеров сопровождалось повышением интерлейкина-8 (ИЛ-8) и рецептора 1 типа фактора некроза опухоли (p55) в биологических средах, уровня лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ), концентрации фибриногена, СРБ и АСЛО как у пациенток с выявленной инфекцией, так и у пациенток без инфекции, что несомненно повышает риск роста миоматозных узлов, а также приводит к нарушению формирования фетоплацентарной системы. Исследование уровня рецептора p55 в моче – это высокоинформативный способ диагностики инфекции, при повышении которого целесообразно провести дообследование путем полимеразной цепной реакции для выявления вида инфекции и адекватного назначения комплексной терапии. Мониторинг показателя p-55 в моче является более информативным и неинвазивным методом диагностики по сравнению с исследованием его в плазме крови. Выявлена прямая корреляционная зависимость возникновения

патологии новорожденных с увеличением показателя p55 ($r=0,24$ по Спирмену; $p=0,0491$) [5, 6, 8, 10, 11, 12].

5. Реконструктивно-пластическая операция на матке во время кесарева сечения, выполненная в оптимальные сроки с учетом состояния плода, позволяет, сохранить орган женщины – матку, выполнить 2 операции одновременно (кесарево сечение и реконструктивно-пластическую операцию на матке: миомэктомия, метропластика), избежать потери органа, как на этапе родов, так и в последующем, сохраняя репродуктивную функцию женщины. При проведении реконструктивно-пластических операций на матке во время кесарева сечения не отмечено увеличения частоты послеоперационных осложнений и ухудшения течения послеродового периода [2, 3, 4, 7, 13, 15].

6. Ведение беременности и родов у женщин с миомой матки больших размеров должно обеспечиваться учреждениями здравоохранения III уровня (областные роддома, перинатальные центры) и РНПЦ «Мать и дитя», где квалифицированную помощь могут оказывать врачи высшей квалификационной категории, владеющие техникой сложных оперативных вмешательств. Предлагаемый и внедренный в практическое здравоохранение алгоритм ведения беременности и родоразрешения у женщин с миомой матки больших размеров включает обязательное исследование на наличие инфекционного фактора, терапию, направленную на коррекцию возможных изменений состояния фетоплацентарного комплекса в разные сроки гестации с последующим родоразрешением в сроке доношенной беременности с применением реконструктивно-пластических операций во время кесарева сечения [2, 3, 4, 7, 13, 15].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Все беременные женщины с наличием миомы матки больших размеров должны находиться под «Д» наблюдением участкового врача-акушера-гинеколога с учетом группы высокого риска развития акушерских осложнений, как во время беременности, так и в родах, согласно предложенному нами алгоритму «Алгоритм ведения беременности и родов у женщин с миомой матки больших размеров» [2, 3, 7, 13, 15].

2. Критическими сроками для стационарного лечения по невынашиванию беременности у первородящих пациенток с миомой матки больших размеров являются 10–12, 18–20, 24–26, 28–30, 34–36 недель, у повторнородящих – 10–12, 15–16, 21–23 и 30–34 недели беременности [1].

3. Исследование уровня рецептора p55 в моче является высокоинформативным и неинвазивным способом диагностики инфекции. Направление на данное обследование осуществляется в лаборатории

биотехнологии антител и цитокинов «РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий» под руководством д-ра мед. наук Н.Н. Войтенка. При выявлении уровня р55 в моче более 3,5 нг/мл, необходимо обследовать пациентку на инфекции, передающиеся половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Herpes simplex virus I, II* типов и *Cytomegalovirus*), методом полимеразной цепной реакции с целью выявления вида инфекции и с последующим назначением адекватной комплексной терапии [5, 6, 8, 11].

4. У пациенток с миомой матки больших размеров необходимо проводить исследование уровня прогестерона при возникновении угрозы прерывания беременности. При получении нормальных показателей данного гормона нет необходимости применения гестагенов для лечения угрозы прерывания беременности или/и фетоплацентарной недостаточности. С целью лечения угрозы прерывания беременности применять лекарственные средства спазмолитического действия, токолитики и другие препараты, действие которых направлено на пролонгирование беременности и улучшение фетоплацентарного кровотока [9, 13, 14].

