

2. Федоров Д.В., Киргизова О.Ю. Боли в спине у беременных женщин: причины возникновения, особенности патогенеза и биомеханики // Acta biomedica scientifica. – 2019. - №4(2). - С. 62-66.
3. Pennick VE, Young G. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. - 2007; (2):CD001139
4. Wormslev M, Juul AM, Marques B. Clinical examination of pelvic insufficiency during pregnancy: an evaluation of the interobserver variation, the relation between clinical signs and pain and the relation between clinical signs and physical disability. Scand J Rheumatol. - 1994; 23: 96–102.
5. Серов В.Н. Профилактика осложнений беременности и родов // Русский медицинский журнал – 2003. – Т. 11., № 16. –С. 889-892.

Сведения об авторах

К. Ю. Бабин – студент

М. В. Коваль – кандидат медицинских наук, доцент

А. Р. Хайрулин – кандидат педагогических наук, доцент

Information about the authors

K. Y. Babin- student

M. V. Koval – Candidate of Science (Medicine), Associate Professor

A. R. Khayrulin - Candidate of Science (Pedagogical), Associate Professor

УДК: 618.14–006.36–089.87

ИЗМЕНЕНИЕ РОСТА МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ ПРИ СРАВНЕНИИ СРЕДНЕГО ОБЪЕМА НА ПЕРВОМ И ТРЕТЬЕМ СКРИНИНГОВОМ УЗИ

Муниса Акмаловна Байматова¹, Анастасия Андреевна Михалевич², Тамара Алиевна Шамсутдинова³, Марина Владимировна Коваль⁴, Ольга Викторовна Максимьяк⁵

¹⁻⁴ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

⁵ГБУЗ СО «Екатеринбургский перинатальный центр», Екатеринбург, Россия

³tamaraalievna12@gmail.com

Аннотация

Введение. Фибромиома является самой распространенной доброкачественной опухолью у женщин позднего репродуктивного периода. **Цель исследования** - оценить изменение объема миоматозных узлов во время беременности на первом и третьем скрининговом УЗИ. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 289 обменных карт беременных и историй родов женщин с миомой матки на базе акушерского стационара № 1 ГБУЗ СО "Екатеринбургский клинический перинатальный центр" в период с 2017 по 2020 годы. **Результаты.** При сравнении миоматозных узлов в динамике роста на первом и третьем скрининговом УЗИ, статистически значимых различий не выявлено. **Обсуждение.** При анализе гинекологического и акушерского анамнеза выявлено, что сопутствующие гинекологические заболевания имелись

у 30,5% (88) обследованных женщин. **Выводы.** Значимых различий в динамике роста миоматозных узлов при сравнении среднего объема на первом и третьем скрининговом УЗИ не выявили. Небольшие размеры миоматозных узлов не влияют на способ родоразрешения.

Ключевые слова: миома матки, беременность, миомэктомия.

CHANGES IN THE GROWTH OF MYOMATOUS NODES WHEN COMPARING THE AVERAGE VOLUME AT THE FIRST AND THIRD SCREENING US

Munisa A. Baimatova¹, Anastasia A. Mikhalevich², Tamara A. Shamsutdinova³, Marina V. Koval⁴, Olga V. Maksimyak⁵

¹⁻⁴Ural state medical university, Yekaterinburg, Russia

⁵«Yekaterinburg Perinatal Center», Yekaterinburg, Russia

³tamaraalievna12@gmail.com

Abstract

Introduction. Fibromyoma is the most common benign tumor in women of the late reproductive period. **The aim of the study** – was to evaluate the change in the volume of myomatous nodes during pregnancy on the first and third screening ultrasound. **Materials and methods.** A retrospective analysis of 289 exchange cards of pregnant women and birth histories of women with uterine myoma was carried out on the basis of obstetric hospital No. 1 of the Ekaterinburg Clinical Perinatal Center in the period from 2017 to 2020. **Results.** When comparing myomatous nodes in the dynamics of growth at the first and third ultrasound screening, no statistically significant differences were found. **Discussion.** When analyzing the gynecological and obstetric anamnesis, it was revealed that concomitant gynecological diseases were present in 30.5% (88) of the examined women. **Conclusions.** There were no significant differences in the growth dynamics of myoma nodes when comparing the average volume at the first and third screening ultrasound. The small size of myomatous nodes does not affect the method of delivery.

