

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У
ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
3 курса группы 03051624
Туровой Людмилы Анатольевны

Научный руководитель
Преподаватель Павленко А.А.

Рецензент
Старшая медицинская сестра отделения
анестезиологии и реанимации №3
ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница
Святителя Иоасафа,
перинатальный центр»
Куличенко Е.И.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3 |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МИОМЫ МАТКИ..... | 5 |
| 1.1 Клиническая картина..... | 5 |
| 1.2. Классификация..... | 7 |
| 1.3. Этиология и патогенез миомы матки..... | 9 |
| 1.4. Миома матки при беременности. | 11 |
| 1.5. Методы исследования..... | 13 |
| 1.6. Осложнения миомы матки. | 16 |
| 1.7. Профилактика миомы матки..... | 19 |
| ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ, | 21 |
| 2.1. Общая характеристика Перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»..... | 21 |
| 2.1. Роль акушерки в профилактике миомы матки у женщин репродуктивного возраста..... | 23 |
| 2.3. Статистический анализ данных заболеваемости миомой матки по России..... | 24 |
| 2.4. Статистический анализ данных заболеваемости миомой матки по ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа, перинатальный центр»..... | 28 |
| 2.5. Профилактика миомы матки у женщин репродуктивного возраста. . | 31 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 33 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ..... | 36 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ | 38 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Миома матки (Приложение 1) (фиброма, фибромиома) – это доброкачественное образование стенки матки, которое включает мышечные волокна и соединительную ткань. Среди всего женского населения частота заболеваемости миомой к 35 годам составляет 35-45 %. На группу 35-55 лет приходится весь пик заболевания, но на сегодняшний момент миома матки чаще диагностируется у женщин молодого репродуктивного возраста.

Клиническая диагностика не всегда возможна на ранних стадиях формирования опухоли. Для получения представления о форме, размерах и локализации опухоли очень важны данные бимануального ручного исследования.

Ультразвуковые, эндоскопические, рентгенологические исследования проводят с целью уточнения диагноза. Наиболее часто из эндоскопических исследований используют: цервико-, кольпо-, лапаро- и кульдоскопию, гистероскопию. Единовременно оценивают состояние яичников и эндометрия, различают миому с опухолями придатков матки, забирают материал для гистологического и цитологического подтверждения диагноза. При оценке эффективности лечения и постановке диагноза важно принимать во внимание дни менструального цикла, осмотры и УЗИ-сканирование проводить в динамике, в одни и те же дни цикла.

Чтобы определить план ведения больных и объем оперативного лечения женщин детородного возраста используют данные ультразвукового сканирования, по которым можно достаточно точно установить размеры, локализацию и состояние миоматозных узлов.

Достигая частоты 12-25% от всех гинекологических заболеваний, миома матки является самым распространенным заболеванием у женщин репродуктивного возраста. Наиболее высокая заболеваемость миомой матки

приходится на поздний репродуктивный период и перед климаксом. Истинная распространенность миомы значительно выше и достигает более 70%. Исключение возможности развития злокачественных новообразований зависит от своевременного выявления заболевания матки.

Цель работы: изучение, анализ и исследование миомы матки у женщин репродуктивного возраста и роль акушерки в ее профилактике.

Задачи:

1. Изучение теоретических основ о миоме матки.
2. Анализ особенностей клинического течения беременности у пациенток с миомой матки.
3. При анализе медицинской документации выявить статистические данные женщин с миомой матки.
4. Разработка рекомендаций по профилактике миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Объект исследования: женщины с заболеванием миомы матки

Предмет исследования: профилактика миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Организационный (сравнительный) метод.
3. Статистическая обработка информационного материал

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МИОМЫ МАТКИ.

1.1 Клиническая картина

Миома матки- это доброкачественная гормонально-зависимая опухоль, для которой характерно формирование узлов в мышечном слое. Чаще всего миома матки встречается у женщин в возрасте 35-50 лет, однако в последнее время отмечается склонность к омоложению заболевания (у женщин 25 лет и младше).

Клиника миомы матки зависит от ее размера, возраста, места нахождения и другого. Едиными симптомами могут быть боли и кровотечения, относящиеся и не относящиеся к менструальному циклу, их осложнения (гемодинамические расстройства, анемия). Боли при миоме матки могут быть при обычном (25-30%) и осложненном течении (80-100%) заболевания.

Женщины должны знать, что в начальной стадии болезни, когда ее можно очень быстро и легко вылечить, миома матки(фиброма) почти никак не проявляет себя. Её возможно выявить только при регулярном профилактическом осмотре у гинеколога – матка гораздо плотнее и увеличена.

В следствии развития миомы матки, начинают проявляться опасные симптомы, которые обязательно должны быть замечены женщиной и с которыми она должна обязательно направиться к гинекологу. Первое, что вас должно встревожить это большое количество менструальных выделений и продолжительность менструаций (меноррагией). В дальнейшем кровотечения становятся более сильными. После затяжного периода меноррагия может привести к анемии. Повышение количества выделений, свидетельствует о том, что из-за миомы мышцы матки сокращаются хуже и это требует грамотного медицинского вмешательства.

На фоне меноррагии так же может возникать другой опасный симптом – ациклические маточные кровотечения (метроррагии). При метроррагии

кровоочит слизистая оболочка матки, раздражающаяся от ее наличия, а не сама опухоль.

Одновременно с нестандартными кровотечениями, для миомы матки присущ болевой синдром, вид болей может быть разнообразным. Чаще всего боли сосредотачиваются в пояснице и нижнем отделе живота. Боли начинают носить острый резкий вид, когда заболевание доходит до точки расстройства кровообращения в миоме (миоматозном узле). Женщина чувствует ноющую тянущую боль, как правило в течении всего менструального цикла, при больших размерах опухоли и ее медленном росте. Когда опухоль растет в слизистой оболочке матки, боль носит схваткообразный характер. Изначально миомы безболезненны, болевой синдром выражается после конкретной стадии развития заболевания.

Значимое место в симптоматике миомы матки занимают расстройства функционирования ближайших органов, это прямая кишка и мочевого пузыря. Ощущение сдавления наблюдается в этих органах, если миома растет в их сторону. Мочеиспускания становятся более частыми и затрудненными. При давлении миомы и сжатии прямой кишки могут возникать хронические запоры.

Не стоит забывать о связи миомы матки с сердечно-сосудистой системой. При росте опухоли женщины жалуются на боли в области сердца, а так же на снижение тонуса сердечной мышцы. В более тяжелых случаях у пациентки может быть повышение венозного давления, что особенно неблагоприятно для людей которые имеют в своей жизни такую проблему, как гипертоническая болезнь и страдают сердечной недостаточностью. При отсутствии лечения, случаи перерождения доброкачественной опухоли (миомы) в злокачественную составляет менее 1% от всего количества заболеваний миомой.

1.2. Классификация

Узловая структура миомы может иметь единичную или множественную структуру, ее основу составляет мышечная структура тела матки. На вид образования напоминают эллипс или сферу, закрытые в псевдокапсуле, которая построена клетками узла вокруг себя. Капсула растет и в связи с этим происходит сдавление соседних тканей, которые находятся вокруг опухоли. На состав псевдокапсулы влияют: соединительные элементы тканей и мышечные волокна, это связано с тем, что рядом находятся покровы брюшины и слизистой. Волокна в узлах имеют переплетения, являются гладкомышечными и состоят из клеток вытянутой формы, у которых имеется сигарообразное ядро.

