

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

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ**

Дипломная работа студента

очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051528
Евстюничева Даниила Алексеевича

Научный руководитель:
Преподаватель Бухарина С.А.

Рецензент
Врач акушер-гинеколог ординатор
отделения гинекологии ОГБУЗ
«Городская больница № 2 г.
Белгорода»
Ю.В. Веретинов

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ	6
1.1. Понятие, этиология и классификация фибромиомы матки.....	6
1.2. Клинические проявления фибромиомы матки	12
1.3. Роль акушерки в диагностике и лечении фибромиомы матки.....	14
1.4. Реабилитация после фибромиомы матки и профилактика заболевания...	20
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ФИБРОМИОМОЙ ТЕЛА МАТКИ	25
2.1. Материалы и методы исследования.....	25
2.2. Результаты исследования.....	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	39
ПРИЛОЖЕНИЕ	42

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Миома матки является доброкачественной, гормонозависимой опухолью матки и широко распространена среди женщин в большинстве стран мира.

Частота миомы матки составляет 15-17% у женщин старше 30 лет и 30-35% у женщин, достигших пременопаузального возраста. Однако, в последние годы, наблюдается тенденция к "омоложению" миомы матки - это происходит у женщин до 30 лет, как за счет улучшения диагностики, так и широкого применения агрессивных внутриматочных вмешательств. Есть мнение, что истинная распространенность миомы значительно больше и достигает более 70%.

Актуальность обусловлена как распространенностью доброкачественных заболеваний матки (в совокупности они занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости), так и высокой онкологической настороженностью. В частности, частота перехода гиперпластических процессов эндометрия в раковую опухоль колеблется в широких пределах (0,25-50%) и определяется морфологическими особенностями заболевания, возрастом пациентки, а также длительностью его рецидивирования. При проведении серийных срезов всех макропрепаратов удаленных маток при гистерэктомиях, произведенных по поводу различной гинекологической патологии, в 77% случаев была выявлена лейомиома матки, в 84% - множественная. Миома матки в сочетании с саркомой может встречаться в 0,7—3,1% наблюдений, а саркоматозные изменения миомы матки — в 1,6—3,1% случаев.

Эпидемиологические исследования выявили ряд факторов риска развития этой опухоли - генетические, этнические, вредные привычки, паритет, питание и т. д. Несмотря на доброкачественное течение, миома матки вызывает значительное снижение качества жизни женщин. Клинические проявления опухоли обусловлены маточными кровотечениями, болью, нарушением

функций смежных органов, а также снижением рождаемости.

Тактика ведения пациенток с миомой матки включает в себя три основных направления: выжидание и оценка, консервативное и активное влияние на опухоль. Подход зависит от течения заболевания в каждом конкретном случае, и от репродуктивного анамнеза [32].

Основным методом лечения фибромиомы остается оперативный, имеющий ряд осложнений, что требует от акушерки специфических знаний и умений, которые будут реализовываться в её профессиональной деятельности. Общепринятые показания к хирургическому лечению: хронические тазовые боли, тяжелые обильные менструальные кровотечения, нарушение нормального функционирования мочевого пузыря, мочеточников, кишечника, опухоли размером более 12 недель беременности.

Кроме того, оперативное лечение требуется при быстром росте опухоли (более чем на 4 недели беременности в течение 1 года), росте опухоли в постменопаузе, при подслизистом расположении узла миомы, межсвязочном, шеечном и перешеечном расположении миомы, нарушении репродуктивной функции.

Какими бы ни были методы лечения миомы матки, пациентки должны получать качественную медицинскую помощь, направленную на устранение жалоб и возвращение к привычному качеству жизни, улучшение детородной функции.

Объект исследования: женщины, страдающие миомой матки.

Предмет исследования: лечебно-профилактическая деятельность акушера/акушерки при оказании помощи пациенткам с фибромиомой матки.

Цель исследования: проанализировать объем лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых акушеркой в отношении пациенток с миомой матки и разработать практические рекомендации, направленные на профилактику данного заболевания.

Задачи исследования:

1. Проанализировать состояние проблемы исследования миомы матки в

медицине. Изучить современную литературу по данной проблеме.

2. Проанализировать организацию и оценку качества акушерской помощи женщинам при фибромиоме тела матки с анализом обработанной информации.
3. Предложить практические рекомендации по профилактике фибромиомы матки и её осложнений.

Теоретическая значимость исследования: нами были изучены работы, посвященные изучению теоретических основ причин возникновения и профилактики заболевания миомы тела матки таких авторов как: Адамян Л.В. , Вихляевой Е.М.. Так же в работах Барыкина Н.В. Дуббиска Л.А. описана значимость сестринского процесса при наблюдении женщин с гинекологическими заболеваниями.

Практическая значимость: полученные навыки исследовательской работы, а так же анализ показателей пациенток, страдающих фибромиомой матки, позволят применить эти знания в профессиональной деятельности акушерки.

Структура работы обусловлена целью и задачами исследования, а также необходимостью последовательного изложения материала, состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

1.1. Понятие, этиология и классификация фибромиомы матки

Этиология фибромиомы матки.

Миома матки представляет собой доброкачественную, хорошо отграниченную капсулированную опухоль, источником которой являются гладкомышечные клетки шейки или тела матки. Миома - доброкачественная опухоль из миометрия (клеток матки). У европейских женщин в возрасте от 35 до 49 лет, которые провели профилактические осмотры у гинеколога с помощью УЗИ, миому обнаруживают в 40% случаев в возрасте до 35 лет и почти 70% в возрасте до 50 лет.

Точные причины возникновения миомы неизвестны. Наиболее распространенными факторами миомы являются гормональные и генетические факторы роста. К факторам, обуславливающим "проявление" генетической предрасположенности к развитию миомы, относятся изменения миометрия, врожденное увеличение количества рецепторов женских гормонов - эстрогенов в миометрии, гормональные изменения или реакция на сужение кровеносных сосудов миометрия во время менструации. На врожденные генетические изменения влияют гормоны и факторы роста - специальные вещества, отвечающие за развитие кровеносных сосудов и рост клеток. Непосредственному развитию миомы способствуют эстроген и прогестерон. Появление миомы редко можно наблюдать до полового созревания. Она наиболее распространена у женщин репродуктивного возраста и снижается после менопаузы.

В основе современного представления о возникновении и развитии миомы матки лежит гормональная теория. Соотношения фракций эстрогенов, то есть преобладание эстрона и эстрадиола в фолликулиновую, а эстриола — в лютеиновую фазу, а также нарушения метаболического превращения и экскреции эстрогенов, приводят к значительным морфологическим изменениям

в миометрии. Непосредственная масса миометрия увеличивается при гиперплазии гладкомышечных клеток, инициируемой эстрогенами, и при гипертрофии этих клеток. Вместе с эстрогенами рост миомы провоцирует прогестерон. При миоме матки гипертрофия гладкомышечных клеток сходна с их гипертрофией при беременности и возникает только при совместном воздействии значительных концентраций прогестерона и эстрадиола.

Факторы, которые увеличивают уровни эстрогена, это тучность или наличие обильной менструации, вносят вклад в увеличение количества заболеваемости. Снижение воздействия эстрогенов достигается за счет физических нагрузок или повторных родов, а также защищает от возникновения миомы. Хотя уровни в крови эстрогена и прогестерона подобны у женщин и без миомы, уровни эстрадиола в миоме выше, чем в нормальном миометрии. Биохимические, клинические и фармакологические доказательства подтверждают, что прогестерон так же играет важную роль в возникновении миомы.

Предрасполагающими моментами в развитии миомы матки являются состояния латентного дефицита железа и железодефицитная анемия. Наблюдаемые у больных с миомой матки подобные гематологические сдвиги вызывают нарушение окислительно - восстановительных процессов в организме женщины и тем самым создают более благоприятные условия для роста миомы.

Рассматривают так же влияние напряжения нервной системы и хронического стресса на развитие фибромиомы. Миома матки может возникать и расти не только в результате острого эмоционального всплеска, сопровождающегося огромным выбросом гормонов, но и на фоне ежедневных бытовых переживаний, отражающихся на работе эндокринной и иммунной систем.

Основной причиной возникновения миомы матки является аборт, вследствие ранней половой жизни и отсутствием информации у населения о методах контрацепции. Некоторые даже не подозревают об осложнениях

данной операции. Поэтому следует тщательно обдумать свое решение и сделать правильный выбор. Аборт выражается в грубом оперативном вмешательстве в организм женщины с целью искусственного прерывания беременности. Подобная операция, даже при идеальном ее осуществлении, влечет за собой множество различных последствий. Рано или поздно женщина сожалеет о своем поступке, однако кроме моральных и душевных страданий, существуют гораздо более серьезные осложнения, вплоть до развития бесплодия. Небольшое число занимают все остальные причины, о которых также не следует забывать.

