

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
ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ
ФИБРОМИОМЕ МАТКИ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 31.02.02 акушерское дело
4 курса группы 03051528
Макаровой Юлии Сергеевны

Научный руководитель
преподаватель Бухарина С.А.

Рецензент
Главная акушерка ОГБУЗ
«Белгородская областная
клиническая больница Святителя Иоасафа»,
перинатальный центр
Тарасова Е.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ФИБРОМИОМА МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.....	5
1.1. Этиология фибромиомы и её патогенез	5
1.2. Классификация фибромиом матки.....	9
1.3. Клиническая картина фибромиомы матки.....	10
1.4. Диагностика фибромиомы матки во время беременности.....	11
1.5. Лечение фибромиомы матки в период беременности	13
1.6. Влияние фибромиомы на беременность и роды.....	14
1.7. Влияние беременности и родов на фибромиому	16
1.8. Роль акушерки в профилактике осложнений фибромиомы матки у женщин.....	18
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ.....	22
2.1. Материалы и методы исследования.....	22
2.2. Практическое исследование.....	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	31
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	32
ПРИЛОЖЕНИЯ	36
Приложение 1	37
Приложение 2	38
Приложение 3	39

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной темы обусловлена частотой встречаемости данной патологии и бессимптомностью течения на ранних стадиях заболевания. Заболевание фибромиома матки является одним из самых распространенных в гинекологической практике невоспалительных заболеваний. Примерно 20 - 40% женщин в возрасте старше 30 лет живут с данным диагнозом. Более половины оперативных вмешательств в гинекологических отделениях ведутся по поводу фибромиомы матки.

По статистическим данным, сочетание фибромиомы матки с беременностью встречается в пределах от 0,5 % до 6% наблюдений. Исследования указывают на тенденцию к «омоложению» данной патологии, в настоящее время резко возросло число женщин, страдающих фибромиомой матки в возрасте до 30 лет, то есть это женщины, находящиеся в активном репродуктивном периоде. Очень часто у женщин 20-25 лет фибромиома матки характеризуется быстрым ростом, образованием множественных фибромиоматозных узлов, увеличением их размеров во время беременности, что в результате осложняет течение беременности и родов.

Целью исследования является изучение особенностей течения беременности и родов с фибромиомой матки, а также степени риска осложненного течения беременности и родов, противопоказания к сохранению беременности при фибромиоме, профилактика осложнений беременности и родов с фибромиомой матки.

Объект исследования - беременность и роды у женщин с фибромиомой матки.

Предмет исследования – осложнения беременности и родов с фибромиомой, их профилактика.

Задачами исследования являются:

1. Изучение особенности течения беременности и родов у женщин с фибромиомой матки.

2. Анализ литературных источников и полученных данных в результате анкетирования и изучения историй.
3. Сформулировать рекомендации для беременной по профилактике осложнений беременности и родов с фибромимой матки.

При написании данной работы были использованы такие **методы** научного **исследования** как:

1. Анализ литературной базы данных.
2. Эмпирический метод исследования (истории родов, беседа, анкетирование).

Практическая значимость моего исследования заключается в улучшении качества работы акушерской помощи беременным и родильницам в результате тщательного раскрытия и анализа материала по выбранной теме.

ГЛАВА 1. ФИБРОМИОМА МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

1.1. Этиология фибромиомы и её патогенез

Фибромиома матки – доброкачественное опухолевидное новообразование. Это новообразование состоит из гладкомышечной ткани, которая впоследствии фибрируется, при условии, что ткани страдают гипоксией [1].

Изучение учёными и врачами клинической симптоматики фибромиомы привело к тому, что теперь её считают гормональнозависимой опухолью, которая характеризуется гиперплазией миометрия. Чаще всего фибромиома развивается у женщин, которые находятся в репродуктивном возрасте, а соответственно у женщин в этот возрастной период наблюдается гормональный пик выработки половых гормонов. Активность выработки половых гормонов постепенно снижается и сходит на нет после наступления менопаузы.

При условии поражения миометрия также высок риск развития патологической регенерации тканей.

Учёные давно пришли к выводу, что половые гормоны принимают участие в регулировке роста и вообще возникновения фибромиомы. Эти гормоны влияют на увеличение эстрогенных, а также прогестероновых рецепторов и именно они влияют на рост доброкачественной опухоли.

Но не стоит забывать, что даже при условии, что в крови женщины обнаруживают нормальные показатели половых гормонов это не говорит о том, что фибромиома матки не может возникнуть. При наличии повреждений на уровне клеточных мембран определённое вещество – экстрацеллюлярный матрикс начинает составлять основу, за счёт которой в дальнейшем и формируется фибромиома матки, и именно за счёт наличия данного вещества в ней она становится гормонально-зависимой в тех местах, где были повреждения.

Так же фибромиому принято считать пролифератом, который ограничивает повреждённые очаги миометрия и приобретает гормонально – зависимую функцию [3].

Существенная роль в развитии фибромиомы принадлежит всем процессам, которые играют существенную роль в иммунологической реактивности организма.

Сосудистая стенка – один из главнейших повреждающих факторов, где механизм реакции специфичен и разнообразен. Фибромиома всегда разрастается в местах с наибольшим переплетением всех маточных сплетений, где факторами, дающими начало гипертрофии миометрия являются гипоксия тканей и нарушения её кровоснабжения.

Из – за роста узла фибромиомы соответственно разрастается и окружающий её миометрий, при том, что, скорость, с которой растёт опухоль намного выше, чем скорость, с которой растут мышечные узлы. Так как фибромиоматозные узлы не содержат капсулу, то их принято считать аномальной тканью миометрия [21].