По расположению миоматозных узлов различают:

1. Субсерозную миому (узел находится под субсерозной оболочкой и растет в сторону брюшной полости);

2. Интерстициальную миому (узел растет в толще миометрия);

3. Субмукозную или подслизистую миому (узел находится под слизистой оболочкой и растет в полость матки);

4. Шеечную миому (узел находится в шейке матки).

В зависимости от размеров миоматозных узлов выделяют:

1. Миому небольших размеров (5-6 недель);

2. Средних размеров (7-11 недель);

3. Больших размеров (более 12 недель).

По характеру роста выделяют:

1. Ложный рост узла - увеличиваются при отеке и нарушении кровообращения в образовании (некроз узла);

2.Истинный рост (пролиферация мышечных клеток).

По количеству узлов выделяют:

1.Миома с одиночными узлами;

2.Миома с множественными узлами.

По выраженности клинических проявлений:

1.Бессимптомная;

2.Симптомная.

По гистологическому строению и преобладанию в миоматозных узлах той или иной ткани различают:

1.Миома матки (содержит только мышечные элементы);

2.Фиброма матки (содержит соединительную ткань);

3.Фибромиома матки (содержит мышечную и соединительную ткань).

Виды миоматозных узлов:

1.Подбрюшинный (субсерозный) – начинается из слоя мышц, расположенных ниже серозного, клетки узла увеличиваются на внешней части матки и развивается в направлении внутренней полости брюшины;

2.Межмышечный (интрамуральный) - начинает развиваться в среднем мышечном слое стенок матки, в котором формируется интрамуральная фиброма, которая постоянно располагается внутри стенок. Это приводит к задержке цикла и нарушению кровообращения;

3.Подслизистый (субмукозный) – узел развивающийся в глубоких слоях миометрия, находящийся под эндометрическим, развитие происходит в полости матки. Сильное разрастание узла, может привести к деформации тела матки.

Классификация по морфологическим признакам и скорости роста:

1. Простая форма миомы – имеет схожесть с гиперплазией миометрического слоя, для нее характерна медленная скорость роста. Клиника выражается в слабой форме, либо вообще не проявляется;

2. Пролиферирующая форма миомы – характеризуется быстрым ростом, межменструальными кровотечениями и ярковыраженными болями внизу живота.

1.3. Этиология и патогенез миомы матки.

Миома матки – доброкачественное образование стенки матки. В зависимости от расположения выделяют:

- Промежуточную – в слое стенки матки;
- Подслизистую – находится в слизистой оболочке матке и проходит в её полость;
- Подбрюшинную – развивается под брюшиной на поверхности тела матки.

Размеры миомы могут быть различными, начинаясь несколькими миллиметрами, доходя до двадцати сантиметров. В большинстве случаев развитие миомы матки случается у женщин старше 30 лет, риск развития повышается после 35 лет. В период климакса существенно возрастает риск роста и развития опухоли.

Факторов для развития миомы множество. Среди них можно отметить: нерегулярные чрезмерные менструации, сопровождающиеся ростом или падением уровня эстрогенов. Также риск заболевания в разы возрастает у девушек в возрасте 25 лет и выше, которые ведут нерегулярную половую жизнь. Не редким явлением является развитие миомы матки у женщин, страдающих ожирением, гипертонией, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ведущих малоподвижный образ жизни. Одной из причин развития миомы матки является наследственность.

Наиболее точную причину развития миомы матки определить достаточно проблематично. Одной из основных причин может являться нарушение гормонального фона, нарушение выработки эстрогенов. К увеличению опухоли может привести гипертрофия тканей мышечных волокон, вследствие чего нарушается функция гормона прогестерона. Все это зависит от наследственной предрасположенности, от системных нарушений организма, а также от общего состояния здоровья женщины. Из этого всего можно сказать о том, что одной причины появления этого заболевания нет.

Еще не до конца изучен патогенез миомы матки. Половым гормонам в развитии миомы матки дается определенная роль: эстрогены увеличивают рост опухоли, а прогестероны подавляют его. Это подтверждается следующими факторами:

- Не наблюдается миома матки до периода полового созревания, склерозированию подвергается в постменопаузе;
- У женщин с миомой матки изменяется циклическая секреция;
- При миоме матки нарушается метаболизм половых стероидов – во время фолликулиновой фазы менструального цикла преобладают эстриол и эстрон, а во время лютеиновой фазы – преобладает эстриол на фоне пониженной секреции прогестерона;
- Увеличивается содержание эстрогенсвязывающих рецепторов в клетках миометрия и повреждается связь между прогестеронзависимыми рецепторами и гормоном желтого тела.

Определенное значение в патогенезе имеют нарушения периферической гемодинамики и водно-электролитного баланса – уменьшается эластичность стенок сосудов, возрастает уровень их кровенаполнения, возникают сложности оттока крови, в плазме крови повышается концентрация калия. В настоящее время известно, что рост доброкачественного образования миометрия стимулируют факторы роста.

1.4. Миома матки при беременности.

Всегда совокупность беременности и миомы матки были и остаются проблемой. Возможны различные исходы беременности с миомой матки. Беременность может протекать как без осложнений, так и с проблемами, требующими оперативного вмешательства с дальнейшим удалением матки. Итогом беременности с миомой матки может быть рождение недоношенного, с патологией плода, а также с физическими и/или нервно-психическими нарушениями развития в течение всей жизни.

Миома матки в большом количестве случаев значительно ухудшает течение беременности, это проявляется обычно угрозой прерывания беременности или же фетоплацентарной недостаточностью. В значительной мере это выражается, когда плацента располагается в эпицентре миоматозного узла, что влечет за собой нарушения строения плаценты, которые в дальнейшем препятствуют значительному поступлению кислорода, питательных веществ, а также могут приводить к внутриутробной задержке развития плода. В некоторых случаях также может открыться кровотечение вследствие преждевременной отслойки плаценты.

Проблема зачатия с миомой матки объясняется множеством факторов: миома может сдавливать маточные трубы, что в дальнейшем затрудняет передвижение сперматозоидов, а также нарушается овуляция. Миома сама по себе не может являться причиной бесплодия, но если все обследованные причины бесплодия устранены, то хирургическое удаление миомы значительно повысит вероятность благополучного зачатия. Но это касается не всех миом, а лишь тех, чьи размеры меньше 12-ти недельной беременности. В случаях если миома матки достигает больших размеров, то сохранить способность к зачатию довольно проблематично при ее удалении, т.к. операция при ее удалении может сопровождаться кровотечениями, которые говорят о необходимости удаления матки.

В первом триместре беременности также возникает множество сложностей. Самая главная проблема в этот и последующие периоды возникает тогда, когда имеется соприкосновение плаценты и миомы, но огромное значение в этом играют также размеры миоматозных узлов. У пациенток с миомой матки, как правило, повышается сократимость матки и нарушается в ней кровообращение, что ведет к самопроизвольному аборту. Это также можно связать с нейроэндокринными нарушениями, процессами утолщения миометрия или же с хроническими заболеваниями инфекционного происхождения.

Во втором и третьем триместре беременности значительно увеличивается риск самопроизвольного выкидыша или преждевременных родов. Всё это связано с значительным повышением сократимости матки, а также с уменьшением свободного места для плода за счет миоматозных узлов. Риск преждевременных родов выше если выше размеры миомы. Также и здесь большое значение играет контакт плаценты и миомы. Большие размеры миомы матки оказывают негативное влияние на плод, они влияют на их рост и развитие. Дети могут рождаться с различными деформациями черепа, а также с кривошеей. У беременных с огромными размерами миомы чаще рождаются дети с экстремально низким весом.