5. Родоразрешение женщин с миомой матки больших размеров должно обеспечиваться учреждениями здравоохранения III уровня (областные роддома, перинатальные центры III уровня) и РНПЦ «Мать и дитя», где квалифицированную помощь могут оказывать врачи высшей квалификационной категории, владеющие техникой сложных оперативных вмешательств, что позволяет одновременно выполнить 2 операции (кесарево сечение и реконструктивно-пластическую операцию на матке: миомэктомия, метропластика), избежать потерю органа, сохранить репродуктивную функцию женщины [2, 3, 7, 13, 15].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах

1. Капуста, А.В. Влияние преморбитного фона на рост миомы матки больших размеров / А.В. Капуста // Мед. панорама. – 2012. – № 9. – С. 44–46.
2. Капуста, А.В. Реконструктивно-пластическая операция на матке во время кесарева сечения у женщин с миомой матки больших размеров / А.В. Капуста // Мед. новости. – 2012. – № 7. – С. 75–78.
3. Михалевич, С.И. Ведение беременности и родов у женщин с миомой матки больших размеров / С.И. Михалевич, А.В. Капуста, Т.В. Марковская // Репродуктив. здоровье. Вост. Европа. – 2012. – № 6. – С. 14–20.
4. Михалевич, С.И. Возможности сохранения репродуктивной функции у женщин с шеечным расположением миоматозных узлов / С.И. Михалевич, А.В. Капуста, Т.В. Марковская // Мед. панорама. – 2011. – № 6. – С. 12–15.
5. Михалевич, С.И. Высокая и низкая вероятность инфицирования беременных с миомой матки больших размеров / С.И. Михалевич, А.В. Капуста // Ars medica. – 2013. – № 2. – С. 39–45.
6. Михалевич, С.И. Маркеры развития патологического течения беременности у женщин с миомой матки больших размеров / С.И. Михалевич, А.В. Капуста, Т.В. Марковская // Мед. новости. – 2012. – № 6. – С. 77–80.
7. Михалевич, С.И. Родоразрешение женщин с миомой матки больших размеров / С.И. Михалевич, А.В. Капуста // Экстр. медицина. – 2013. – № 3. – С. 61–68.

Материалы научных конференций

8. Капуста, А.В. Интерлейкин-8, фактор некроза опухоли и p55 в развитии патологического течения беременности у женщин с миомой матки больших размеров / А.В. Капуста // Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави : матеріали междунар. науч.-практ. конф., Одесса, 27–28 квітня 2012. – Одесса, 2012. – С. 35–38.
9. Михалевич, С.И. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки / С.И. Михалевич, А.В. Капуста // Мед. новости. – 2011. – № 2. – С. 18–25.
10. Михалевич, С.И. Влияние инфекционного воспалительного процесса на рост миоматозных узлов во время беременности / С.И. Михалевич, А.В. Капуста // Ars medica. – 2011. – № 4. – С. 269–270.
11. Михалевич, С.И. Значение ИЛ-8 и ФНО у беременных с миомой матки / С.И. Михалевич, А.В. Капуста // Ars medica. – 2011. – № 1. – С. 21–26.

12. Михалевич, С.И. Инфицированность беременных с миомой матки больших размеров / С.И. Михалевич, А.В. Капуста // Нравственность. Репродуктивное здоровье. Демография – 2012 : материалы VI междунар. науч.-практ. конф., Минск, 6–9 нояб. 2012. – Минск, 2012. – С. 127–131.

13. Михалевич, С.И. Особенности ведения беременности и родов у женщин с миомой матки больших размеров / С.И. Михалевич, А.В. Капуста // Ars medica. – 2011. – № 4. – С. 270–272.