Фибромиома может прорасти в нескольких формах:

1. Истинный рост фибромиомы – её рост происходит за счёт того, что происходит пролиферация и гипертрофия фибромиогенной ткани.
2. Ложный рост фибромиомы – рост, при котором происходит нарушения кровоснабжения, а также лимфоснабжения в результате чего происходит отёк и обострение хронического воспалительного процесса в миометрии.
3. Симулированный рост фибромиомы – рост, обусловленный наличием, а соответственно и развитием иного заболевания.

По статистическим данным по России среди всех женщин репродуктивного возраста наиболее часто встречающийся рост фибромиомы – ложный рост (составляет 65%).

Врачи различают 3 стадии образования и развития фибромиомы:

1. Стадия развития фибромиоматозного узла.

2. Стадия роста фибромиоматозного узла.
3. Стадия регресса фибромиоматозного узла.

Само течение фибромиомы протекает в 4 этапа:

1. Первая фаза характеризуется образованием зоны роста вокруг мелких сосудов.

2. Вторая фаза начинается с того, что зона роста преобразуется в пролиферативный участок, где и происходят процессы дифференцировки всех пролиферирующих фибромиогенных узлов.

3. Третья фаза созревания узла фибромиомы обусловлена образованием пучков, которые образуются хаотично из гладкомышечных элементов, которые и составляют пласт неродного миометрия.

4. Четвёртая фаза обуславливается появлением на поверхности миометрия соединительно-тканно-сосудистых капсул, в которых происходит процесс пролиферации фибромиогенных узлов [2].

Когда фибромиоматозный узел полностью созревает, то на его поверхности происходят все процессы гиперплазии клеточных элементов и происходит дифференцирование новых гладкомышечных элементов. И даже на стадии регресса, когда опухоль заблокирована, блокируются все процессы гиперплазии и гипертрофии клеток, а также усиливается процесс гибели мышечных клеток. Морфофункциональное состояние клеток фибромиоматозного узла на всех стадиях его развития связано с особенностями локального гормонального гомеостаза матки. Тем самым, мы можем повлиять на особенность течения локально на гормональный гомеостаз, а также повлиять на процесс клеточной гипертрофии и гиперплазии в клетках и узлах фибромиомы.

Встречаются всего два варианта развития фибромиомы матки:

1. Первичная фибромиома матки – опухоль, которая даёт о себе знать при условии первичного эндокринного бесплодия или генитального инфантилизма. Характерной особенностью как клиники, так и её течения является:

- возникновение опухоли в молодом возрасте;
- медленный темп роста;
- большая вероятность, возникновения в ней дегенеративных нарушений.

2. Вторичная фибромиома матки – опухоль, которая характеризуется появлением у женщин, которые ранее не страдали нарушениями менструальной и генеративной функции, но в их анамнезе были заболевания или операции, с нарушением целостности структуры миометрия (воспаления различной этиологии, аборты, осложнения после родов, хирургические операции на придатках). Особенностью клиники вторичной фибромиомы является:

- быстрый темп роста;
- множественные узлы;
- маленькая частота возникновения дегенеративных изменений.

Таким образом, можно сделать вывод, что возрастные изменения гемодинамических показателей женских половых органов при наличии неблагоприятного фона может привести к гипоксии миоцитов, в результате чего происходит процесс дифференцировки клеток гладкомышечной ткани миометрия, которая впоследствии разрастается под воздействием половых гормонов.

Фиброма - опухоль соединительнотканного характера округлой или овальной формы, чаще одиночная, на широком основании или на ножке. Расположена обычно в толще большой половой губы или под слизистой оболочкой преддверия влагалища. Она растёт медленно, может озлокачиваться.

Миома - опухоль, которая локализуется в толще большой половой губы, имеет плотноэластическую консистенцию, подвижна, растет медленно.

Липома – опухоль, развивающаяся из жировой или соединительной ткани, локализуется в области лобка или больших половых губ, мягкой

консистенции, округлой формы, имеет капсулу, не спаяна с кожей, растёт медленно.

Гемангиома – опухоль, которая возникает в результате уже имеющегося врожденного порока развития сосудов кожи и слизистых оболочек наружных половых органов. Чаще всего развивается в области больших половых губ в форме узла [4].

1.2. Классификация фибромиом матки

Фибромиому матки классифицируется по следующим формам:

1. По форме локализации фибромиомы матки:
 - фибромиома тела матки;
 - фибромиома шейки матки [Приложение 2].
2. По форме фибромиомы матки:
 - интерстициальная (межмышечная) фибромиома – форма фибромиомы, у которой узел располагается в толще миометрия;
 - субмукозная (подслизистая) фибромиома – форма фибромиомы, у которой миома прорастает по направлению к полости матки;
 - субсерозная (подбрюшинная) фибромиома – форма фибромиомы, которая растёт по направлению к брюшной полости;
 - смешанная фибромиома – форма фибромиомы, которая сочетает в себе несколько форм роста;
 - забрюшинная форма фибромиомы;
 - межсвязочная фибромиома – форма фибромиомы, которая растёт между листками широкой связки [20].

1.3. Клиническая картина фибромиомы матки

Клиническая картина фибромиомы матки обусловлена следующими симптомами:

- нарушается менструальный цикл;
- болезненные месячные и обильное кровотечение;
- воспалительные заболевания женских половых органов (в хронической форме или же в стадии обострения);
- постоянные боли внизу живота;
- эндокринные нарушения;
- невынашивание беременности;
- бесплодие;
- нарушения в работе ЖКТ;
- заболевания печени;
- поллакиурия.

В большинстве случаев фибромиома матки возникает и растёт бессимптомно. Главным симптомом фибромиомы матки является нарушение менструальной функции и нарушение функций органов малого таза [3].

При наличии подслизистой формы фибромиомы характерным симптомом будет гиперменструальный синдром, а длительность и интенсивность маточного кровотечения будет увеличиваться пропорционально росту фибромиомы матки. Далее, к гиперменструальному синдрому добавятся ациклические кровотечения, которые способствуют образованию хронической анемии, соответственно и развитию гиповолемии, изменяется весь гемостаз в организме, нарушается кровоснабжение всех жизненно – важных органов.