Роды с миомой матки обычно характеризуются затяжным течением. Родоразрешение при миоме матки проводят путем кесарева сечения. Миома обычно не представляет сложности для рождения плода, но миоматозные узлы обычно влияют на правильное положение и предлежание плода и таким образом естественные роды невозможны.

Ранние и поздние послеродовые осложнения также далеко часто встречаются у женщин с миомой матки. К ранним осложнениям часто относятся следующие: кровотечения, которые связаны с гипотонусом матки, а также плотное прикрепление и приращение плаценты. К поздним осложнениям относятся часто встречающиеся: заболевания инфекционного происхождения, частичная инволюция матки.

1.5. Методы исследования.

Диагностика при миоме матки, также как и при любой патологии включает в себя множество этапов:

- Сбор анамнеза. При сборе информации у пациентки особое внимание необходимо обратить на наличие в прошлом наличия аборт и их осложнения, количество родов и их исход, наличие различных вмешательств (лечебно-диагностические выскабливания, введение или удаление внутриматочной спирали), перенесенные заболевания инфекционной этиологии, а также наличие заболеваний, в прошлом или настоящем, передаваемых половым путём. И немаловажным фактором является показатель количества теряемой крови во время менструации.

- Бимануальное влагалищное исследование. Данный метод обследования поможет увидеть наличие миоматозных узлов в полости матки. В этом случае размеры матки значительно увеличены, поверхность бугристая, неровная, неоднородная консистенция, с участками уплотнений. Этой картины может и не наблюдаться, но это полностью не исключает наличия миомы у женщины.

- Ультразвуковое исследование органов малого таза. Для большей точности определения миоматозных узлов обычно используют два датчика: трансабдоминальный и трансвагинальный.

- Магнитно-резонансная томография или компьютерная томография. Используются в случаях, когда необходимо различить лейомиому от аденомиоза.

- Гистероскопия и гистеросальпингография. Используют при подозрении на субмукозное расположение миоматозного узла. Гистероскопия – оперативное исследование миомы матки (фибромы). Главной положительной стороной гистероскопии является возможность не только выявить и устранить опухоль, но и контролировать весь процесс. Данное оперативное вмешательство имеет

множество противопоказаний и в главном порядке проводиться под общим наркозом, что негативным образом сказывается на здоровье пациентки.

- Гистологическое исследование. Маточное кровотечение, которое является частым проявлением миомы матки, может быть следствием патологии эндометрия, в случаях, когда имеются подозрения на гиперпластический процесс, правильным будет взятие биопсии эндометрия для проведения гистологического исследования.

- Анализ крови. У пациенток с маточными кровотечениями целесообразно определение уровня гемоглобина и гематокрита, также оценка системы гемостаза В (протромбин, фибриноген, промежуток времени кровотечения).

- Интравенозная пиелография и/или рентгенологическое исследование толстой кишки с барием. Применяется данное исследование в случаях подозрения разрастания миомы в близлежащие органы.

- Оценка гормонального статуса. Оцениваются данные радиоиммунологических исследований секреции ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрогенов, гормонов надпочечников и щитовидной железы, прогестерона; определяют особенности менструального цикла по тестам функциональной диагностики.

Также обязательно у женщин с миомой матки необходимо исследовать мазок на определение хламидий, микоплазм, уреоплазм, в связи с значущей ролью генитальной инфекции в патогенезе миомы матки.

К дополнительным методам обследования относят: лапароскопию, которая оценивает миоматозные узлы субсерозной локализации эффективнее, распознает узлы на ножке, а также оценивает состояние остальных органов малого таза.

Среди методов диагностики миомы матки так же можно назвать зондирование матки и др. Это было распространено несколько лет назад, однако сейчас, с развитием новых методов обследования, данные способы используются крайне редко.

Не маловажной ролью в обследовании миомы матки является дифференцировка рака или саркомы тела матки, с доброкачественной или злокачественной опухолью, отходящей от яичника, с опухолевидными образованиями воспалительного характера придатков матки, а также с беременностью. При таком явлении, как затяжные кровотечения, необходимо различить миому матки от рака тела матки. Но стоит не забывать, что эти патологии могут развиваться вместе. Проведение дополнительных исследований и диагностическое выскабливание позволяет подтвердить диагноз. Доброкачественные образования яичников обычно пальпируются отдельно от матки. Если сложно определить, где начинается опухоль, то шейку матки с помощью пулевых щипцов смещает книзу: опухоль, которая отходит от матки, смещается вместе с ней. В данной ситуации целесообразно проведение ультразвукового исследования, рентгенографии органов малого таза, эндоскопическое исследование. При обнаружении подбрюшинного миоматозного узла показано оперативное вмешательство. Значительно усложняет отличие миомы матки от доброкачественных образований яичников, когда опухоли спаяны в единый конгломерат. В некоторых случаях такой конгломерат очень напоминает миому матки. При неуточнённом диагнозе показано пробное оперативное вмешательство. При некоторых миомах матки нередко проводят гормонотерапию, полагая, что кровотечение вызывает дисфункция яичников. При назначении гормональных препаратов следует уточнить диагноз путем дополнительных исследований. Эффективнее всего проводить гистеросальпингографию и гистероскопию с водорастворимыми контрастными веществами. Если данное исследование провести невозможно, то возможно применение зондирования, которое позволяет определить подслизистый миоматозный узел. Возможно также диагностическое выскабливание, но лишь в том случае, если стенки матки ровные. При дисфункциональных кровотечениях эта процедура также носит и терапевтический эффект, потому что после неё, как правило, кровотечение

прекращается. При подозрении на злокачественный процесс тела матки выскабливание проводят крайне осторожно.

Миому матки также необходимо дифференцировать от беременности, т.к. в обоих случаях матка мягковатой консистенции. Особое внимание нужно обратить на вероятные признаки беременности. Проводиться УЗИ и анализ крови на наличие беременности.

Миому матки в постменопаузе следует правильно диагностировать. Необходимо найти причину увеличения размеров матки. Значительный рост в постменопаузальном периоде связан с патологией яичников или со злокачественным образованием эндометрия. Присутствует возможность заращения канала. У данных пациентов проведение зондирования позволяет точно установить диагноз.

Роль акушерки в ранней диагностике миомы матки очень важна, потому что ее можно обнаружить еще на ранних стадиях ее развития при посещении женщины регулярно гинеколога. Но в любой ситуации нужно собрать тщательный акушерско-гинекологический анамнез, в который входят: жалобы пациентки, половая функция, менструальная и секреторные функции, перенесенные ранние гинекологические заболевания.

Необходимо в дальнейшем провести осмотр наружных половых органов, а также осмотр в зеркалах. Для уточнения диагноза женщины направить к специалисту акушеру-гинекологу.

1.6. Осложнения миомы матки.

Миома матки по своей сути совершенно не опасное заболевание. Но она дает широкий спектр осложнений, и некоторые из них могут представлять опасность для жизни и здоровья пациентки с таким диагнозом.

Поэтому каждая женщина, у которой выявлена патология, должна быть очень внимательна к своему здоровью. При появлении таких опасных

симптомов, как боли внизу живота, маточные кровотечения, повышение температуры, тошнота – необходимо немедленное обращение к врачу.

Наиболее частые осложнения без оперативного вмешательства:

- Перекрут ножки опухоли (характерно для субсерозных узлов. Перекручивание ножки приводит к нарушению его питания и в более тяжелых случаях, к его отмиранию. Это осложнение сочетается с неприятными симптомами: интоксикация, сильная боль в области живота, тахикардия, сухость во рту, высокая температура тела, симптомы перитонита).