Keywords: uterine fibroids, pregnancy, myomectomy.

ВВЕДЕНИЕ

Фибромиома является самой распространенной доброкачественной опухолью у женщин позднего репродуктивного периода [1]. Отмечается высокая распространенность миомы матки у женщин после 30–35 лет, поэтому стремление женщин к позднему планированию беременности и деторождению увеличивает риск патологии у данной возрастной группы [2]. В большинстве случаев миома матки не затрудняет наступление беременности, однако течение беременности, родов и послеродового периода на фоне данного заболевания сопровождается более высоким риском ее прерывания на любом сроке, развитием кровотечения, нарушением сократительной активности миометрия, потерей плода и самой матки в ургентной ситуации [3]. Стероидные гормоны яичников оказывают влияние на рост миоматозных узлов, их обнаружение возможно только после менархе, а в менопаузе узлы чаще всего регрессируют.

Всё больше доказательств ключевой роли прогестерона в увеличении роста и развития миомы матки [5]. Во время беременности резко повышается концентрация прогестерона в крови и может способствовать росту опухоли [7]. Ряд исследований выявляют уменьшение или исчезновение миоматозных узлов при беременности [6].

Цель исследования – оценить изменение объема миоматозных узлов во время беременности на первом и третьем скрининговом УЗИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 289 обменных карт беременных и историй родов женщин с миомой матки на базе акушерского стационара № 1 ГБУЗ СО "Екатеринбургский клинический перинатальный центр" в период с 2017 по 2020 годы. Критерием включения в исследование были:

- наличие миомы матки (не более трех узлов размером до 5 см различной локализации);
- возраст женщин на момент родов до 35 лет;
- наличие спонтанной одноплодной беременности;
- проведенное УЗИ органов малого таза с размерами миоматозного узла в 1 и 3 триместре беременности;

Критериям включения в исследование соответствовали только 67 пациенток:

- 20 пациенток исключены по поводу множественной миомы матки;
- 5 по поводу многоплодной беременности;
- 197 в связи с отсутствием корректного описания миоматозного узла в протоколах УЗИ.

У всех обследованных женщин оценивались анамнестические данные, акушерско-гинекологический анамнез, проведен анализ сопутствующей экстрагенитальной и гинекологической патологии, течение беременности и исход родов. Из протокола ультразвукового исследования оценивали характеристики миоматозных узлов, такие как локализация (субсерозные, интрамуральные, субмукозные), топография (по передней стенке, в дне матки, по задней стенке). Средний размер миоматозного узла оценивался по формуле: $\text{Объем} = \pi/6 * (\text{длина в см}) * (\text{ширина в см}) * (\text{переднезадний размер в см})$. Сравнивались изменения в объеме миоматозных узлов в течение беременности. Все полученные данные анализировались на персональном компьютере с помощью программ Microsoft Excel – 2010, Statistica 6.0. Все количественные параметры (результаты измерений) были проверены на соответствие нормальному распределению (с помощью критерия Шапиро-Уилка), для каждого из них были рассчитаны следующие показатели: среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (SD). Количественные данные представлены в абсолютных и относительных величинах (%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациенток в нашем исследовании 33,2 (2,2) года. Первородящие женщины составили 42,3%, (122), повторнородящие 57,7% (167). У 67% (194) женщин выявлена экстрагенитальная патология, причем у некоторых пациенток встречалось сочетание нескольких заболеваний

различных систем и органов. Наиболее часто встречалась: гипертоническая болезнь 31,1%, (90) миопия различной степени 18,2% (53), субклинический гипотиреоз 6,8% (20), ожирение 10,6% (31), анемия 1 степени 16,8% (49), варикозная болезнь вен нижних конечностей – 8% (23), ХСН 2,5% (7), сахарный диабет 3,5% (9), хронический пиелонефрит 2,5% (7).

ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе гинекологического и акушерского анамнеза выявлено, что сопутствующие гинекологические заболевания имелись у 30,5% (88) обследованных женщин. В структуре гинекологической патологии наиболее часто встречались: патология шейки матки – 38,3% (111), кисты яичников – 3,0% (9), патологические процессы эндометрия – 4,8% (14). Наличие бесплодия до настоящей беременности отмечено у 36% (104) пациенток с миомой матки.

Миома матки до беременности была выявлена только у 62% (179) пациенток, остальные 38% (110) узнали о наличии миомы при диагностике беременности. Эти данные указывают на то, что прегравидарная подготовка у женщин не проводилась. У 67 женщин по заявленным в исследовании критериям сравнивались размеры миоматозных узлов в первом и третьем триместрах. Локализацию миомы оценивали в соответствии с классификацией FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetric, FIGO). В большинстве случаев 34 (51%) отмечены интерстициальные узлы 4 типа, у 17 (25%) пациенток зарегистрированы интерстициально-субсерозные узлы 6 типа, у 13 (19%) интерстициально-субсерозные узлы 5 типа, у 3 (5%) пациенток были интерстициальные узлы контактирующие с эндометрием (3 типа). По отношению к стенкам матки: 34% миоматозных узлов зарегистрированы по передней стенке, 28% – по задней стенке матки, 38% – в дне матки. Средний диаметр миоматозного узла в первом триместре у обследуемых пациенток составил 3,33 (1,4), в третьем триместре 3,51 (1,2). При сравнении миоматозных узлов в динамике роста на первом и третьем скрининговом УЗИ, статистически значимых различий не выявлено. Если считать критерием увеличения объема миомы рост узла на 10% и более, то у 68% (45) беременных рост миомы не отмечался, у 19% (13) беременных размер миомы уменьшился до 2–3 см, у остальных беременных 13% (9) отмечалось увеличение миоматозного узла от 1,5 до 3 см. (рис. 1).

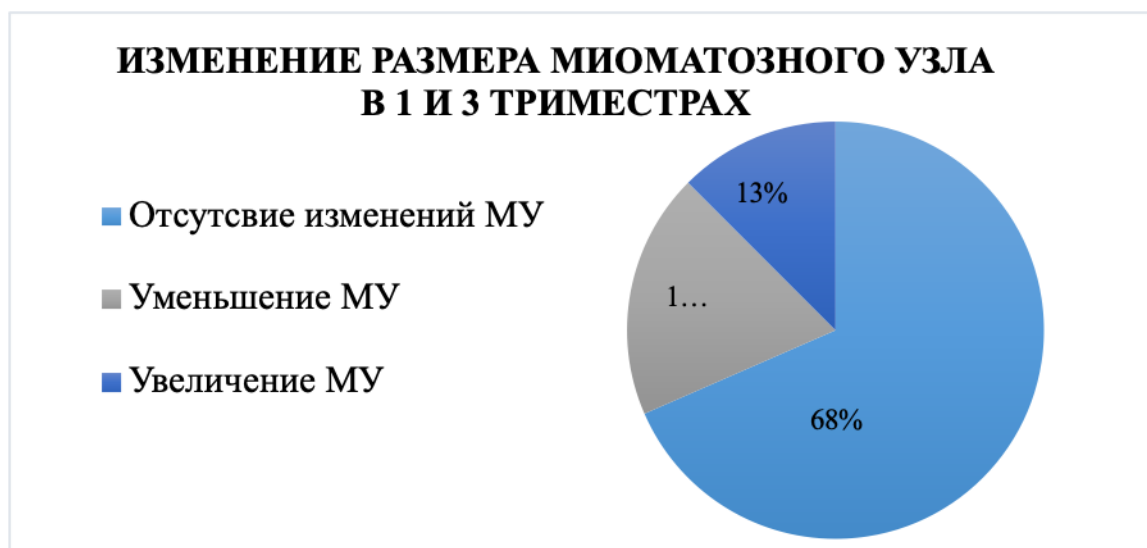


Рис. 1. Изменение размера миоматозного узла (МУ) в 1 и 3 триместрах

Во время гестации миоматозные узлы размягчаются в связи с интерстициальным отеком, могут уплощаться или становиться неотчетливыми при обследовании. В настоящий момент нет исследований, выявляющих влияние определенных факторов на рост миоматозных узлов во время беременности [7].