14. Михалевич, С.И. Течение беременности и родов у женщин с миомой матки в зависимости от паритета родов и нарушения репродуктивной функции / С.И. Михалевич, А.В. Капуста // Современные медицинские технологии в решении вопросов демографической безопасности : материалы междунар. науч.-практ. конф., Минск, 23–24 нояб. 2011 г. / РНПЦ «Мать и дитя». – Минск, 2011. – С. 126–129.

Инструкции

15. Михалевич, С.И. Алгоритм ведения беременности и родов у женщин с миомой матки больших размеров: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 09.08.12 / сост.: С.И. Михалевич, Т.В. Марковская, А.В. Капуста; Белорус. Мед. акад. последипл. образования. – Минск, 2012. – 11 с.

РЭЗЮМЭ

Капуста Анастасія Вітольдаўна Вядзенне цяжарнасці і родаразрашэнне жанчын з міёмай маткі вялікіх памераў

Ключавыя словы: міёма маткі вялікіх памераў, цяжарнасць, інфекцыйны фактар, рэканструктыўна-пластычная аперацыя.

Мэта даследавання: распрацаваць і ўкараніць комплекс мерапрыемстваў па дыферэнцыраванаму вядзенню цяжарнасці і родаразрашэнню ў жанчын з міёмай маткі вялікіх памераў

Метады даследавання: клінічны, акушэрска-гінекалагічны, гарманальны, ультрагукавы, імуналагічны, гісталагічны, метады палімеразнай ланцуговай рэакцыі, статыстычны.

Атрыманыя вынікі і іх навізна. Упершыню ў Рэспубліцы Беларусь устаноўлены асаблівасці цяжарнасці і родаў у пацыентак з міёмай маткі вялікіх памераў, роля інфекцыйнага фактару ў развіцці ўскладненняў цяжарнасці ў пацыентак з міёмай маткі, узаемасувязь росту міёматозных вузлоў і наяўнасці ў іх трафічных змен з наяўнасцю інфекцыі, пераважна мікаўрэаплазменай этыялогіі, значнасць узроўню рэцэптара p55 у мачы як высокаінфарматыўнага спосабу дыягностыкі інфекцыі, выяўлены асаблівасці прадукцыі прагестэрона ў жанчын з міёмай маткі вялікіх памераў. Распрацаваны і ўкаранены алгарытм вядзення цяжарных жанчын з міёмай маткі вялікіх памераў, які ўключае наступныя клінічна значныя пазіцыі: 1) вядзенне цяжарнасці і родаразрашэнне пацыентак з міёмай маткі вялікіх памераў неабходна праводзіць ва ўстановах аховы здароўя III і рэспубліканскага ўзроўня; 2) лячэнне гестагенамі пры пагрозе перапынення цяжарнасці праводзіць пасля даследавання ўзроўню прагестэрона пры міёме маткі вялікіх памераў; 3) ўсім жанчынам з міёмай маткі вялікіх памераў і, асабліва, з прыкметамі трафічных парушэнняў у вузлах паказана абследаванне на інфекцыі з правядзеннем наступнага адэкватнага лячэння; 4) пры любых вузлах (памеры, лакалізацыя) магчыма захаванне цяжарнасці да даношаных тэрмінаў, а міёмэктамія і метрапластыка, з'яўляючыся вельмі складанымі хірургічнымі аперацыямі, дазваляюць захаваць рэпрадуктыўную функцыю ў дадзенага кантынгенту жанчын.

Рэкамендацыі па выкарыстанні. Распрацаваны алгарытм па вядзенню цяжарнасці і родаразрашэнню ў жанчын з міёмай маткі вялікіх памераў рэкамендуецца для выкарыстання ў практычнай працы ўрачоў-акушэраў-гінеколагаў ва ўмовах паліклінік і стацыянараў.

Галіна прымянення: акушэрства і гінекалогія.