- Нарушение питания миомы, с последующим ее некрозом (причина в деформирование сосудов, связанное с давлением на них опухоли. Кровеносные сосуды, ведущие к капсуле узла, закупориваются тромбом. При нарушении кровоснабжения в миоматозном узле опухоль начинает быстро увеличиваться в размерах и организм ощущает интоксикацию).

- Обильные и продолжительные менструации (основное проявление миомы матки – это нарушение менструального цикла - чрезмерно продолжительные и обильные менструации. Менорагии (гиперменорея) характерны для субмукозных миом. Чаще всего это приводит к анемии, когда содержание гемоглобина в крови снижается.

- Маточные кровотечения (матка отвечает на разрастание миоматозного узла изменением своих функций. Гипертрофируется венозная система в матке, сосуды теряют тонус и эластичность, увеличивается кровенаполнение матки. Очень сильно разрастается эндометрий. Гипертрофируется миометрий, создается «идеальная» среда для появления маточных кровотечений. Гиперэстрогения нарушает микроциркуляцию в эндометрии и является фактором риска развития аномального маточного кровотечения. Признаками дисфункциональных маточных кровотечений являются: нарушение цикла, обильная кровопотеря и долгий период менструального кровотечения).

- Не вынашивание беременности и бесплодие (беременность с миомой редко заканчивается хорошо. Миома в результате давления может пережимать сосуды плаценты и нарушать маточно-плацентарный кровоток, что приводит к плохим последствиям, которые связаны со здоровьем малыша. Во время беременности тонус сосудов повышается, а интенсивность кровотока в миометрии становится меньше, затрудняется венозный отток. Эти процессы могут привести к нарушению кровоснабжения в миоме, что приводит к некрозу миоматозного узла. Беременность редко удается сохранить. Миома матки часто является фактором не вынашивания беременности. Миома может вызвать бесплодие, если узел деформирует полость матки.

- Анемия (на фоне миомы нередко возникает железодифицитная анемия. Из-за кровопотери, в организме начинает не хватать железа. Гемоглобин «отвечает» за доставку кислорода ко всем тканям и органам. При анемии угнетаются все функции внутренних органов.

После хирургического удаления миомы, возможны послеоперационные осложнения. Последствия зависят от возраста пациентки, размеров образования и др.

- После операции имеется риск развития миомы. Это происходит, если образование удалено, но основная причина его появления осталась. Чаще всего миоматозные узлы возникают на фоне гормонального сбоя.

- После удаления миомы вместе с маткой есть риск заболевания раком молочной железы.

- При удалении только узлов детородность пациентки может повышаться или снижаться (в случае, когда вместе с узлом была удалена часть матки).

- При полном удалении матки, без шейки, менструации будут продолжаться, но станут скудными.

- Инфицирование и развитие заболеваний половой сферы.

- Бесплодие – тяжелое последствие миомы.
- Риск возникновения злокачественной опухоли на фоне миомы матки.

1.7. Профилактика миомы матки.

Среди всех рекомендаций главное значение имеют: исключение абортов, своевременная коррекция гормональных расстройств, адекватное лечение гинекологических заболеваний. Также главным является предупреждение наиболее распространённых заболеваний в детском и взрослом возрасте.

Специфическая профилактика миомы матки включает в себя своевременную реализацию репродуктивной функции. Планировать первые роды женщина должна около 22 лет, вторые в возрасте 25 лет, последующие роды до 35 лет. Поздние первые роды могут приводить к раннему старению миоцитов, снижению способности к растяжению и сокращению матки. Структуру миометрия в большей степени повреждают воспаления и аборты.

Самый частый возраст женщин, у которых обнаруживают миому матки, составляет 30-35 лет, когда увеличиваются действия повреждающих факторов.

Главной задачей в репродуктивном возрасте является сохранение первой беременности, особенно у девушек имеющих наследственную предрасположенность к миоме матки. Аборт может вызвать рост миоматозных узлов и из мелких узлов могут сформироваться развивающиеся в дальнейшем миомы.

В профилактику миомы матки также входит:

- Уменьшение чрезмерного ультрафиолетового облучения;
- Избегать температурных воздействий, особенно это касается женщин старше 35 лет.

При наличии наследственной предрасположенности (фибромиома матки у матери или близких родственников) опухоль может развиваться на 5-10 лет

раньше, т.е. в возрасте 20-25 лет, поэтому женщина должна следить за своим женским здоровьем как можно чаще. Также продолжение грудного вскармливания в течение 4-6 месяцев после родов нормализует содержание пролактина, который влияет на изменение роста фибромиомы и может улучшить состояние женщины.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ,

2.1. Общая характеристика Перинатального центра ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Для исследования статистических данных я проводила анализ историй болезни в ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа, перинатальный центр» гинекологическое отделение, руководитель отделения Алтухова Оксана Борисовна.

Перинатальный центр функционирует на 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических.

Врачами перинатологами проводятся консультации беременных женщин, направленных из ЛПУ области для определения тяжести сопутствующей патологии и возможности вынашивания беременности.

Резервом улучшения качества медицинской помощи является внедрение высокотехнологичной медицинской помощи, направленной на коррекцию экстрагенитальной патологии и восстановление репродуктивной функции организма, дальнейшее внедрение понятия «прегравидарная подготовка» вступающих в брак и планирующих рождение ребенка.

Основными направлениями деятельности являются:

- Оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.

- Осуществляет взаимодействие между учреждениями охраны материнства и детства, а при необходимости и другими организациями здравоохранения; оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений.

- Проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией.

- Организует и обеспечивает в структурных отделениях Центра противоэпидемический режим и качество лечебно-диагностического процесса на основе стандартизированных видов медицинской помощи.

- Оказывает анестезиолого-реанимационную помощь, организует выездные формы помощи женщинам и детям.

- Апробирует и внедряет в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин.

- Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.).

- Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста.

- Проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по

вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

2.1. Роль акушерки в профилактике миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Работая с женщинами с миомой матки, акушерка помогает врачу в сборе информации для определения сестринских проблем. После сбора информации акушерка приступает к обследованию пациентки, в котором она принимает самое активное участие. В свою очередь акушерка выписывает направления на обследования и берет мазки на степень чистоты влагалища, на гонорею, а так же на цитологическое исследование. Акушерка готовит инструменты и ассистирует при диагностическом выскабливании слизистой оболочки шейки и тела матки, при зондировании матки, она собирает соскоб и отправляет его на гистологическое исследование, учит пациентку вести менструальный календарь и измерять базальную температуру, участвует в оценке тестов функциональной диагностики яичников: симптом арборизации, симптом зрачка. Некоторые лечебные мероприятия акушерка может выполнять самостоятельно, например: спринцевания, влагалищные ванночки, присыпки, тампоны, так же она выполняет назначения врача и участвует в выполнении манипуляций – гистеросальпингография, пункция заднего свода.

Гарантией успешного лечения являются – точное выполнение врачебных назначений, правильно организованный уход за больными, соблюдение лечебно-охранительного режима и заботливое отношение к больным женщинам. Акушерка участвует в лечении и проводит текущую и итоговую оценку результатов лечения.

Задачами акушерки в женской консультации являются – изучение условий труда женщины, организация комнат личной гигиены на предприятиях и контроль за их работой. Так же огромное значение имеет понимание психического состояния пациенток детородного возраста, страдающих

бесплодием. Акушерка может рассказать о устоявшихся и новых методах восстановления репродуктивной функции.