Маточные кровотечения при наличии фибромиомы обусловлены сниженным маточным тонусом, соответственно нарушенной сократительной активностью матки [19].

Боль внизу живота и в пояснице может быть абсолютно разного характера:

- острая боль – возникает, если произошло нарушение в трофике самого миоматозного узла;
- схваткообразная боль – возникает обычно, если фибромиома субмукозной формы;
- ноющая боль – возникает при фибромиоме интерстициальной и субсерозной формах.

Фибромиома, которая за год вырастает на 4 и более недель беременности считается быстро растущей фибромиомой. А причинами такого быстрого темпа роста являются:

- отёки фибромиоматозных узлов по причине нарушения кровоснабжения, а также лимфоснабжения;
- наличие дегенеративных изменений;
- пролиферация органов;
- дисфункция близлежащих органов (мочевой пузырь, прямая кишка).

Появление белей характеризует размеры опухоли, а вот появление белей со зловонным запахом и бурым цветом может свидетельствовать о том, что идёт процесс некроза тканей и фибромиоматозного узла.

Локализация и разнообразие форм роста фибромиоматозных узлов обусловлено разнообразие клинических форм фибромиомы матки [18].

1.4. Диагностика фибромиомы матки во время беременности

Диагностика фибромиомы матки в современных условиях не является сложным процессом. Большую роль в диагностировании фибромиомы играет сбор анамнеза (важны данные о возрасте женщины, данные о наследственной

предрасположенности, а также о наличии болевого синдрома и признаках дисфункции мочевого пузыря и прямой кишки) [5].

Основные методы диагностики фибромиомы:

1. Анамнез – при сборе которого необходимо отметить наличие и количество аборт (возникшие осложнения после них), количество родов (возникшие осложнения после них), внутриматочные вмешательства (лечебно-диагностические выскабливания, введение и удаление внутриматочных спиралей), все перенесённые инфекционные заболевания, которыми болела беременная на протяжении всей жизни, выявить, есть ли у беременной заболевания передаваемые половым путём.

2. Бимануальное влагалищное исследование – исследование, помогающее врачу заподозрить наличие фибромиоматозных узлов. Размеры матки увеличены и не будут соответствовать сроку беременности, поверхность матки неровная, бугристая, консистенция неоднородная, присутствуют отдельные участки с уплотнениями. Но стоит не забывать, что данная пальпаторная картина может и не наблюдаться, но это не исключает вероятность наличия у женщины фибромиоматозных узлов.

3. Ультразвуковое исследование – в период беременности рекомендуют проводить трансабдоминальный метод диагностики, он даёт наиболее точную клиническую картину и не оказывает тератогенного воздействия на плод [Приложение 3].

4. К методам гистероскопии и гистеросальпингографии в период беременности не прибегают (беременность – абсолютное противопоказание к проведению этих методов исследования), но эти методы очень информативны.

5. Компьютерная томография и магниторезонансная томография – эти методы исследования проводятся всем беременным с подозрением на опухоли различных видов, данные процедуры совершенно безопасны, так как, магнитное поле не влияет на организм матери и плода.

6. Лапароскопия – метод исследования, позволяющий лучше оценить фибромиоматозные узлы, а также состояние соседних органов малого таза.

7. Исследование гормонального статуса беременной (проводят исследование следующих гормонов в крови:

- ФСГ;
- ЛГ;
- пролактин;
- эстрогены;
- прогестероны;
- гормоны надпочечников;
- гормоны щитовидной железы.

8. Взятие мазка на выявление хламидий, микоплазм, уреоплазм (в связи с тем, что определенную роль в развитии фибромиомы матки играет генитальная инфекция) [17].

1.5. Лечение фибромиомы матки в период беременности

Беременным с фибромиомой матки проводится консервативное, в крайнем случае оперативное лечение, которое проводится только по следующим показаниям [6]:

- большой размер матки (больше 14 недель беременности);
- субмукозная форма фибромиомы;
- хроническая анемия;
- интенсивный рост опухоли;
- наличие субсерозного узла с тонкой ножкой на основании (так как высокий риск перекрута и развития некроза);
- дисфункция соседних органов;
- шейная миома матки;
- фибромиома сочетается с другими заболеваниями матки и придатков;
- некроз фибромиоматозного узла (требуется незамедлительное хирургическое вмешательство).

Объем оперативного вмешательства бывает абсолютно различным – это может быть как консервативная миомэктомия, так и тотальная или субтотальная гистерэктомия.

Для того, чтобы решить вопрос об объеме операции, необходимо учитывать возраст больной, состояние шейки матки, яичников, эндометрия, репродуктивной функции [7].

Молодым женщинам стараются провести консервативную миомэктомию, доступ осуществляется лапароскопическим методом, а при субмукозной форме миомэктомии выполняют, используя метод гистерорезектоскопии. Удаление части или одного (двух) яичников проводится только при наличии строгих показаний.

При отсутствии показаний к оперативному лечению фибромиомы матки беременной стараются провести консервативную терапию. Основной целью консервативного лечения является торможение роста миомы [8].

Проводят следующие мероприятия:

1. Постоянный контроль за преморбидным фоном с целью коррекции возможных нарушений.
2. Проводят лечение всех сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.
3. Включают в основной курс лечения мероприятия, которые направлены на нормализацию нейроэндокринных, обменных, волевых нарушений и терапию анемии.
4. Диетотерапия, с целью полноценного белкового питания, а также употребления продуктов, содержащих железо.
5. Обязательно проводится витаминотерапия [11].

1.6. Влияние фибромиомы на беременность и роды

В период зачатия.