Можно сделать вывод, что миома матки - это полигландулярное заболевание, при котором в патологический процесс вовлечено большое количество органов и систем организма женщины.

К факторам риска развития миомы относятся:

1. Возраст: чаще всего диагноз «миома матки» впервые ставится тогда, когда возраст женщин старше 40 лет. Неясно, происходит ли это в результате первичного появления миомы или в результате вторичного увеличения роста миомы вследствие гормональных изменений этого возраста.

2. Наследование: у женщин, у матерей которых была миома, в 2,5 раза выше риск развития миомы. Женщины, родственники которых имеют миому матки, в 2 раза чаще увеличивали синтез СЭФР (фактора роста, вызывающего рост фиброидов), чем женщины без семейного анамнеза наследственности по фиброидам. Идентичные близнецы чаще госпитализируются для лечения миомы матки, чем разнополые близнецы

3. Этнические характеристики: большое исследование, основанное на обследовании, ультразвуке, анализе медицинских записей, показало, что женщины афроамериканской расы имеют в 2,9 раза больший риск развития миомы, чем женщины белой расы. Другие факторы были исключены при анализе рисков.

Афроамериканские женщины также имеют риск развития миомы в более молодом возрасте, большего размера и чаще сопровождающейся болевыми

симптомами. Однако недавнее исследование показало, что генотип одного из ферментов в цикле "переработки" эстрогенов встречается у 47% женщин афроамериканской расы и только у 19% женщин белой расы. Также интересно, что фиброиды и келоидные рубцы также более характерны для афроамериканских женщин.

4. Эндогенные гормональные факторы: раннее менархе (до 10 лет) повышает риск развития миомы, а позднее (старше 16 лет) - уменьшает. Размер миомы уменьшается у женщин в постменопаузе, когда уровень эстрогенов в организме становится меньше.

5. Диета: небольшое количество исследований оценивает взаимосвязь между диетой и наличием или ростом миомы. Одно исследование показало, что говядина и другое красное мясо, ветчина увеличивают процент миомы, но зеленые овощи уменьшают его. Эти данные были неверно истолкованы, так как количество калорий и массовой доли жира не оценивалось. Витамины, пищевые волокна и фитоэстрогены могут повлиять на достигаемый эффект.

6. Вес: перспективное исследование показало, что риск миом увеличивается на 21% с увеличением веса женщины на 10 кг и увеличением индекса массы тела на 30%. Сопоставимые данные были описаны у женщин с массовой долей жира более 1/3. Ожирение увеличивает метаморфозу андрогенов в эстроне и снижает уровень сексуальной стероидзависимой глобулина. В результате повышается биологическая "доступность" эстрогенов, что может сыграть свою роль в увеличении роста фиброидов.

7. Физкультура и упражнения: отмечено, что при физической нагрузке развитие миомы у женщин встречается на 40% меньше, по сравнению с менее физически развитыми. Не выяснено, что точно имеет влияние тренировки или низший уровень "преобразования" андрогенов в эстрогены у худеньких пациенток.

8. Оральные контрацептивы: до сих пор врачи не имеют определенного отношения к взаимосвязи оральных контрацептивов и

появлению или росту миомы матки. У большинства женщин в постменопаузе с миомой матки, гормональная терапия не будет стимулировать рост миомы. Если наблюдается рост миомы, вполне вероятно, он связан с дозой прогестерона, чем эстрогена:

9. Роды: увеличение числа рождений уменьшает процент и количество клинически значимых опухолей. Миома во время беременности имеет аналогичную структуру с нормальным миометрием, в том числе повышенную продукцию внеклеточного матрикса и повышенную выработку гормональных рецепторов. В послеродовом периоде миометрий возвращается к нормальным значениям веса, кровоснабжения, размера клеток и дифференцировки. Этот процесс приводит к инволюции миомы.

Рождение детей в среднем репродуктивном возрасте (от 25 до 29 лет) обеспечивают наибольшую защиту от развития миомы. Рождение в раннем репродуктивном возрасте, до 25 лет, может происходить до образования миомы, а рождение, которое происходило позднее 30 лет, происходит на фоне наибольшего воздействия на образование миомы

10. Курение: курение приводит к снижению процентной доли миомы. Это происходит в результате снижения биологической доступности эстрогенов в ткани миометрия; уменьшает превращение андрогенов в эстроген из-за вторичного подавления ароматазы, под действием никотина, увеличивает 2-гидроксилирование эстрадиола или стимулирование высокого уровня глобулинов связывания половых гормонов.

Эпидемиологическое исследование афроамериканских женщин не обнаружило увеличения рисков миомы среди курильщиков, и показывает, что уменьшение эстрогена можно противопоставить клетчатой пролиферации, которая простимулирована компонентом дыма сигареты, как диоксин.

Классификация фибромиомы матки

1. По количеству узлов: одиночная и множественная миома.
2. По морфологическому типу и активности пролиферативных процессов:

А. Простая миома, развивающаяся по типу доброкачественной мышечной гиперплазии — медленный рост, пролиферативные процессы не выражены.

Б. Проллиферирующая миома, обладающая морфогенетическими критериями истинной доброкачественной опухоли — повышена митотическая активность, быстрый рост, не имеет атипических клеток миометрия.

В. Предсаркома — характеризуется наличием множественных элементов с явлениями атипии, неоднородностью ядер клеток с крупными гиперхромными ядрами.

3. По расположению узлов в матке:

- Субмукозная миома (подслизистые узлы) - узел будет обращен в полость.

- Интрамуральная (интерстициальная)- узлы находятся в мышечном слое матки.

- Субсерозная миома — узлы расположены на наружной стороне матки, ближе к брюшной полости.

- Интралигаментарная миома- внутри связок.

4. По локализации: миома тела матки, миома перешейка, шейечная миома.

По размерам:

- малая — величина до 8 недель.
- средняя — от 8 до 12 недель.
- большая — более 12 недель.

5. Клинически: бессимптомная, симптомная.

Тревожна высокая заболеваемость раком репродуктивной системы у женщин и смертность от этого заболевания, а также низкая частота выявления злокачественных заболеваний путем профилактических осмотров, которая составила в 2017 году при различных нозологических формах от 3 до 12%.

Аборт наносит большой ущерб здоровью женщин. Несмотря на

тенденцию к снижению абсолютного числа аборт, они занимают ведущее место в структуре исходов всех беременностей. В непосредственном общем числе, зарегистрированных в области беременности, увеличивается доля внематочной беременности-1,43% (общий показатель, по данным ВОЗ, около 1%).

1.2. Клинические проявления фибромиомы матки

Симптомы и признаки фибромы на начальных стадиях развития заболевания выражены слабо. Распознать патологию самостоятельно достаточно сложно. Так как признаки фибромы матки практически незаметны, обнаружить наличие опухоли может только врач в ходе гинекологического осмотра.

В случае подозрения на присутствие новообразования после осмотра гинеколог дает направление на ультразвуковое исследование. Этот метод диагностики является наиболее точным, с помощью УЗИ можно определить наличие опухоли, количество узлов, их локализацию, размер. Признаки фибромиомы матки могут проявляться по-разному, это зависит от стадии болезни.

Нередко миома матки протекает бессимптомно. Основными симптомами миомы матки являются нарушение менструальной функции, функции соседних органов. Далее заболевание проявляется такими симптомами как менорагия - увеличение менструальных выделений. Обильные кровотечения опасны тем, что спустя некоторое время в результате этого может возникнуть анемия. Более обильные кровотечения свидетельствуют о том, что мышцы матки сокращаются хуже, в этом случае обязательно необходима врачебная помощь. Кроме того, у женщины могут возникать метроррагии - ациклические маточные кровотечения. Кровоточит в этом случае не опухоль, а слизистая оболочка матки, раздражающаяся опухолью.

Болевой синдром может быть различного характера. Как правило, болевые ощущения локализуются в пояснице или нижней части живота. Боль может быть и внезапной в том случае, если в миоматозном узле нарушается кровообращение. Миома большого размера, но медленно увеличивающаяся, проявляется тянущими болевыми ощущениями при менструальном кровотечении. Схваткообразный характер боли свидетельствует о том, что рост опухоли происходит в слизистой матки. Боль при миоме матки на ранних стадиях заболевания возникает редко, в большинстве случаев болевые ощущения свидетельствуют о том, что от начала болезни прошло определенное время. о Нарушение работы близ расположенных органов, в первую очередь, прямой кишки и мочевого пузыря. В них может возникать чувство сдавленности, если опухоль растет в их сторону. Поэтому могут возникать хронические запоры и нарушение мочеиспускания. Если возникают такие признаки, необходимо обращаться не только к гастроэнтерологу и урологу, но и к гинекологу, чтобы он мог исключить миому матки.