Особую профилактику требуют женщины репродуктивного возраста, которые страдают длительными кровотечениями. В их режиме дня главное исключить лишние нагрузки, а так же правильно выбирать время работы и отдыха. Помощь акушерки состоит в составлении рационального режима дня пациентки, который в себя включает: витаминизированное, сбалансированное, богатое белками и железом питание. Лишнем не будет назначить ей гимнастические упражнения, для облегчения ее состояния здоровья.

2.3. Статистический анализ данных заболеваемости миомой матки по России.

Миома матки – часто встречающаяся доброкачественная опухоль, среди женщин России. Миому матки диагностируют у 16 % женщин раннего репродуктивного возраста, у 21 % женщин позднего репродуктивного возраста и у 63 % женщин постменопаузального возраста (Рис. 1).

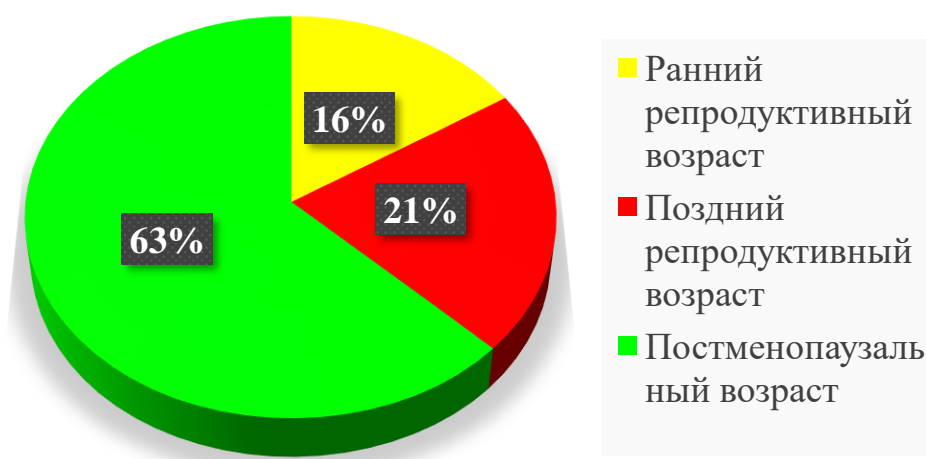


Рис. 1. Процентное соотношение женщин с миомой матки

Заболевание так же сочетается с патологией молочных желез 86 %, с ожирением 64 %, с ишемической болезнью сердца 60 %, с заболеваниями желудочно-кишечного тракта 40 %, неврозами 11 % и с заболеваниями щитовидной железы 5 % (Рис. 2).



Рис. 2. Сочетание миомы матки с другими патологиями

Из 100 % всех беременностей 4 % протекают на фоне миомы матки. Из них 40 % проходят с осложнениями, такими как: прерывание беременности, преждевременные роды, повреждение плода и его гипотрофия. А 60 % беременностей с миомой матки проходят без осложнений (Рис. 3).

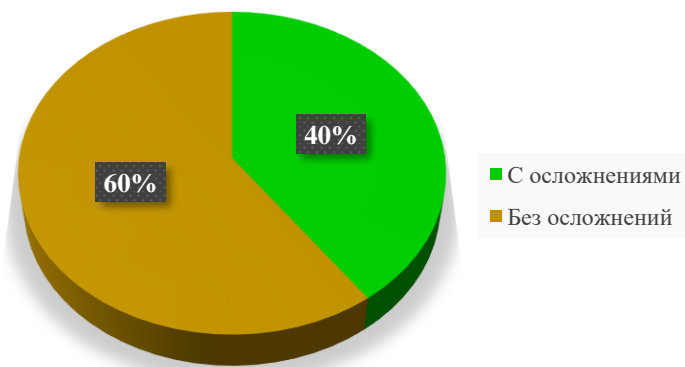


Рис. 3. Течение беременностей с миомой матки

При беременности проходящей на фоне миомы матки в 50 % случаев наблюдаются небольшие изменения в размерах миоматозных узлов, у 30 % беременных наблюдается их рост, а у 20 % их уменьшение.



Рис. 4. Изменения в размерах миоматозных узлов при беременности

Нередко миоматозные узлы мешают правильному сокращению матки в процессе родов, поэтому 51% беременностей заканчивается операцией кесарево сечение, а 49 % естественными родами (Рис. 5).

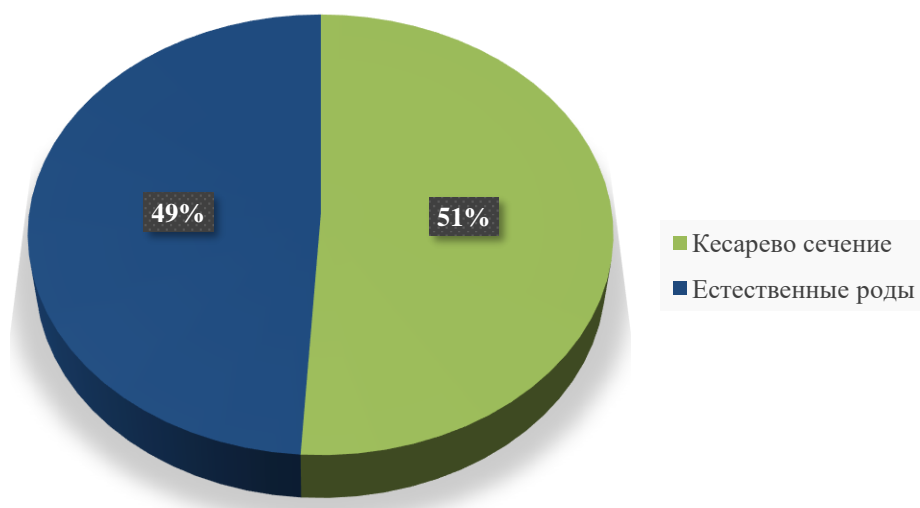


Рис. 5. Исход беременностей при миоме матки

Факторами способствующими развитию миомы матки являются: аборты 40 %, инструментальные вмешательства и сопутствующие заболевания половой системы женщины 19 %, наследственность 12 %, психоэмоциональное перенапряжение 7 %, не кормление ребенка грудью 3 % (Рис. 6).

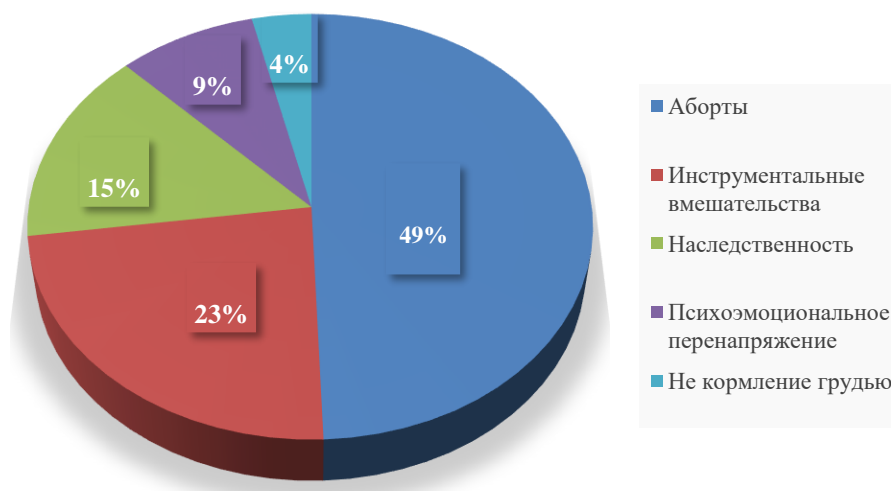


Рис. 6. Факторы способствующие развитию миомы матки

Исследуя частоту встречаемости миомы матки среди других заболеваний, устанавливаются такие данные: миома матки 94 %, другие не воспалительные заболевания яичников и маточных труб 5 %, другие не воспалительные заболевания влагалища и вульвы 1 % (Рис. 7).