У многих при зачатии возникают трудности, которые обусловлены наличием фибромиомы, которая может сдавливать маточные трубы, тем самым затрудняя передвижение сперматозоидов и нарушая процесс овуляции. Сама по себе фибромиома не является причиной бесплодия, но её удаление значительно повысит вероятность зачатия (при условии, что размер фибромиомы меньше 12-ти недель беременности), но если миома размером более 12-ти недель беременности и деформирует полость матки, то сохранить способность к деторождению при её удалении крайне затруднительно [9].

В первый триместр беременности.

Серьезные осложнения могут возникнуть в случае, если фибромиома контактирует с плацентой. Так же, огромное значение имеет размер узла (у большинства женщин с маленькими миоматозными узлами во период беременности осложнений не наблюдается и заболевание, чаще всего, протекает бессимптомно). Стоит отметить, что у беременных с фибромиомой матки чаще происходят самопроизвольные аборт, что связано с увеличенной сократимостью матки (при разрушении миомы из нее выходят простагландины — физиологически активные вещества, которые вызывают сокращение гладкой мускулатуры) и нарушениями кровообращения в матке, ещё это может быть связано с нарушениями на нейроэндокринном уровне, инфекционными заболеваниями [12].

Во второй и третий триместры беременности.

С наличием фибромиомы в организме беременной увеличивается риск не только самопроизвольного аборта, но также и преждевременных родов, что связано с уменьшением свободного места для ребенка в матке из-за скопления в её полости фибромиоматозных узлов, и повышенной сократительной активностью матки. Чем больше размер фибромиомы, тем выше вероятность развития преждевременных родов. Не стоит забывать, что большое значение имеет место расположения фибромиомы и её контакт с плацентой. Фибромиома имеет существенное влияние на рост и развитие плода. Миома

больших размеров оказывает определенное влияние и на рост и развитие плода [Приложение 4].

Во время родов.

Фибромиома также имеет влияние на течение родов, в основном, это проявляется в затяжном течении родов и необходимостью родоразрешения путём кесарева сечения. Так же, часто фибромиоматозные узлы сочетаются с аномалиями положения и предлежания плода, при которых роды через естественные пути не представляются возможными. У беременных с фибромиомой часто происходит преждевременная отслойка плаценты [12].

В послеродовом периоде. С фибромиомой связаны ранние и поздние послеродовые осложнения. К ранним послеродовым осложнениям относят послеродовое кровотечение, связанное с пониженным тонусом матки, а также плотное прикрепление и приращение плаценты. К поздним послеродовым осложнениям относят неполную инволюцию матки и инфекционные заболевания.

1.7. Влияние беременности и родов на фибромиому

Для нормального течения беременности необходимо повышенное образование эстрогенов и прогестерона, эти гормоны оказывают существенное влияние на состояние фибромиомы. Так же, кроме гормональных изменений, во время беременности возникают ещё и механические изменения — увеличение и растяжение мышечной оболочки матки, увеличивается кровоток в стенках матки. Все эти изменения влияют на фибромиому. Фибромиома во время беременности имеет тенденцию к росту, но существует мнение, что фибромиома на самом деле не растёт, это кажущийся рост, который связан с ростом матки в целом. Увеличение размеров фибромиомы наблюдается в первом и втором триместре, а в третьем, наоборот, все фибромиомы уменьшаются в размерах. Но в целом, рост фибромиомы никак не осложняет течение всей беременности [13].

Часто во время вынашивания ребёнка у женщины наблюдается разрушение фибромиомы, что связано с очень неприятными процессами — некроз тканей фибромиомы, образование отёков, кист, а также присущи кровотечения. Разрушение фибромиомы может произойти независимо от срока беременности, а также возможно развитие этого процесса ещё и в послеродовой период (всё зависит от расположения фибромиомы) [10]. Причины разрушения фибромиомы до конца не ясны, но принято считать, что гормональные, сосудистые и механические изменения оказывают влияние на данный процесс. Клиническая симптоматика нарушений кровоснабжения фибромиомы следующая:

- боль в той области, где расположен фибромиоматозный узел;
- повышен тонус матки;
- повешена температура тела;
- в крови обнаруживают увеличенное количество лейкоцитов;
- в крови повышается скорость оседания эритроцитов.

Диагноз нарушения кровоснабжения фибромиомы подтверждается на ультразвуковом исследовании и продолжительность такого состояния составляет 1 – 2 недели. Врачи назначают пациентке анальгетики и постельный режим. Если у женщины появляется боль в животе и сохраняется повышенный тонус матки, то эту женщину госпитализируют в стационар и всё дальнейшее лечение проводят там. В данном случае хирургическое лечение проводится очень редко и только по абсолютным показаниям (лихорадочное состояние, лейкоцитоз, острая боль в животе, маточное кровотечение). Иногда достаточно минимального хирургического вмешательства бывает достаточно и беременность удаётся сохранить. Только в самых тяжёлых случаях операция приводит к аборту и преждевременным родам. Матка после родов претерпевает обратное развитие, что приводит к изменению места расположения фибромиомы [14].

1.8. Роль акушерки в профилактике осложнений фибромиомы матки у женщин

В Российской Федерации продолжается рост онкологической заболеваемости и смертности. Онкологическая распространенность на 95% представлена раком шейки матки, эндометрия, яичников. Основной проблемой остаются поздняя диагностика злокачественных новообразований в амбулаторно-поликлинических учреждениях и увеличение числа запущенных форм, что обусловлено недостаточным использованием современных методов ранней диагностики, отсутствием систематических профосмотров, диспансерного наблюдения за больными с хроническими, фоновыми и предраковыми заболеваниями, недостаточной онконастороженностью медицинского персонала.