В результате обильных кровотечений может возникнуть анемия - снижение в крови эритроцитов и гемоглобина. Анемию сопровождает головокружение, головная боль, слабость и бледность кожных покровов.

Боль в области сердца - если опухоль увеличивается, снижается тонус миокарда. В тяжелых случаях может повышаться венозное давление. В этом случае обязательно необходимо посетить кардиолога.

Бесплодие - в случае подслизистого расположения миомы возникает нарушение проходимости маточной трубы и это препятствует прохождению сперматозоидов.

Причинами кровотечений при миоме матки являются снижение маточного тонуса и нарушение сократительной способности матки, увеличение менструирующей поверхности, гиперпластические процессы эндометрия, нарушения свертывающей системы крови.

Многообразие клинических проявлений при миоме матки обусловлено различной локализацией и формой роста узлов, сочетанием миомы с другой

генитальной (железисто-кистозная гиперплазия, кисты и кистомы яичников, эндометриоз и др.) и экстрагенитальной патологией, состоянием репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание и др.).

Отмечаются нарушения менструального цикла - по типу дисфункциональных маточных кровотечений.

Симптомы фибромиомы матки:

- Обильные менструации с выраженным болевым синдромом;
- Ощущение тянущих болей внизу живота;
- Кровянистые выделения между менструациями;
- Боли отдающие в поясничный отдел;
- Увеличение окружности живота;
- Болевые ощущения во время полового акта.

Отличительной чертой фиброзной опухоли матки является наличие схваткообразных болей при менструациях. В отдельных случаях боли могут быть резкими, возникать неожиданно, и могут сохраняться постоянно. В случае длительных и обильных менструаций может развиваться анемия.

1.3. Роль акушерки в диагностике и лечении фибромиомы матки

Обследование пациенток с миомой матки предполагает сбор анамнеза, объективное и специальное гинекологическое обследование, общеклиническое и биохимическое обследование, УЗИ органов малого таза.

По показаниям: определение опухолевых маркеров, УЗИ почек и выделительной урографии (у 60% пациенток имеется компрессия мочевыводящих путей и доклинический гидронефроз), МРТ или КТ (в крупных интралигаментарных, низкочастотных и забрюшинных узлах), отдельно диагностический кюретаж матки (для исключения злокачественной трансформации эндометрия), консультация гематолога (при кровотечении) [32].

В настоящее время медицина имеет обширную базу методов для

выявления и точной диагностики миомы матки, которые включают в себя как традиционные, так и современные методы.

- эхогистерография,
- ультразвуковое исследование (УЗИ) с использованием 3-4 D технологий,
- цветное доплеровское картирование (ЦДК),
- магнитно-резонансная томография (МРТ),
- мультиспиральная компьютерная томография.

Для зарубежных гинекологических клиник, располагающих новейшей медицинской аппаратурой, диагностика миомы матки не представляет трудностей. Применяется ультразвуковое сканирование, компьютерная и магнитно-резонансная диагностика.

Внутренние миоматозные узлы легко распознаются с помощью эндоскопической гистероскопии и контрастной гистерографии. Используется лапароскопическая диагностика, которая выявляет растущие снаружи узлы и их взаимоотношение с соседними органами. Лапароскопически можно выявить также наличие эндометриоза, который является частым спутником фибромиомы.

Лапароскопия используется преимущественно при необходимости дифференциальной диагностики миомы и опухоли яичника, а также для распознавания вторичных изменений в миоматозных узлах, являющихся противопоказанием к консервативной терапии.

При обнаружении миоматозных узлов выполняется их биопсия с гистологическим исследованием. При анализе крови определяют уровень гормонов, наличие онкомаркеров. Проводится обследование всей эндокринной системы - щитовидной железы, гипофиза, яичников.

Виды терапии: консервативная, хирургическая, рентгеновская.

Лечение миомы матки в Израиле достигло потрясающих высот благодаря органосберегающей хирургии. Теперь разрез живота делается только в исключительных случаях, матка и яичники — чаще всего сохранены. Такие

результаты хирурги Израиля имеют благодаря операциям с нескольких направлений, при которых применяются оптические волокна (фибероптика). Так, хирургическое вмешательство может проводиться снизу, когда обследуется матка и околоматочное пространство, которые наполняются жидкостью с целью удаления миомы с помощью лазерного или электрического оборудования.

Этот метод называется гистероскопическая миомэктомия. Другой используемый метод - лапароскопия или введение оптического волокна через пупок с последующим разрезом матки и удаления опухоли. Популярна операция с применением эмболизации (ее суть - введение эмбола в артерию) с целью закупорки артерии и уменьшения миомы в размере.

Медицина Израиля практикует также операции с применением ультразвука и МРТ. А еще применяется метод удаления миом влагалищным доступом, благодаря разрезу позади шейки матки (ноутоз).

Реабилитация после операций в клиниках Израиля проходит необыкновенно быстро. К хирургическому вмешательству прибегают в том случае, если медикаментозное лечение не дало ожидаемого эффекта. Во время лечения миомы при ранней диагностике клиники Израиля, применяют гормональные препараты и оральные контрацептивы. Лечение назначается только после консультации лечащего врача.

Хирургическое вмешательство может быть выполнено как планово (на 5-14 день менструального цикла), так и в экстренном порядке, из-за "рождения" подслизистого миоматозного узла, дегенеративных изменений в опухоли, неэффективной антибактериальной и противовоспалительной терапии. Не является показанием для операции бессимптомные множественные миомы матки небольших размеров, и в некоторых национальных рекомендациях оспаривается необходимость проведения операции, только на основании клинически диагностированного быстрого роста опухоли вне постменопаузального периода.

Консервативные методы лечения заболеваний при их отмене могут стимулировать развитие новых узлов, приводить к самопроизвольному

рецидиву, а также стимулировать рост ранее существовавших мелких или незамеченных опухолей. В настоящее время большое внимание сосредоточено на молекулярной медицине, что позволит по-иному взглянуть на классификацию заболевания и лечение (4). Роль акушерки в раннем выявлении миомы матки очень велика, как в проведении санитарно-просветительской работы с населением, так и в личных беседах с пациентами отделений, привлечении внимания женщин к типичным симптомам миомы матки и убеждении их своевременно обратиться к гинекологу.

Мировой опыт показывает, что огромный потенциал повышения эффективности оказания медицинской помощи заложен в реформировании сестринского дела. Оценка качества медицинской помощи и системный подход к деятельности акушерки, роль сестринского ухода для достижения положительных результатов лечебно-диагностического процесса все чаще рассматриваются.

Вместе с тем, повышение профессиональной роли, объема обязанностей и полномочий, требует повышения ответственности за оказание помощи, усиления контроля и оценки работы среднего медицинского персонала.

Вопросы оценки качества медицинской помощи широко освещаются в отечественной и зарубежной литературе. Все чаще и чаще встречаются работы, посвященные изучению проблемы управления качеством сестринской деятельности, так как средний медицинский персонал является неотъемлемой частью диагностического и лечебного процесса.

Контроль качества сестринского ухода — это система мониторинга и проверки сестринской деятельности и ее результатов, обеспечивающая достижение организацией высокого уровня эффективности акушерской помощи.

Качество жизни, связанное со здоровьем, определяется как восприятие больным измененного болезнью состояния и жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которой живет пациент, и ожиданий пациента и его родственников.

Уровень качества жизни прямо пропорционален удовлетворенности пациента условиями и образом жизни, то есть результатами сестринского ухода, адаптацией к изменившимся условиям жизни, обеспечением максимально возможной самостоятельности и независимости пациента.

Лечение миомы тела матки проводится несколькими методами. Консервативная тактика заключается в назначении гормональных препаратов, среди которых наиболее эффективными являются аналоги гонадолиберина, или гонадотропин-рилизинг-гормона (гормон гипоталамуса). Они способны временно связывать соответствующие рецепторы в гипофизе и со временем подавлять его гонадотропную функцию. В результате этого снижается синтез эстрогенов и прогестерона, объем опухоли уменьшается до 55%, прекращаются кровотечения и боли.