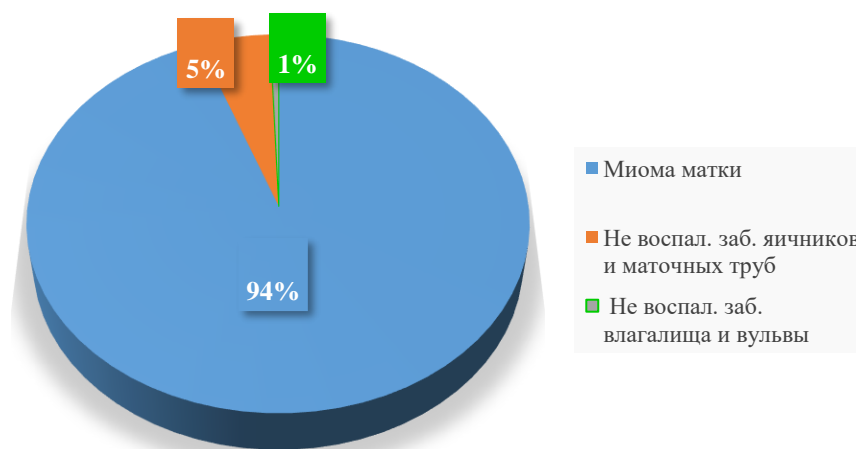


Рис. 7. Частота встречаемости миомы матки среди других заболеваний

2.4. Статистический анализ данных заболеваемости миомой матки по ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа, перинатальный центр».

Виды высококвалифицированной медицинской помощи в гинекологическом отделении за 2018 год: консервативная миомэктомия (гигантская миома матки у женщин репродуктивного возраста) 49%, эмболизация маточных артерий 38%, пластика шейки матки у женщин репродуктивного возраста 13 % (Рис. 8).

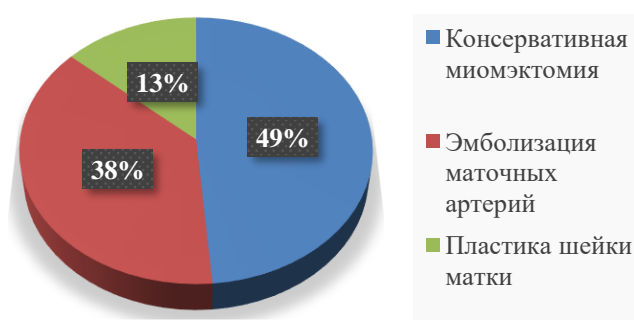


Рис. 8. Виды ВМП в гинекологическом отделении

В оперативной деятельности отделения проводят полостные и эндоскопические операции. Объем вмешательств представлен следующим образом: миомэктомия – полостная 51%, миомэктомия – эндоскопическая 49% (Рис. 9).

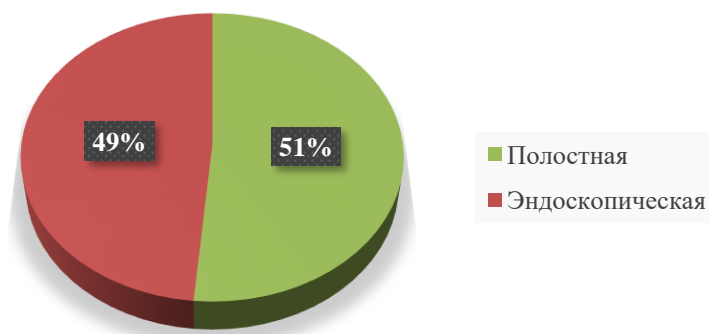


Рис. 9. Объем оперативных вмешательств

Проанализировав беременности с абортным исходом при миоме матки, можно сделать вывод, что всего аборт 100 %, по медицинским показаниям 70%, самопроизвольные 30 %(Рис. 10).

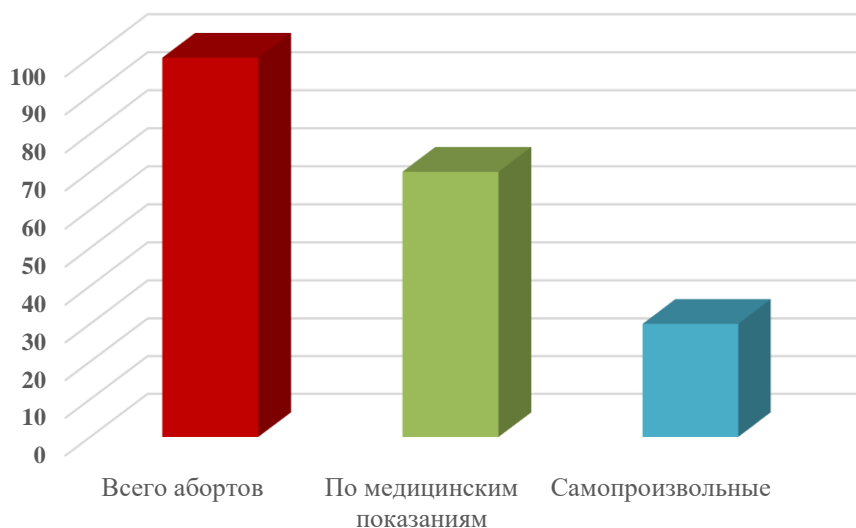


Рис. 10. Анализ беременностей с абортным исходом при миоме матки

Проанализировав структуру нозологических форм в гинекологическом отделении, можно прийти к выводам, что миома матки встречается с частотой 38 %, не воспалительные заболевания шейки и тела матки 32 %, а эндометриоз 30% (Рис. 11).

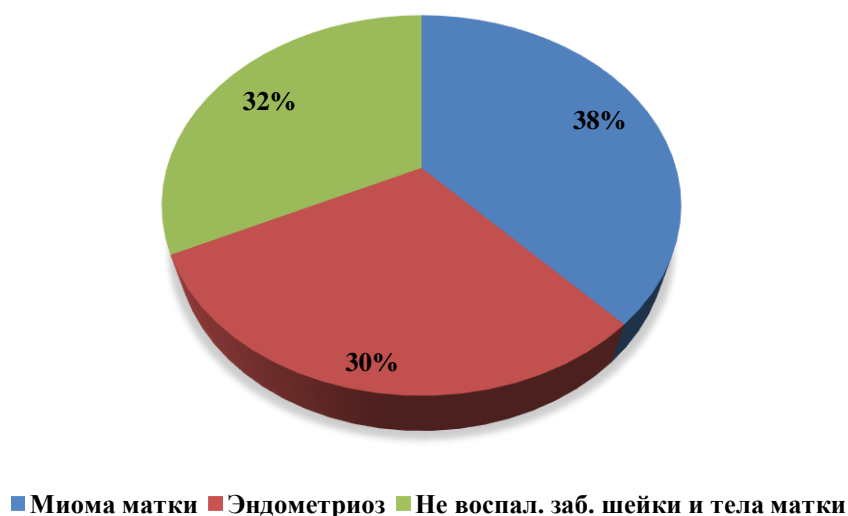


Рис. 11. Частота встречаемости миомы матки среди других заболеваний

При миоме матки проводят такие виды хирургического лечения, как: миомэктомия – лапаротомическая 66%, миомэктомия – лапароскопическая 22%, гистерэктомия 8%, ампутация матки 4%(Рис. 12).