Соответственно акушерка должна уметь выявлять у пациентки нарушенные потребности, связанные с онкологическим заболеванием, определять действительные проблемы в связи с имеющимися жалобами, потенциальные проблемы, связанные с прогрессированием заболевания и возможными его осложнениями и наметить план сестринского процесса, для решения которого должна осуществлять независимые и зависимые вмешательства.

Акушерка должна быть грамотным, чутким, внимательным и заботливым специалистом, оказывающим помощь женщинам, умеющим провести беседу о ее состоянии, методах обследования, лечения, вселить уверенность в благоприятный исход лечения. Акушерка должна быть настоящим помощником для врача при выполнении назначений, дополнительных методов исследования [10].

Помимо общих рекомендаций по соблюдению рационального режима дня, а также предупреждение возникновения заболеваний в детском и взрослом возрасте, большую роль играет исключение абортов, своевременная коррекция гормональных нарушений, своевременное лечение гинекологических

заболеваний. Так же существует ещё и специфическая профилактика. Она подразумевает своевременную реализацию репродуктивных функций организма, так, например, первые роды рекомендуют до 22 лет, вторые до 25, а последующие необходимо осуществить до 35 лет. Поздние первые роды приводят к преждевременному старению миоцитов, в результате чего снижается адаптационная способность к растяжению и сокращению, а аборты в свою очередь повреждают структуру миометрия.

Следует учитывать, что самый частый срок обнаружения фибромиомы матки приходится на 30-35 лет. Поэтому особое важное значение имеет первая беременность, её обязательно необходимо сохранять, особенно если у девушки есть тенденция к наследственной предрасположенности. Аборт провоцирует рост фибромиоматозных узлов и из микроскопических узлов интенсивно формируются внушительные фибромиомы. Рекомендуют избегать чрезмерного нахождения под ультрафиолетовыми лучами, повышенных температурных воздействий, особенно после 30 лет. Если есть вероятность наследственного риска (фибромиома матки у матери и близких родственниц), то опухоль может развиваться на 5-10 лет раньше (20-25 лет). Так же женщине необходимо объяснить пользу грудного вскармливания не только для ребёнка, но так же и для её собственного организма (грудное вскармливание нормализует показатель пролактина в организме, а он в свою очередь влияет на изменение гистогенеза фибромиомы) [16].

В основе профилактики осложнений должны преобладать здоровый образ жизни и сохранение репродуктивного здоровья женщин.

Рекомендации с целью профилактики осложнений фибромиомы матки включают следующие мероприятия:

- 1) создать психологический комфорт будущей матери;
- 2) правильно питаться;
- 3) включить оптимальную по срокам физическую активность в режим дня;
- 4) полностью отказаться от вредных привычек;

5) регулярно посещать женскую консультацию, не пропускать назначенные врачом ультразвуковые исследования;

б) нормализовать половую жизнь.

Необходимо помнить, что беременность может избавить женщину от многих гинекологических проблем, в том числе и от фибромиомы матки, с дальнейшим грудным вскармливанием, которое не только положительно сказывается на психологическом состоянии матери и ребёнка, но и обеспечивает нормализацию уровня половых гормонов в организме женщины [15].

Женщинам, которые ещё не готовы иметь ребёнка необходимо объяснить значимость контрацепции для дальнейшего исключения возможности проведения аборта. Молодым женщинам с наследственной фибромиомой необходимо обязательно сохранить первую беременность, во время которой необходимо провести коррекцию возможных гормональных нарушений и провести лечение воспалительных гинекологических заболеваний.

Беременной женщине рассказать о том, что не следует переохлаждаться, промокать, замерзать. Подбирать обувь и размер одежды строго по размеру, не сидеть на сырой земле и камнях даже в теплое время года, после купания в бассейне следует сразу же сменить мокрый купальник на сухой.

Не рекомендовано женщинам с фибромиомой носить синтетические нижнее бельё и слишком тесные брюки, так как такая одежда препятствует нормальному теплообмену. По возможности избегать избыточной инсоляции, под прямыми солнечными лучами использовать защитные кремы [16].

Беременным назначается целый комплекс микроэлементов (цинк, медь, селен, железо, магний, йод) и витаминов А,С,Е, которые обладают антиоксидантным действием.

Еженедельный контроль веса. В первом триместре вес не сильно изменяется: женщина в норме должна набирать не более 2 кг. Но уже начиная со второго триместра вес меняется стремительнее: женщина в среднем прибавляет 1 кг в месяц (300 г в неделю), а после семи месяцев – 400 г в неделю

(около 50 г в день). Необходимо учитывать, что каждые лишние 10 кг повышают вероятность развития данной патологии на 20 %.

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

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ.

2.1. Материалы и методы исследования

За период с марта 2019 года по май 2019 года мной были проведены : анализ литературной базы данных , анализ мировой статистики , анализ статистики по Белгороду на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» отделение патологии беременности и послеродовое отделение, проведен анализ 40 историй родов и обменно – уведомительных карт беременных. Для исследований было изучено 40 историй болезни отделения патологии беременности и послеродового отделения.

Методы исследования:

1. Анализ литературной базы данных.
2. Эмпирический метод исследования (истории родов, беседа, анкетирование).