Однако эти препараты даже при коротком курсе лечения (3-4 месяца) оказывают побочные эффекты в виде выраженных сосудистых реакций, чувства приливов крови, тошноты и снижения минеральной плотности костей.

Еще один консервативный метод — это не инвазивный способ фокусированной ультразвуковой абляции миоматозного узла под контролем магнито - резонансной томографии (ФУЗ - МРТ-абляция). Он основан на прохождении ультразвуковых волн через биологические ткани без их повреждения. Сфокусированные на опухоли, они вызывают нагревание отдельных ее зон до 55-90°. Уже при 60° за 1 секунду происходит разрушение клеток за счет выпаривания из них воды, повреждение сосудистой сети, локальное разрушение структуры белков и коллагеновых волокон.

Однако эта методика еще недостаточно совершенна и применяется в основном при локализации миомы в дне матки и по ее передней стенке. Процедура противопоказана при размере узлов меньше 2 см и более 9 см, при субсерозных миомах на ножке, бесплодии, нереализованной репродуктивной функции и т. д.

Из малоинвазивных манипуляций применяется в основном двухсторонняя селективная эмболизация артерий при миоме матки. Ее

эффективность составляет 98,5%, в отличие от хирургической миомэктомии, после которой возможны рецидивы (до 40%). Смысл процедуры состоит в проведении (под местной анестезией) специального микрокатетера в маточную артерию через бедренную и внутреннюю подвздошные артерии.

После этого вводится поливинил-алкоголь в виде очень мелких частиц³⁴. Он приводит к окклюзии (блокада) сосудов, питающих миоматозные узлы, прекращению поступления крови и дальнейшему их сморщиванию. После процедуры появляются выраженные боли внизу живота, длящиеся несколько часов²⁷. Иногда эмболизация сосудов (редко) может осложниться развитием инфарктов в матке или абсцессами, что потребует удаления органа.

Кроме того, эмболизация неэффективна при субсерозных узлах. Отдаленные результаты ее применения пока неизвестны, а влияние на возможность последующей беременности полностью не изучено. В 5% случаев наблюдается наступление аменореи у женщин детородного возраста.

В настоящее время в среднем у 80% женщин хирургическая операция при миоме матки остается основным методом лечения. Хирургическое лечение может быть двух видов:

- консервативное — удаление только единичных или множественных узлов (миомэктомия);
- радикальное — субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутация с сохранением шейки и придатков) или тотальная гистерэктомия (экстирпация), то есть удаление матки с шейкой.

Консервативное удаление миомы матки лапароскопическим методом является предпочтительным и осуществляется при размерах узлов менее 7-8 см. Однако наличие в настоящее время морцелляторов позволяет удалять лапароскопическим методом и опухоли размером до 17 см. Морцеллятор представляет собой электромеханический прибор, измельчающий миоматозный узел в брюшной полости

Выбор объема хирургического вмешательства зависит от сопутствующих заболеваний, возраста женщины и планирования беременности в будущем.

Приоритетным в лечении миом является использование малоинвазивных или консервативных хирургических органосохраняющих методов:

1.4. Реабилитация после фибромиомы матки и профилактика заболевания

Охрана репродуктивного здоровья, как фактор национальной безопасности в условиях наблюдаемых негативных демографических тенденций и депопуляции населения является одной из важнейших медико-социальных проблем.

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

В связи с большой распространенностью заболевания, профилактика миомы матки является важным мероприятием в жизни современной женщины. Профилактика миомы матки включает в себя действия, которые помогут исключить и другие заболевания женской половой системы.

Поскольку причины появления патологии еще изучаются, то нельзя сказать, что известная профилактика миомы матки точно предотвратит появление заболевания.

Однако, исходя из предполагаемых причин возникновения заболевания, выделяют несколько мероприятий, к которым относится профилактика миомы матки. Главная мера профилактики миомы матки - это соблюдение здорового образа жизни и стабилизация эмоционального состояния. Переживания и стрессы провоцируют огромный выброс гормонов в организм и изменение гормонального фона. Поэтому психологическое здоровье так же важно, как и здоровье всего организма.

Кроме стрессов следует избавиться от вредных привычек и неправильного питания, т.к. они нарушают обмен веществ и ослабляют

иммунную систему. Сбалансированное питание оказывает положительное действие на весь организм в целом.

Наследственность также имеет немаловажное влияние на возможность развития миомы у женщины. Если по материнской линии у кого-либо отмечалось подобное заболевание, то риск развития этой патологии увеличивается на 30%. В случае отягощенной наследственности женщина должна проходить обязательный осмотр врача-гинеколога каждые полгода, а также контролировать свой гормональный уровень. Эти мероприятия помогут диагностировать заболевание на самых ранних сроках его развития и предпринять необходимые по его устранению меры.

Важна профилактика миомы матки при регулярном посещении гинеколога. Даже если патология появилась в организме, профилактический осмотр позволит выявить ее на ранней стадии, что ускорит процесс выздоровления. Профилактика миомы матки - это также профилактика абортот и гармоничная половая жизнь. Следует использовать рациональную контрацепцию для исключения появления нежелательной беременности.

Контрацепцию подбирают индивидуально исходя из собственных предпочтений и потребностей пациентки. Сегодня существует множество вариантов контрацептивов, в том числе и гормональных, подобрав которые женщина будет спокойна за состояние своего здоровья. Рациональная контрацепция также снижает риск возникновения инфекционных заболеваний. А в случае их появления необходимо своевременно пройти курс лечения.

Кроме общих рекомендаций по соблюдению рационального режима жизни, предупреждению распространенных болезней в детском и взрослом возрасте, играют роль исключение абортот, своевременная коррекция гормональных нарушений, адекватное лечение гинекологических заболеваний.

Существует и специфическая профилактика. Это своевременная реализация репродуктивной функции. Первые роды рекомендуются в 22 года, вторые в 25 лет, последующие планируемые роды до 35 лет. Поздние первые роды приводят к преждевременному постарению миоцитов,

снижению их адаптационной способности к растяжению и сокращению.

Роль акушерки в ранней диагностике миомы матки чрезвычайно важна, так как миому можно обнаружить на ранних стадиях её развития при плановом гинекологическом осмотре. Но может быть и так, что женщина сама обратилась с теми или иными жалобами. В любом случае необходимо собрать тщательный акушерско-гинекологический анамнез.

После провести осмотр наружных половых органов и осмотр в зеркалах. Для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики пациентку необходимо направить к врачу-гинекологу, где будут проведены дополнительные методы исследования.

Работая с пациентками, страдающими миомой матки, акушерка помогает врачу в сборе информации для выявления потенциальных проблем. Сбор информации продолжается обследованием пациента, в котором акушерка принимает самое активное участие.

Она выписывает направления на обследование, участвует в обследовании пациенток - берет мазки на цитологическое исследование, на гонорею, степень чистоты влагалища. Готовит инструменты и ассистирует при зондировании матки, диагностическом выскабливании слизистой оболочки шейки и тела матки, собирает соскоб и отправляет его на гистологическое исследование, участвует в оценке тестов функциональной диагностики яичников (симптом зрачка, симптом арборизации), учит пациентку вести менструальный календарь и измерению базальной температуры.

Акушерка выполняет назначения врача, участвует в выполнении манипуляций (гистеросальпингография, пункция заднего свода), некоторые лечебные мероприятия проводит самостоятельно (спринцевания, влагалищные ванночки, тампоны, присыпки и пр.).

Соблюдение лечебно-охранительного режима, правильно организованный уход за больными, заботливое отношение к ним, точное выполнение врачебных назначений — залог успешного лечения. Пациенты должны видеть, что их здоровье является предметом постоянного внимания

медицинского персонала. После выписки из стационара после хирургического лечения продолжить реабилитационные мероприятия (медсестра физиотерапевтического отделения).

Акушерка, участвуя в лечении, проводит текущую и итоговую оценку результатов лечения. В задачи акушерки женской консультации входит изучение условий труда женщин, организация комнат личной гигиены женщины на предприятии и контроль за их работой. Большое значение имеет понимание психического состояния пациенток фертильного возраста, страдающих бесплодием:

Акушерка должна вселять в пациентку веру в благоприятный исход лечения, рассказать о традиционных и новых технологиях восстановления фертильности. Так как лечение длительное, участковая акушерка становится советчиком, другом и наставником, она информирует врача о настроении пациентки, о ее семейных проблемах.

Рационально построенные взаимоотношения врача и акушерки предусматривают разумное распределение обязанностей при условии абсолютного взаимного доверия. Акушерка совершенствует свои знания под контролем врача, осваивая новые методы диагностики и лечения.