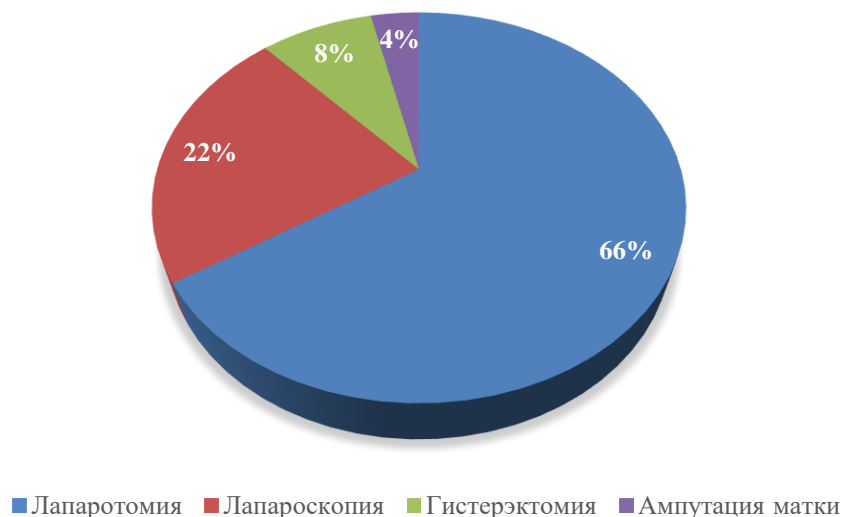


Рис. 12. Виды хирургического лечения миомы матки

В статистических данных был выявлен риск возникновения миомы матки в разных возрастных категориях: 20 лет – 5%, 30 лет – 25%, 40 лет – 40%, 50 лет – 30%(Рис. 13).

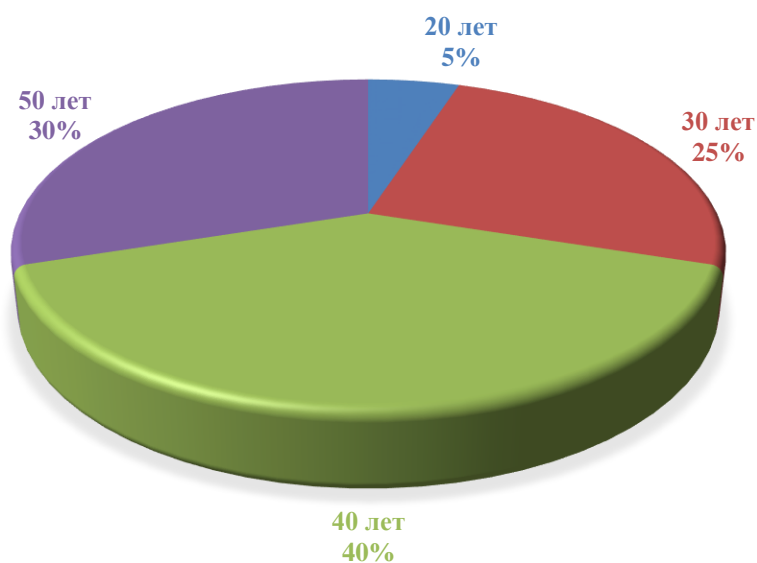


Рис. 13. Риск возникновения миомы матки в разных возрастах

2.5. Профилактика миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

В настоящее время важной проблемой остаются профилактические меры в отношении развития миомы матки. Стрессы и несоблюдение здорового образа жизни являются предпосылками к развитию любого заболевания, также сюда входит и миома матки.

Миома матки может активно развиваться не только в случаях острого эмоционального всплеска, который способствует огромному выбросу гормонов, но и в результате каждодневных бытовых переживаний, которые отражаются на функционировании эндокринной и иммунной систем. Некоторые рекомендации для профилактики миомы матки:

- Максимально снизить стрессовые ситуации;
- Придерживаться правильного питания;
- Оптимальная физическая активность;
- Отказ от вредных привычек;
- Регулярный профилактический осмотр (посещение гинеколога раз в 6 месяцев и УЗИ малого таза).

Беременность и роды, с последующим грудным вскармливанием, не только психологически помогают адаптироваться ребенку, но и обеспечивают нормализацию уровня половых гормонов в организме женщины, что избавляет от множества гинекологических проблем, в том числе и от миомы матки.

Рациональная контрацепция является одной из мер профилактики миомы матки (для исключения абортов). Для этого лучше использовать современные гормональные противозачаточные средства, перед этим проконсультировавшись с врачом. У молодых девушек с наследственной предрасположенностью развития миомы матки необходимо сохранить первую беременность. Обязательным условием является корректировка гормональных нарушений, а

также незамедлительное лечение воспалительных гинекологических заболеваний.

Женщине необходимо избегать переохлаждения, не следует промокать, необходимо держать в тепле стопы, колени, область ягодиц. Одежду и обувь женщина должна подбирать в соответствии с временем года, после купания в бассейне необходимо быстро сменить мокрый купальник на сухую одежду.

Женщине не рекомендуется носить одежду, которая препятствует нормальному теплообмену – исключительно синтетические нижнее белье и тесные брюки. Также необходимо избегать ультрафиолетовое облучение, как прямые солнечные лучи, так и в соляриях, нужно применять защитные кремы.

Необходимо употреблять больше витаминов (А,С,Д) и микроэлементов (цинк, медь, селен, железо, магний, йод) – все эти вещества обладают антиоксидантным действием.

Немаловажным фактором также является контроль своего веса. С каждыми лишними 10 кг риск развития миомы матки повышается. Следует придерживаться здорового образа жизни и заботиться о репродуктивном здоровье.

Вывод: Проанализировав 2 главу, можно прийти к выводу, что течение и лечение такого заболевания, как миома матки в большей степени зависит от ее профилактики, в которой роль акушерки несомненно важна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В конце моей проделанной работы можно прийти к различным выводам. Из 1 главы мы выяснили, что миома матки очень распространенное заболевание среди женщин разных возрастных категорий. В последнее время участились случаи выявления миомы у женщин раннего репродуктивного возраста. Но все же основной возрастной группой остаются женщины в возрасте 35-55 лет.

Не мало важную роль занимает ранняя диагностика заболевания, ведь на ранней стадии его проще лечить. В связи с этим очень значимы профилактические осмотры и сан-просвет (Приложение 2) работы. Нельзя не отметить роль акушерки в раннем выявлении миомы матки, так как именно к ней женщина обращается в первую очередь. Женщины должны знать, что во избежание негативных последствий, нужно 1 раз в год посещать гинеколога и делать УЗИ, даже при отсутствии жалоб, так как миома матки часто протекает бессимптомно.

Клиническая картина миомы зависит от множества факторов, таких как размеры, ее место расположения, возраст и другие. Миома матки проявляется болями внизу живота, кровотечениями, нарушениями в работе близ лежащих органов.

Миому матки классифицируют по множеству показателей, например: по расположению миоматозных узлов, в зависимости от размера миоматозных узлов, по характеру роста, по количеству узлов, по выраженности клинических проявлений, по морфологическим признакам и скорости роста.

Есть основные факторы, которые влияют на возникновение миомы матки, это – ожирение, гипертония, нерегулярные чрезмерные менструации, заболевания сердечно сосудистой системы, нерегулярная половая жизнь. Одной из основных причин появления миомы матки может являться нарушение гормонального фона и нарушение выработки эстрогенов.