2.2. Практическое исследование

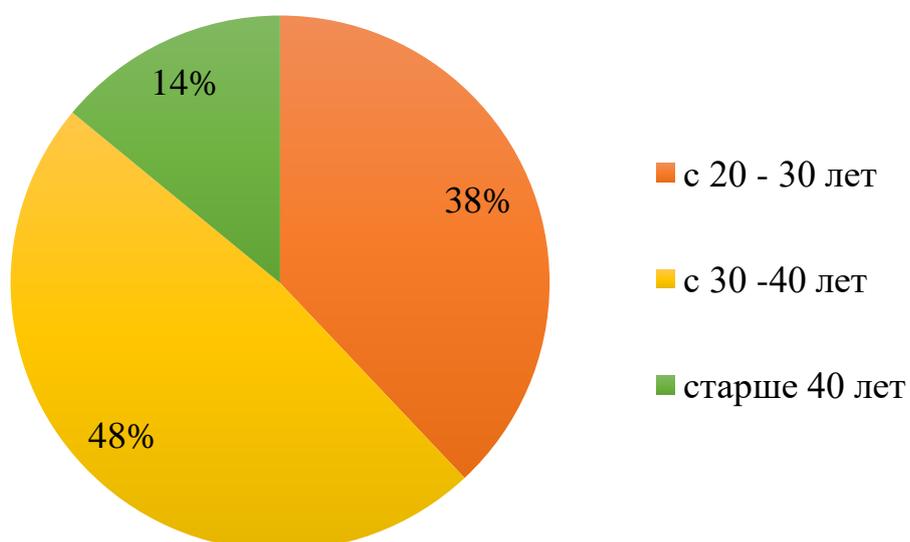


Рис.1. Анализ возраста

Мы пришли к выводу, что большая часть женщин с фибромиомой матки находится в возрастном периоде с 30 до 40 лет.

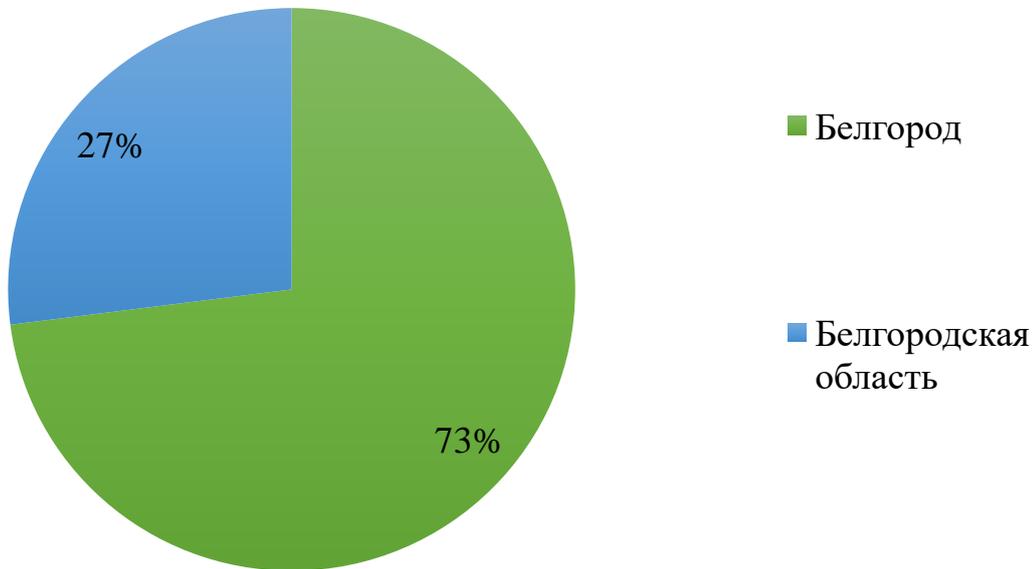


Рис.2. Анализ места жительства

Нам удалось сделать вывод, что большая часть пациенток жители Белгорода.

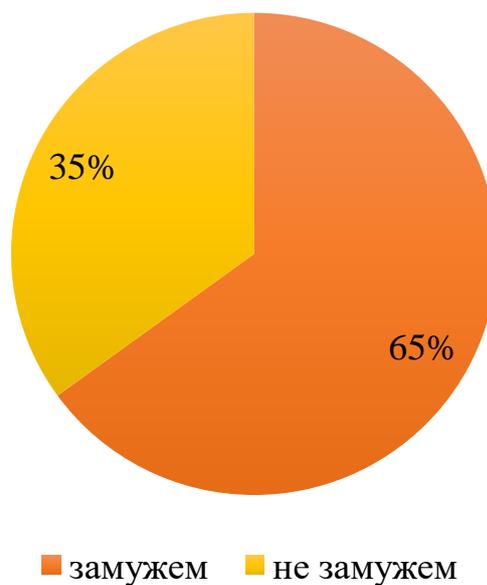


Рис.3. Анализ семейного положения

В результате анализа мы выяснили, что большинство женщин находится в браке.

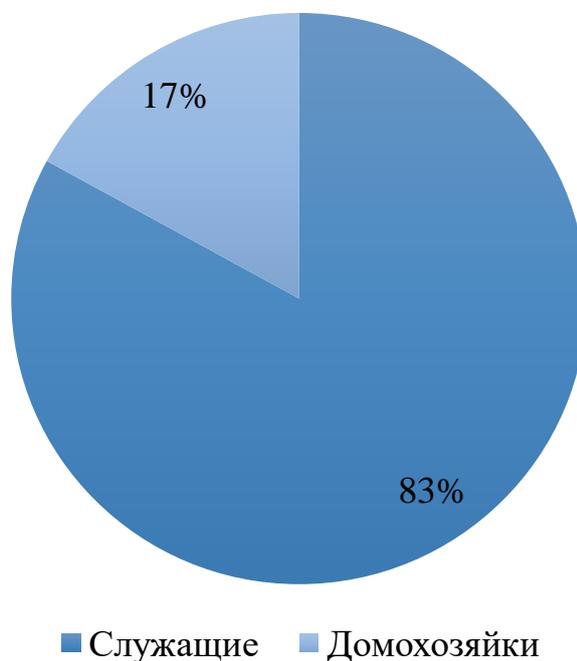


Рис.4. Анализ места работы

По итогам анализа историй родов удалось сделать вывод, что 65 % женщин, служащие в разных сферах деятельности.