Акушерка гинекологического отделения должна обратить внимание на возраст пациентки. Особого внимания требуют молодые женщины, страдающие кровотечением. Здесь надо отрегулировать время учебы и отдыха, исключить лишние нагрузки. Надо помочь пациентке составить режим дня, объяснить ей, что питание должно быть сбалансированным, витаминизированным, богатым белками, железом.

Необходимо назначить ей гимнастические упражнения. Женщины климактерического периода нуждаются в общении, надо порекомендовать им группы здоровья, клубы по интересам.

Изучив вышеизложенное в первой главе можно сделать следующие *выводы*:

1. Миома матки - это полигландулярное заболевание, при котором в

патологический процесс вовлечено большое количество органов и систем организма женщины.

У пациенток с миомой матки присутствует снижение резервных возможностей и активности симпатико-адреналовой системы, что обуславливает компенсаторно - приспособленческие возможности организма во время развития патологического процесса.

2. Предрасполагающими моментами в развитии миомы матки являются преданемические состояния и железодефицитная анемия.

3. Такое заболевание, как миома матки, является распространенным и в настоящее время, встречается у более молодых женщин, даже моложе тридцати лет.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ФИБРОМИОМОЙ ТЕЛА МАТКИ

2.1. Материалы и методы исследования

В период с ноября 2018 по май 2019 года нами был проведен анализ 50 историй болезни пациенток отделения оперативной гинекологии, а так же данных годовых статистических отчётов по заболеваемости на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» и диспансерных групп женской консультации городской поликлиники №8 г. Белгорода.

Методы исследования:

1. Метод научно-теоретического анализа медицинской литературы.
2. Анализ статистических данных.
3. Метод сравнения, изучения и обобщения.

2.2. Результаты исследования

Первоначально проведён анализ статистических данных распространенности, особенностей диагностики и лечения фибромиом матки.

В гинекологическом отделении оказывается специализированная высокотехнологичная помощь женскому населению Белгородской области в плановом и экстренном порядке. В отделении проводится хирургическое лечение и консервативная терапия заболеваний женских половых органов в полном объеме, в том числе и девочкам-подросткам. Приоритетным направлением в работе отделения является развитие эндоскопии, как диагностической, так и хирургической, совершенствование органосохраняющих операций при доброкачественных опухолях матки и придатков, влагалищные операции. При использовании в лечении хирургических методов предпочтение отдается высокотехнологичным,

малотравматичным и органосохраняющим операциям. Индивидуальный подход к каждому пациенту и возможность создания комфортных условий пребывания в стационаре позволяют достичь максимального эффекта от проводимого лечения. Структура и объем оперативных вмешательств представлены в таблицах 1-3.

Таблица 1

Структура нозологических форм в гинекологическом отделении

	2018 год			2017 год			2016 год		
	К-во	к/д	Ср. к/д	К-во	к/д	Ср. к/д	К-во	к/д	Ср. к/д
- доброкачественные новообразования	476	3855	8,1	449	3681	8,2	378	3086	8,16

Таблица 2

Оперативная деятельность отделения

	2018 год	2017 год	2016 год
Полостных операций	236	168	195
Эндоскопических	482	557	466
в т.ч. гистерорезектоскопии	30	-	-
«Малых» гинекологических операций			
в т.ч. гистероскопий	1500	1601	1601
Эмболизация маточных артерий	67	41	20
Всего операций	3397	3537	3490

Таблица 3

Объем оперативных вмешательств

	2018 год	2017 год	2016 год
Экстирпация матки:			
- полостная	165	126	130
- вагинальная	350	308	279
- эндоскопическая	19	17	11
Ампутация матки			
- полостная	9	10	1
- эндоскопическая			
Миомэктомия			
- полостная	36	27	28
- эндоскопическая	34	54	48

Вся информация, полученная в результате анализа историй болезни, была обработана с помощью метода математической статистики - были рассчитаны средние показатели, а также долевые соотношения. Все результаты указаны в диаграммах.

Нами проводилось исследование социально-биологических, анамнестических и клинических показателей.

По данным 50 историй болезни встречаемость фибромиомы матки по Белгородской области 65%, в городе Белгороде 35% (Рис.1.).



Рис.1. Анализ места жительства

Возраст женщин в исследуемой группе с фибромиомой матки 28-33 года - 7%; 34-39 лет – 40%; 40-45 лет – 17%; 46-51 года – 36% (Рис.2.).

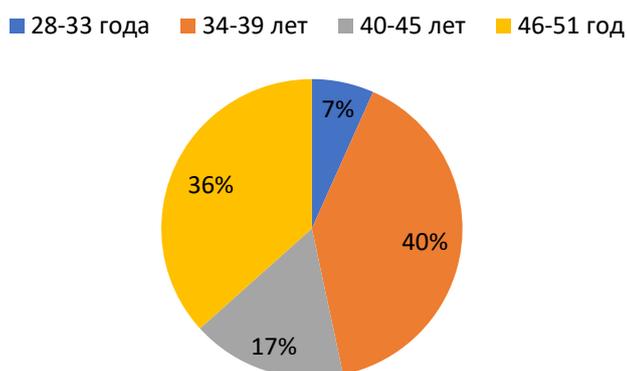


Рис.2. Возраст женщин с фибромиомой матки

При анализе семейного положения женщин выявлено, что 53% женщин – замужем, 47% - не замужем (Рис.3.).

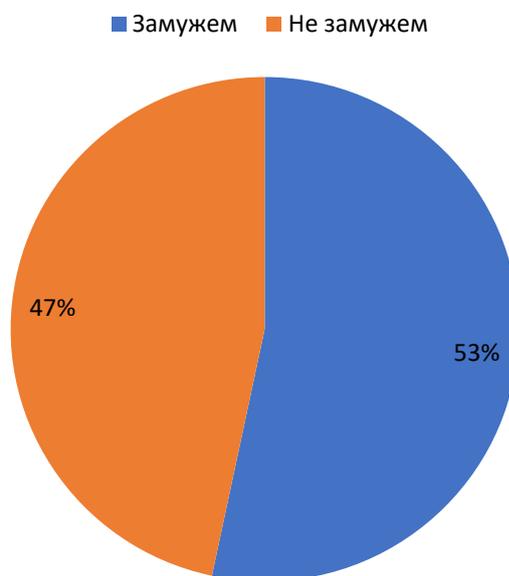


Рис.3. Семейное положение женщин

Возраст начала первой менструации у 96% - в 11-13 лет, у 4% - в возрасте от 13 до 16 лет (Рис.4.).



Рис.4. Возраст начала первой менструации

На момент исследования у 76 % женщин выяснилось, что в анамнезе была беременность, благополучно закончившаяся родами, у 7% родов не было, у 10 % имело место инфицирование рубца, у 7% роды осложнились послеродовым маститом (Рис.5.).

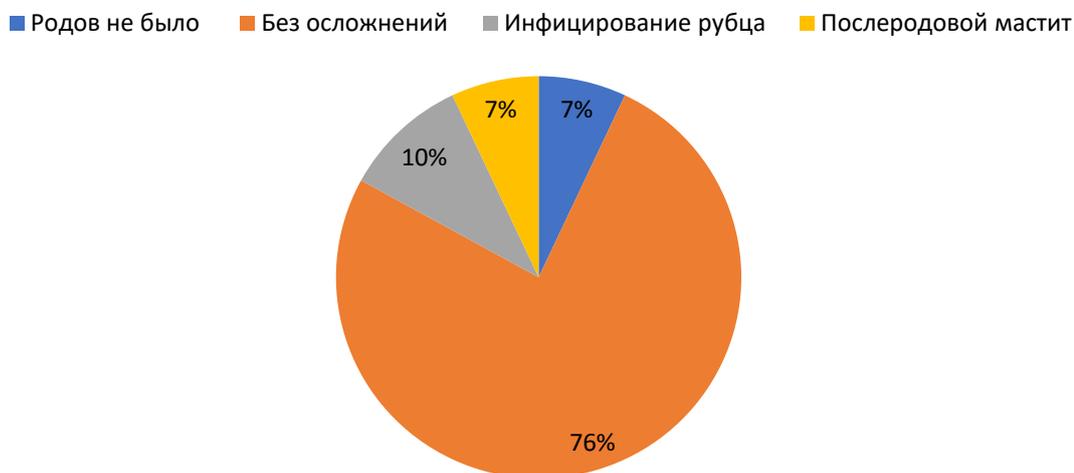


Рис.5. Наличие осложнений в родах

По результатам нашего исследования, мы видим, что до образования миоматозных узлов матка была подвергнута к инструментальным вмешательствам. Чаще всего производились гистероскопия и диагностическое выскабливание полости матки (Рис.6.).