Сочетание миомы и беременности это всегда проблема. Исход такой беременности может быть разный, это рождение недоношенных, патологически развитых детей. Роды в таком случае могут пройти без осложнений, а может быть и операция кесарево сечение с последующим удалением матки.

Миома матки не является опасным заболеванием, но может вызывать различные осложнения. Осложнения могут быть до операции, например: перекрут ножки опухоли, нарушение питания миомы, маточные кровотечения и другие. Так же могут возникать и послеоперационные осложнения: бесплодие, инфицирование, риск возникновения злокачественной опухоли.

Профилактика миомы матки заключается в своевременном выявлении заболевания и скорейшем ее лечении. Женщины должны следить за своим здоровьем, регулярно посещать акушера-гинеколога, избегать стрессов, не переохлаждаться, использовать эффективные методы контрацепции, во избежание нежелательных беременностей и абортов.

В ходе исследования заболевания миома матки, мною был проведен анализ статистических данных, из которого было выявлено, что миому матки диагностируют у 16 % женщин раннего репродуктивного возраста, у 21 % женщин позднего репродуктивного возраста и у 63 % женщин постменопаузального возраста. Из этого можно сделать вывод, что заболевание омолаживается.

Проанализировав структуру нозологических форм в гинекологическом отделении, я выяснила, что миома матки встречается с частотой 38 %, не воспалительные заболевания шейки и тела матки 32 %, а эндометриоз 30%. В связи с этими данными можно сделать вывод, что в ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа, перинатальный центр» миома матки встречается чаще, чем другие патологии женской половой системы.

Проанализировав свою работу, я пришла к выводу, что главной задачей акушерки является профилактика миомы матки у женщин репродуктивного возраста. В задачи акушерки входит регулярное наблюдение здоровых женщин

и женщин у которых выявили данную патологию. Акушерка должна проводить ежемесячные гинекологические осмотры, наблюдать за общим состоянием женщины, развитием и степенями роста миомы. В том случае если была проведена операция по удалению миомы, необходим более скрупулезное внимание к женщине, потому как имеется вероятность возникновения послеоперационных осложнений. Акушерка должна научить женщину правилам личной гигиены и рассказать о важности регулярного наблюдения. Так же акушерка должна следить за тем, что женщина соблюдает ваши рекомендации и назначения врача.

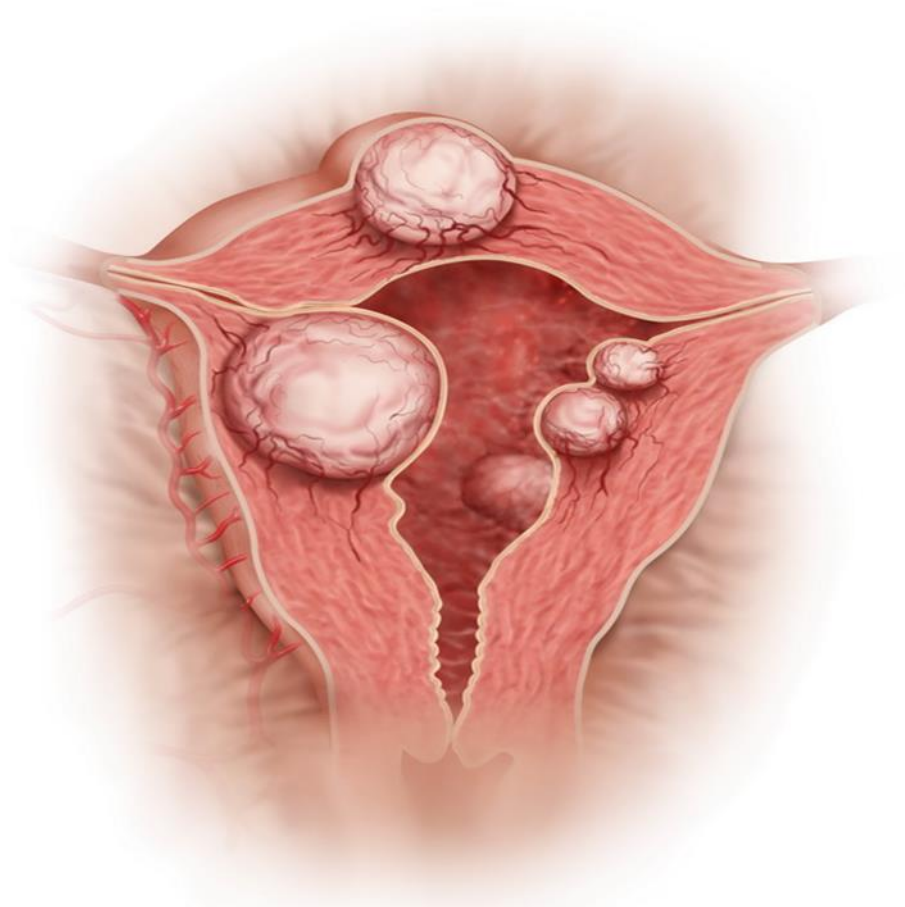
Необходимо учитывать важность сан – просвет работ, в которых акушерка информирует женщин о: эффективных методах контрацепции, о вреде абортов, о важности поддержания здорового образа жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для медицинских вузов [Текст] / Э.К. Айламазян. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 290 с.
2. Бурсенко В.Г. Гинекология [Текст] / В.Г. Бурсенко. – М.: Медицина, 2015. – 203 с.
3. Вихляева Е.М. Миома матки [Текст] / Е.М. Вихляева, Л.Н. Василевская. – М., 2011.
4. Дуда В.И. Гинекология: Учебное пособие [Текст] / В.И. Дуда и др. – М.: Интерпрессервис, 2011.
5. Костючек Д.Ф. Акушерство и гинекология [Текст] / Д.Ф. Костючек. – Санкт-Петербург, 2010.
6. Краснова И.А. Акушерство и гинекология [Текст] / И.А. Краснова. – 2003. – 154 с.
7. Кулаков В.И. Руководство по оперативной гинекологии [Текст] / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, С.Е. Белоглазова. – М.: Медицина, 2001. – 344 с.
8. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность [Текст] / В.И. Кулаков, Г.С. Шамаков. – М.: Медицина, 2001. – 344 с.
9. Кустаров В.Н. Миома матки [Текст] / В.Н. Кустаров, В.А. Линде, Н.Б. Аганезова. – СПб.: Спец. Лит, 2006. – 360 с.
10. Савельева, Г.М. Акушерство [Текст] / Г.М. Савельева, В.И. Кулаков, А.Н. Стрижаков. – М.: Медицина, 2005 – 132 с.
11. Стрижаков А.Н. Дискуссионные аспекты эмболизации маточных артерий при лечении больных миомой матки. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии [Текст] / А.Н. Стрижаков и соавт., 2012, том 3. – 72 с.
12. Интернет ресурс <http://ru.wikipedia.org/wik>

13. Интернет ресурс <http://www.sitemedical.ru/content>
14. Интернет ресурс http://mioma-help.ru/profilaktika_miom.html.

ПРИЛОЖЕНИЕ



ПОСОВЕТУЙТЕ, ДОКТОР

Об основах профилактики миомы матки



2 раза в год
ОСМОТР
у гинеколога

1-2 раза
в год УЗИ

Роды до **30 лет**



Регулярная половая жизнь и правильно подобранная контрацепция, которая исключает аборт

Полноценное питание. Полезные для женского здоровья продукты: растительные масла, жирная рыба, яйца, капуста, цитрусовые, кисломолочные продукты, говядина



Занятия спортом ограничивают рост узлов за счет выделения в организме мужских гормонов в нужных сдерживающих дозах