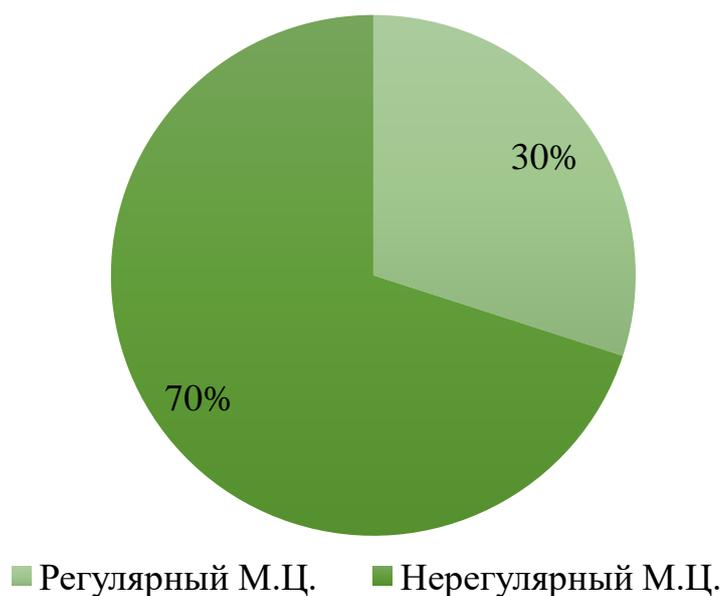


Рис.5. Анализ регулярности менструального цикла

Мы выяснили, что у большинства женщин с фибриомой матки нерегулярный менструальный цикл.

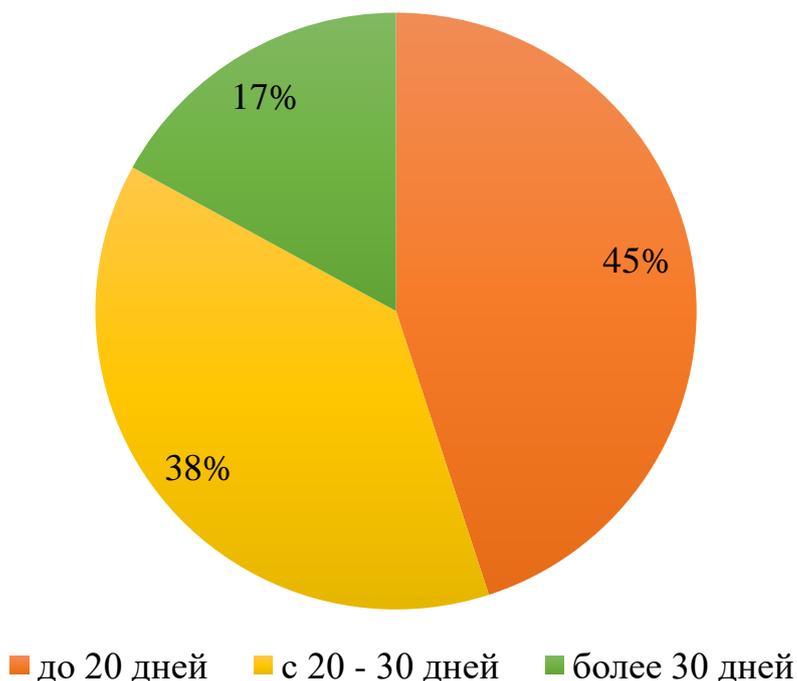


Рис. 6. Анализ длительности менструального цикла

Проанализировав обменные карты пациенток, нам удалось понять, что у большинства пациенток с фибриомой матки менструальный цикл длился до 20 дней.

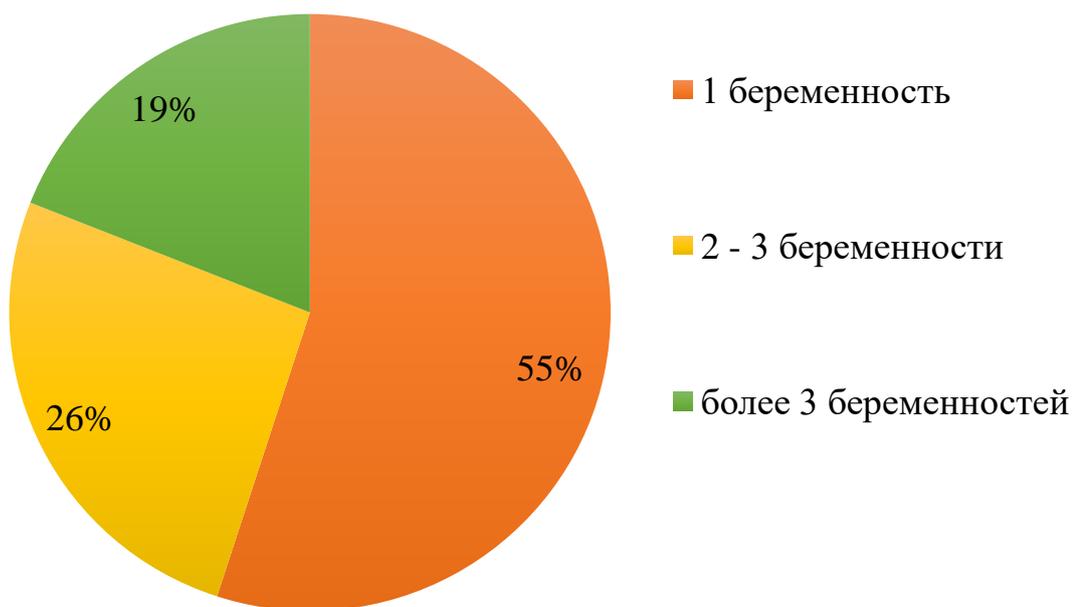


Рис.7. Анализ количества беременностей

По итогам анализа нам удалось сделать вывод, что у 55% женщин с фибромиомой матки была всего одна беременность.