При анализе способа родоразрешения у женщин с миомой матки кесарево сечение было выполнено у 24,4% (70), среди них преждевременные оперативные роды составили 8,3% (24). Миомэктомия во время абдоминального родоразрешения не проводилась. Остальные протоколы родов описаны с исходом естественного родоразрешения и составили 67,3% (195). У 32,6% (94) во время родов отмечалась слабость родовой деятельности. Данные показатели сравнимы с общепопуляционными, это свидетельствует о том, что небольшие размеры доброкачественной опухоли матки не влияет на тактику родоразрешения.

ВЫВОДЫ

1. Установлена высокая частота экстрагенитальной и сопутствующей гинекологической патологии среди женщин, имеющих миому матки, которые являются факторами, способствующими развитию данной патологии.

2. Фактором риска перинатальных осложнений является выявление миомы матки лишь при беременности у 38% обследованных, что говорит об отсутствии прегравидарной подготовки среди данного контингента женщин.

3. Значимых различий в динамике роста миоматозных узлов при сравнении среднего объема на первом и третьем скрининговом УЗИ не выявили.

4. Небольшие размеры миоматозных узлов не влияют на способ родоразрешения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Адамян Л.В. Миома матки. Федеральные клинические рекомендации. – М.6 – 2020. – 23 с.
2. Ведение беременности и родоразрешение женщины с множественной миомой матки после лапароскопической и лапаротомной миомэктомий в анамнезе (клиническое наблюдение) / Гутикова Л.В., Кеда Л.Н., Гурин А.Л. и др. // Акушерство и Гинекология Санкт-Петербурга. – 2019. – №. 3–4. – С. 25–28.
3. Магомедова Л. М. Миома матки и беременность. Клинический случай. – 2021. – № 6. – С. 3–4.
4. Коваль М.В., Обоскалова Т. А. Влияние менопаузальной гормональной терапии в постменопаузе на миому матки // Таврический медико-биологический вестник. - 2018. - Т. 21., № 2(2). - С. 165–173.
5. Акишева А. Б., Цепляева Е. Ю. Особенности течения и ведения беременности и родов у пациенток с миомой матки // Голопристанский районный центр занятости, 2021. – №. 17–1. – С. 4–5.
6. Cesarean myomectomy in modern obstetrics: More light and fewer shadows / Sparić R., Kadija S., Stefanović A. [et al.] // Gynaecol. Res. – 2017; 43(5): 798-804.
7. The rapid growth of fibroids during early pregnancy / Benaglia L., Cardellicchio L., Filippi F. [et al.] // PLoS One. – 2014; 9(1): 785-933.

Сведения об авторах

М.А. Байматова – студент

А.А. Михалевич – студент

Т.А. Шамсутдинова – студент

М.В. Коваль – кандидат медицинских наук, доцент

О.В. Максимьяк – акушер-гинеколог

Information about the authors

M.A. Baimatova – student

A.A. Mikhalevich – student

T.A. Shamsutdinova – student

M.V. Koval – Candidate of Science (Medicine), Associate Professor

O.V. Maksimyak – obstetrician-gynecologist

УДК: 618.396

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ

Марина Ильфатовна Билалова¹, Мария Евгеньевна Татарина², Лилия Ивановна Коротовских³

¹⁻³ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия.

³ГБУЗ СО "Екатеринбургский клинический перинатальный центр", Екатеринбург, Россия.

¹m.bilalova96@gmail.com

Аннотация