РЕЗЮМЕ

Капуста Анастасия Витольдовна

Ведение беременности и родоразрешение женщин с миомой матки больших размеров

Ключевые слова: миома матки больших размеров, беременность, инфекционный фактор, реконструктивно-пластическая операция.

Цель исследования: разработать и внедрить комплекс мероприятий по дифференцированному ведению беременности и родоразрешению у женщин с миомой матки больших размеров.

Методы исследования: клинический, акушерско-гинекологический, гормональный, ультразвуковой, иммунологический, гистологический, метод полимеразной цепной реакции, статистический.

Полученные результаты и их новизна. Впервые в Республике Беларусь установлены особенности течения беременности и родов у пациенток с миомой матки больших размеров, роль инфекционного фактора в развитии осложнений беременности у пациенток с миомой матки, взаимосвязь роста миоматозных узлов и наличия в них трофических изменений с наличием инфекции, преимущественно микоплазменной этиологии, значимость уровня рецептора p55 в моче как высокоинформативного способа диагностики инфекции, выявлены особенности продукции прогестерона у женщин с миомой матки больших размеров. Разработан и внедрен алгоритм ведения беременных женщин с миомой матки больших размеров, включающий следующие клинически значимые позиции: 1) ведение беременности и родоразрешение пациенток с миомой матки больших размеров необходимо проводить в учреждениях здравоохранения III и республиканского уровней; 2) лечение гестагенами при угрозе прерывания беременности проводить после исследования уровня прогестерона при миоме матки больших размеров; 3) всем женщинам с миомой матки больших размеров и, особенно, с признаками трофических нарушений в узлах показано обследование на инфекции с проведением последующего адекватного лечения; 4) при любых узлах (размеры, локализация) возможно сохранение беременности до доношенных сроков, а миомэктомия и метропластика, являясь сложнейшими хирургическими операциями, позволяют сохранить репродуктивную функцию у данного контингента женщин.

Рекомендации по использованию. Разработанный алгоритм по ведению беременности и родоразрешению у женщин с миомой матки больших размеров рекомендуется для использования в практической работе врачей-акушеров-гинекологов в условиях поликлиник и стационаров.

Область применения: акушерство и гинекология.

SUMMARY

Anastasiya Kapusta

Prenatal care and delivery of women with a large uterine myoma

Key words: large uterine myoma, pregnancy, infectious factor, reconstructive surgery.

Aim of the research: to develop and to put into practice a complex of measures connected with differences in prenatal care and delivery in case of a large uterine myoma.

Methods of the study: clinical, obstetric-gynecologic, hormonal, hypersonic, immunologic, histologic methods of polymerase chain reaction, statistical.

The results obtained and their novelty. For the first time in the Republic of Belarus, the peculiarities of the gestation course and delivery in patients with a large uterine myoma have been determined, as well as the role of an infectious factor in the development of pregnancy complications in case of a large uterine myoma, correlation of myomatous nodules growth and the presence in them of any trophic infectious changes (mainly of a mico-ureaplasma aetiology), the value of the receptor p55 level in urine as a high-information method of infection diagnostics and peculiarities of progesterone production.

An algorithm of prenatal care of women with a large uterine myoma has been developed and introduced. It includes the following clinically important points:

1. Prenatal care and delivery of women with a large uterine myoma is necessary to conduct in the Republican health care institutions.
2. Gestogen treatment in case of pregnancy termination threat must be conducted after investigating progesterone level in case of a large uterine myoma.
3. All women with a large uterus myoma must be checked for the presence of infection and especially if they have any trophic changes in nodules with an adequate treatment if necessary.
4. In the presence of any nodules (sizes, localization), it is possible to prolong pregnancy and myomectomy and metroplasty can help women to save the reproductive function.

Recommendation for the use. The developed algorithm of prenatal care and delivery of women with a large uterine myoma is recommended for practical use by obstetricians-gynaecologists in polyclinics and hospitals.

The field of application: obstetrics and gynecology.

Подписано в печать 16.01.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,36. Тираж 60 экз. Заказ 19.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