Рис.6. Количество внутриматочных вмешательств

По результатам нашего исследования, у 47% исследуемых пациентов были аборт, что могло быть главной причиной заболевания миомой (Рис.7.).

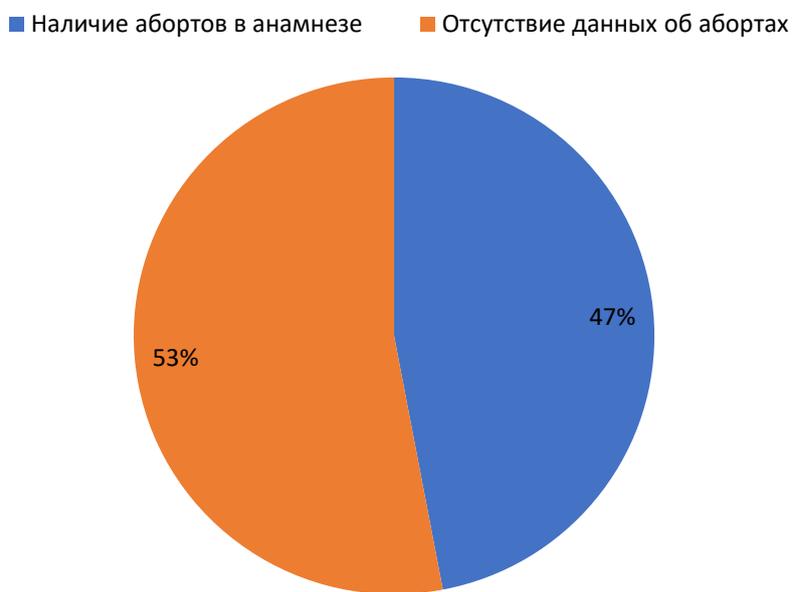


Рис.7. Наличие абортов в анамнезе

Проанализировав историю болезни женщин мы сделали выводы, что у 63% женщин выкидышей не было (Рис.8.).



Рис.8. Наличие выкидышей в анамнезе

60% исследуемых женщин болеют более одного года, менее одного года - 25%, более 3-х лет -15%, что отражает удовлетворительное состояние диспансерного наблюдения в данной группе пациенток по изучаемому заболеванию (Рис.9.).

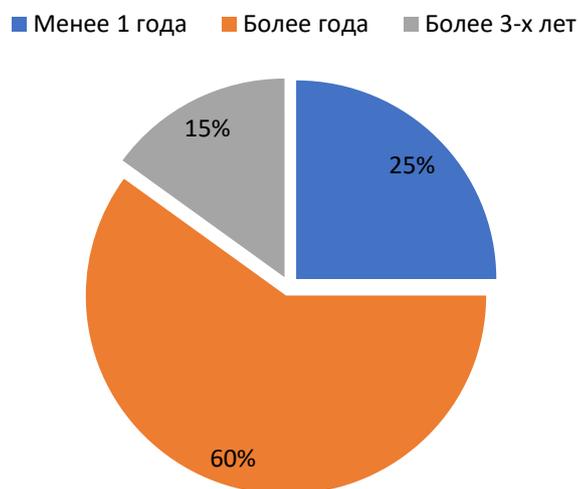


Рис.9.Продолжительность заболевания

Все женщины в данной группе состоят на «Д» учёте по поводу фибромиомы матки (Рис.10.).

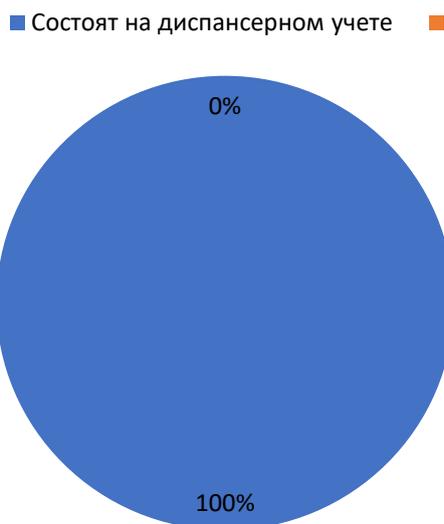


Рис.10. Наблюдение в «Д» группе

Миома, превышающая в диаметре 6 см считается большой, срок ее равняется 12-16 акушерским неделям беременности. Средняя (от 4 до 6 см) - срок 8-11 недель. Малая опухоль (около 2 см) срок ее 4-6 недель не более.

В нашей выборке отмечались фибромиомы средних и больших размеров, что объясняется тем, что эти пациентки поступили на оперативное лечение, одним из показаний к которому является размер матки более 12 недель (Рис.11.).



Рис.11. Размер матки

Жалобы, с которыми впервые пациентки обратились к врачу были разнообразны, но в то же время были варианты, которые беспокоили почти каждую вторую или в сочетании с другими жалобами.

Наибольший процент (64%) жалоб был на длительные и обильные менструации. 25 % пациенток отметили наличие болей во время менструации, межменструальные кровотечения выбрали 11 % пациенток (Рис.12.).



Рис.12. Структура жалоб при поступлении на оперативное лечение

Рассматривая соматические болезни при миоме тела матки, сахарный диабет и гастрит встретились в одинаковом количестве случаев (по 23 %), в 16 % случаев отмечалась гипертоническая болезнь, в 10 % случаев - варикозное расширение вен (Рис.13.).



Рис.13. Наличие экстрагенитальных заболеваний

В настоящее время считается, что хроническое воспаление может быть одним из этиологических факторов опухолевых заболеваний. Риск заболевания миомой матки существенно увеличивается при наличии в анамнезе трех и более эпизодов обострения воспалительных заболеваний органов малого таза, а также при перенесенной хламидийной и герпесвирусной инфекции.

По результатам нашего исследования наличие выявленных ВЗОТ оказалось у 24 - х женщин, что составляет 48% (Рис.14.).



Рис.14. Наличие ВЗОТ в исследуемой группе

100% женщин было проведено оперативное лечение (Рис.15.).

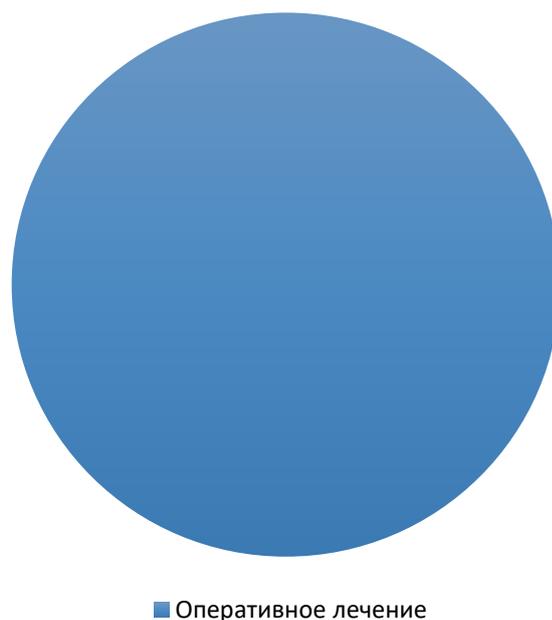


Рис.15. Вид лечения

Объем операции распределился следующим образом: у 47% женщин было проведено ЭМА, у 33% - экстирпация матки, 10% - ампутация, 10% - энуклеация узлов (Рис.16.).

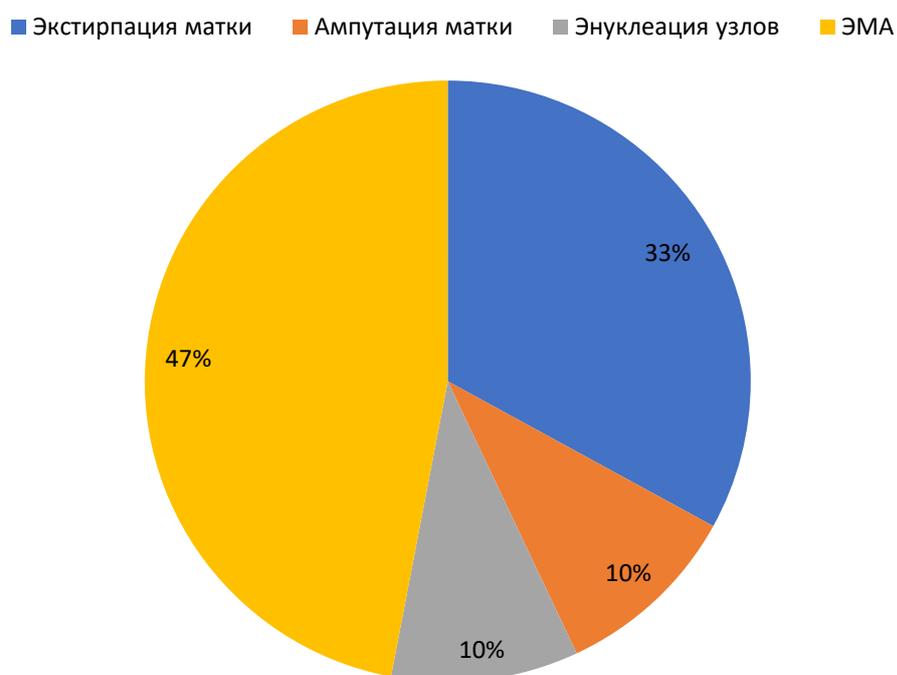


Рис.16. Объем проведенных операций

Гемоглобин при миоме матки чаще всего бывает ниже нормы, а насколько велики эти отличия, зависит прежде всего от течения заболевания, а также от общего состояния организма. В нашем исследовании у 40% пациенток был снижен гемоглобин. У 30 % послеоперационный период протекал гладко. Имели место покраснение швов, повышение температуры и СОЭ. Однако, лечебно – профилактические мероприятия были проведены в полном объеме, всем пациенткам швы были сняты на 7-е сутки и произведена своевременная выписка домой (Рис.17.).

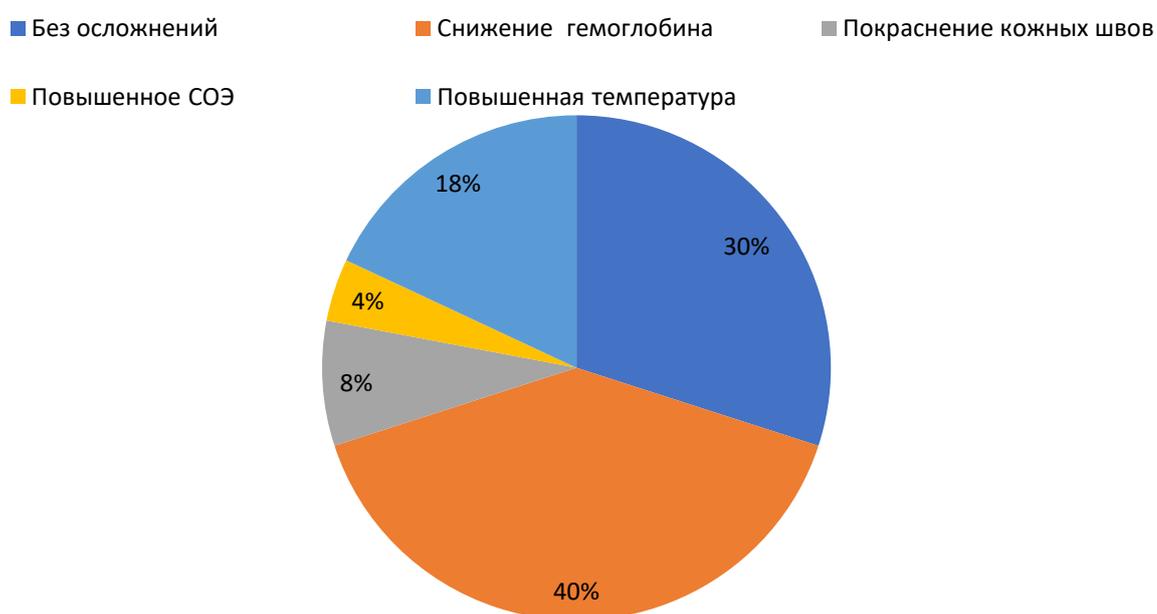


Рис.17. Течение послеоперационного периода

Выводы по результатам 2 главы:

1. Для своевременной диагностики и правильного лечения миомы матки следить за своим гинекологическим здоровьем необходимо с раннего возраста.
2. Необходимо своевременно обращаться к медицинскому персоналу по месту жительства для полноценного обследования, эффективного лечения и дальнейшего сохранения здоровья и жизни.
3. Характер оперативного вмешательства при миоме матки определяется исходя их индивидуальных характеристик пациентки. В

частности, учитывается ее возраст, общее физическое состояние, общее состояние репродуктивной системы и некоторые другие параметры. Перед непосредственным удалением миомы проводится ряд обследований, которые не занимают много времени, однако дают наиболее полную картину здоровья женщины. Это так называемая предоперационная подготовка.

4. Существует два способа проведения операции с целью лечения миомы матки - консервативный, который позволяет сохранить матку, и радикальный, когда матка либо удаляется полностью, либо сохраняется только шейка матки.

5. Если есть хоть малейшая возможность для сохранения репродуктивной системы женщины, необходимо ее использовать. Особенно это актуально в отношении молодых, еще не рожавших женщин.

6. Профилактика миомы матки должна быть направлена на исключение возникновения патологии. При данном заболевании рекомендации помогут избежать рецидивов и ухудшения состояния и непосредственно включают здоровое питание, рациональную контрацепцию, соблюдение мер предосторожности.

7. Диета поможет лучше переносить заболевание и ускорит процесс выздоровления. Прежде всего, следует выбирать продукты при миоме матки с большим количеством клетчатки. Такая пища нормализует работу желудочно-кишечного тракта и снижает уровень эстрогена в крови. Правильное питание, это важно, так как ожирение, избыточный вес накапливают эстрогены в организме, в подкожной клетчатке, эти гормоны образуются из холестерина, который поступает в организм с жирной пищей животного происхождения. Чтобы перекрыть этот канал поступления холестерина, нужно заменить жирное мясо овощами, кашами, фруктами. Употребление большого количества сладкой сдобной еды также вредно: это может привести к ожирению — основе всех гормональных нарушений, которые приводят к развитию миомы матки, мастопатии и других заболеваний женских органов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами было проведено исследование по выбранной нами теме, где была поставлена цель-проанализировать объем лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых медсестрой в отношении пациенток с миомой матки и разработать практические рекомендации, направленные на профилактику данного заболевания. Для достижения этой цели нами были сформулированы задачи, которые мы полностью выполнили. Цель нашего исследования полностью достигнута.

Проанализировав все вышеизложенное, на основании нашей исследовательской работы, можно сделать следующие выводы:

1. Миома матки в высокотехнологичное настоящее время является часто встречающимся гинекологическим заболеванием. Несмотря на высокоразвитые успехи современной медицины в диагностике и лечении миомы матки проблема еще недостаточно решена.

2. Изучив современную литературу, мы выяснили, что практическая значимость данной работы заключается в том, что она показывает важность роли медсестры в профилактике и своевременном лечении миомы. Медсестра является первым медицинским работником, к которому пациентки обращаются для первичной диагностики. На данном этапе видна важность проведения санитарно- просветительских бесед с пациентками на тему вреда абортов, опасности возникновения и не вовремя проведенного диагностирования и лечения воспалительных заболеваний в матке и ее придатках. Медсестра должна первой выявить миому и направить пациентку для дальнейшего обследования и лечения в стационар. После полного дополнительного обследования женщину необходимо поставить на диспансерный учёт по миоме матки, а индивидуальную карту больной направляют участковой медсестре.

3. Оценивая роль медсестры в помощи женщинам с миомой тела матки, поняли, что задача медсестры заключается в регулярном наблюдении

больной. С этой целью проводятся ежемесячные гинекологические осмотры, медсестра наблюдает за общим состоянием женщины, развитием и степенями роста миомы. Если же уже была проведена операция по удалению миомы, необходимо более тщательное внимание к женщине, так как высока вероятность возникновения послеоперационных осложнений.

4. После проведения исследования, были разработаны рекомендации для пациенток. Медсестре необходимо научить женщину правилам личной гигиены, убедить её в необходимости регулярного наблюдения. Так же для поддерживающей терапии назначить витамины, седативные препараты и следить за тем, чтобы пациентка неукоснительно соблюдала ваши рекомендации и назначения врача. Именно медсестра дает рекомендации по профилактике миомы. Помимо общеизвестных рекомендаций по соблюдению рационального образа жизни, профилактике наиболее распространенных болезней в детском и взрослом возрасте, огромное значение имеет своевременная коррекция гормональных нарушений, минимизация, а лучше полное исключение абортов, своевременное и правильное лечение гинекологических заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии. М.: Медицина. - 2013. - 470 с.
2. Адамян Л.В., Осипова А.А., Сонова М.М. Эволюция гормональной терапии эндометриоза. Проблемы репродукции. М.: Медицина, 2012. - 360 с.
3. Александров М.С. Хирургическое лечение миом матки. М.: Медгиз, 2014 - 263 с.
4. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации под ред. Москва, - 2015. - 355 с.
5. Багдасарян А.Р. Роль амбулаторной гистероскопии в диагностике внутриматочной патологии. М.: Медицина, - 2012. - 102 с.
6. Барыкин Н.В. Сестринская роль в гинекологии // Сестринское дело, - 2012. - №3. - 47 с.
7. Бобров Б.Ю. Профилактика заболеваний репродуктивной системы женщин // Акушерство и гинекология. 2013. - №5- 258 с.
8. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. М.: Медицина, - 2012. - 304 с.
9. Василевская Л.Н., В.И. Грищенко «Гинекология». - Москва: ГЭОТАР-Медиа, -2011. - 400 с.
10. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению миомы матки- М.: МЕДпресс-информ, - 2014. - 89 с.
11. Гуриев Т.Д., Сидорова И.С., Унанян А.Л. Сочетание миомы матки и аденомиоза. М: МИА. - 2012. - 256 с.
12. Дивакова Т.С. Охрана материнства и детства // Дивакова Т.С., Медведская, С.Е. , М.: Москва, - 2015. - 377 с.
13. Дубисская Л.А., Филинов А.Г., Брагина Л.Б. Медико-социальные проблемы сохранения репродуктивного здоровья женщин. М.: Иваново, -

2012. - 112 с.

14. Коржуев С.И. Репродуктивная функция женщин после консервативной миомэктомии. Смоленск, 2014. - 525 с.

15. Краснова И.А. Акушерство и гинекология // Краснова И.А., Бреусенко В.Г. - М.: Медицина,- 2013. - 180 с.

16. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология М.: Медицина, 2012. - 425 с.

17. Кроткова Л.Л. Гистерорезектоскопическаямиомэктомия, как рациональный метод органосохраняющей операции у больных с субмукозной миомой матки, анналы хирургии. М.: Медицина,- 2012 - 400 с.

18. Кулаков В.И. Руководство по оперативной гинекологии - // Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Белоглазова С.Е. - М.: Медицина - 2015. - 203 с..

19. Коган И.Ю., Беженарь В.Ф., Долинский А.К. Эффективность вспомогательных методов репродукции у больных с миомой матки.// Акушерства и женских болезней - 2012. -№4. - 218 с.

20. Корсак В.С. Сохранение репродуктивной функции у женщин // Проблемы репродукции, - 2012. - №1. - 55 с.

21. Карпан О.И. Гестационные факторы в генезе миомы матки: диссертация кандидата медицинских наук. - Самара, 2015. -114 с.

22. Лапотко М.Л., Булат А.С. Репродуктивное здоровье женщин // Репродуктивное здоровье в России,2013. - №3 - 45 с.

23. Меглей С. Новые медицинские технологии . -М.: Мед-медиа,- 2012. - 352 с.

24. Мельник Е.Г., Якименко А.В. Миома маткии особенности сестринского ухода в современных условиях: диссертация кандидата медицинских наук. - Краснодар, 2012. - 98 с.

25. Мухина С.А., Тарновская И.И - Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп. - М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 615 с.

26. Норвитц Э.Р., Шордж Д.О. Наглядные акушерство и

гинекология: Учебное пособие пер. с англ., -2012. - 400 с.

27. Политова А.К. Оптимизация хирургического лечения больных миомой матки: диссертация доктора медицинских наук. - Москва, 2012. 251 с.

28. Радзинский В. Н. Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушерок // гл. ред.; МЗ РФ, АСМОК. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 287 с.

29. Серов. В. Н. Акушерство и гинекология // Серов. В. Н, Сухих Г. Т. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 274 с.

30. Савельева М., В.Г. Бурсенко «Гинекология», Москва, - 2012. - 290 с.

31. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Органосберегающее хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки.// Вопросы гинекологии, акушерства. - 2003. - №2 - 301 с.

32. Самойлова Т.Е. Неоперативные методы лечения миомы матки / Т.Е. Самойлова // «Лечащий врач». - Москва, 2010. - №3 - 127 с.

33. Ткаченко Э.Р. Современные подходы к хирургическому лечению маточной патологии: Автореферат диссертации доктора медицинских наук. М., 2012. - 98 с.

34. Тихомиров А.Л. Практическая гинекология // Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Руководство для врачей. М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2014. - 180 с.

35. Уилсон П. Гинекологические заболевания // Уилсон П. - М.: Медицина, 2013. -344 с

ПРИЛОЖЕНИЕ

Практические рекомендации по профилактике миомы тела

- «создание» психологического комфорта,
- правильное питание,
- наличие оптимальной физической активности,
- отказ от вредных привычек,
- регулярный профилактический осмотр (посещение гинеколога один раз в год, УЗИ органов малого таза),
- регулярная половая жизнь,
- своевременные запланированные беременности.

Необходимо сохранять первую беременность, особенно у молодых женщин с так называемой наследственной миомой. Аборт вызывает рост миоматозных узлов и из микроскопических узлов интенсивно формируются растущие миомы.

Следует избегать чрезмерного ультрафиолетового облучения, высокотемпературных эффектов, особенно после 30 лет.

При наличии наследственного риска (миома матки у матери и близких родственниц) опухоль развивается на 5-10 лет раньше, т. е. в 20-25 лет, что требует более частого посещения гинеколога.

Продолжение грудного вскармливания в течение полугода после родов нормализует пролактин, который влияет на гистогенез миомы.

Также необходимо здоровое питание, обогащенное витаминами. Имеются данные о том, что женщины, принимающие долгосрочные гормональные контрацептивы, реже страдают миомой матки.

Не должно быть переохлаждения, промокания, замерзания ног, коленей и ягодиц.

Одежду и обувь следует подбирать в соответствии с сезоном, не сидеть на сыром грунте и камнях даже в теплое время года, после купания в

бассейне или пруду следует сразу же сменить мокрый купальник на сухой.

Женщинам не советуют носить только синтетическое нижнее белье и слишком обтягивающие брюки - такая одежда мешает нормальной теплопередаче. Следует избегать чрезмерного воздействия, как прямых солнечных лучей, так и в соляриях, использовать защитные кремы. Рекомендуется принимать микроэлементы (цинк, медь, селен, железо, магний, йод) и витамины А, С, Е, которые обладают антиоксидантным действием.

Отличный повод контролировать свой вес. Каждые лишние 10 кг способствуют развитию данной патологии на 20%.

Основной мерой профилактики миомы матки является соблюдение здорового образа жизни и стабилизации эмоционального состояния. Переживания и стрессы провоцируют огромный выброс гормонов в организм и изменяют гормональный фон. Поэтому психологическое здоровье так же важно, как и здоровье всего организма.

Важно предупреждать миому матки при регулярных визитах к гинекологу. Даже если в организме возникнет аномальное состояние, плановый осмотр выявит его на ранней стадии, что ускорит процесс заживления.

Профилактика миомы матки также является профилактикой абортов и гармоничной сексуальной жизни. Женщины должны использовать эффективную контрацепцию, чтобы предотвратить возникновение нежелательной беременности. Контрацепция подбирается индивидуально с учетом собственных предпочтений и потребностей пациента. Сегодня существует множество вариантов контрацептивов, в том числе гормональных, выбирая которые женщина будет спокойна за свое здоровье. Рациональная контрацепция также снижает риск инфекционных заболеваний. А в случае их появления необходимо своевременно проходить лечение.

Для профилактики нежелательной беременности можно использовать

барьерную контрацепцию или противозачаточные таблетки при миоме. Противозачаточные таблетки при миоме матки нормализуют менструальный цикл и уменьшают выделения в течение месяца. Противозачаточные таблетки с миомой матки не уменьшают ее размеров, однако следует подбирать их так, чтобы они не могли вызвать рост миомы.

В связи с большой распространенностью заболевания, профилактика миомы матки является важным мероприятием в жизни современной женщины. Профилактика миомы матки включает в себя действия, которые помогут исключить и другие заболевания женской половой системы. Поскольку причины появления патологии еще изучаются, то нельзя сказать, что известный метод профилактики миомы матки точно предотвратит появление заболевания. Однако, исходя из предполагаемых причин возникновения заболевания, выделяют несколько мероприятий, к которым относится и профилактика миомы матки.