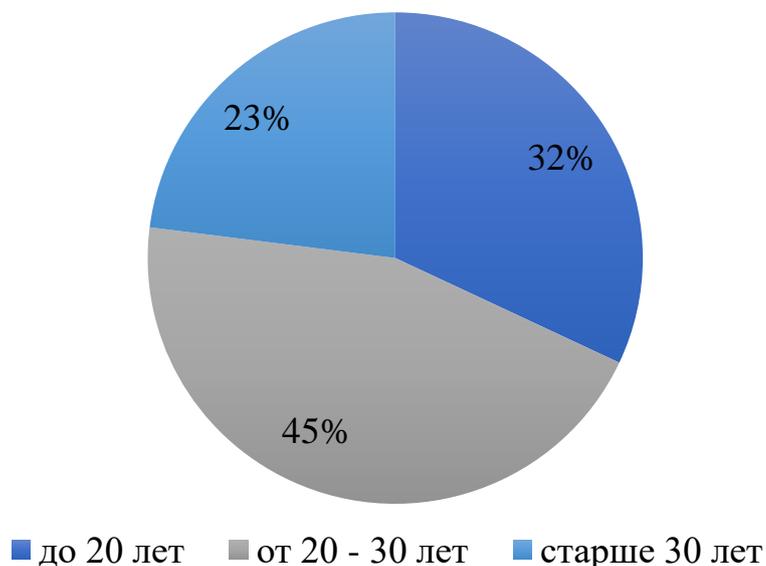


Рис.8. Возраст, когда обнаружили фибромиому матки

Нам удалось выявить, что у большинства женщин впервые фибромиома матки обнаруживается в период с 20 –до 30 лет.

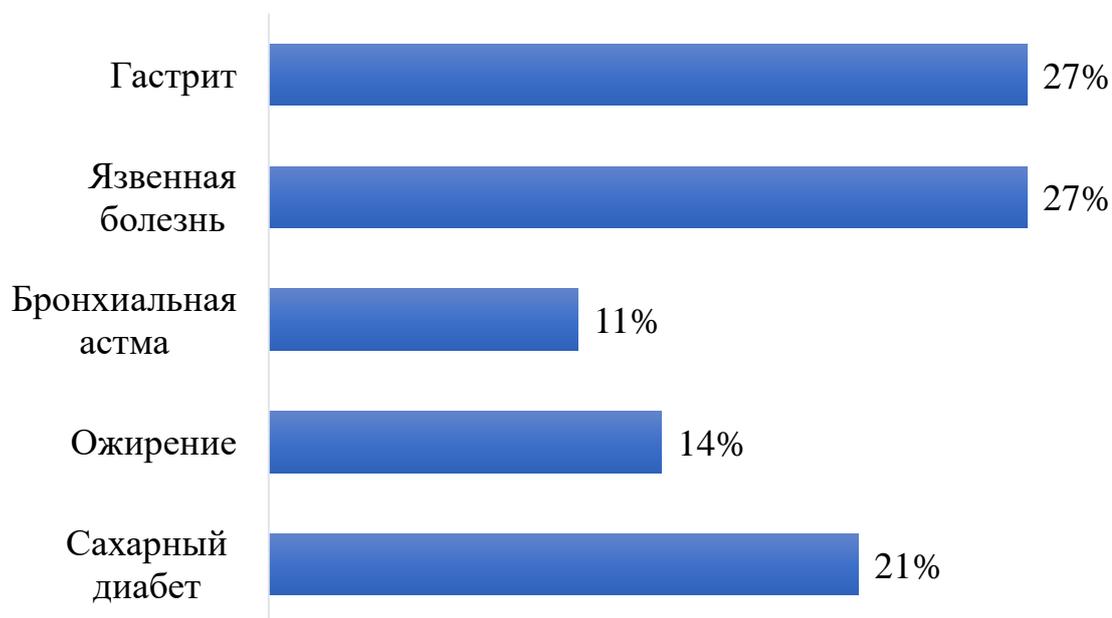


Рис.9. Анализ соматических заболеваний

По данным, нам удалось выявить, что у большинства пациенток с фибромиомой матки чаще всего наблюдаются заболевания, связанные с ЖКТ, такие как гастрит и язвенная болезнь.

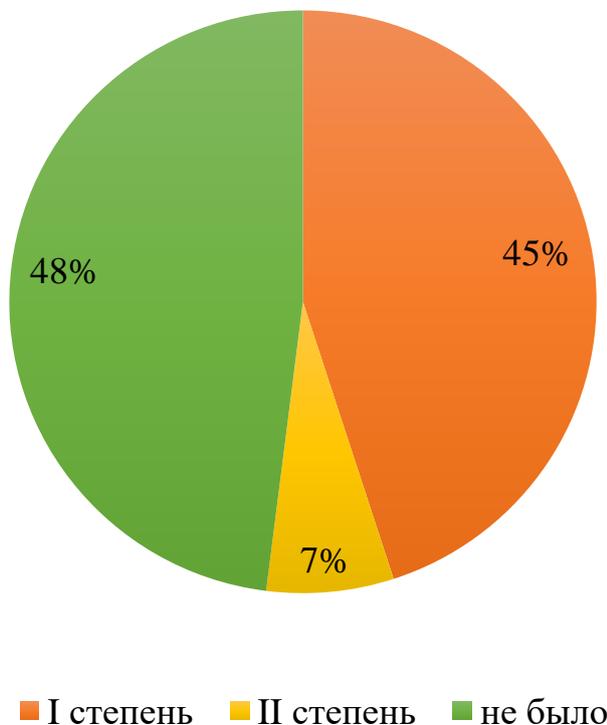


Рис. 10. Наличие гестозов

По результатам, нам удалось выяснить, что у 45 % женщин с фибромиомой матки наблюдается гестоз I степени.



Рис. 11. Анализ наличия половых инфекций при фибромиоме матки

По результатам статистических данных, нам удалось узнать, что у большинства пациенток с фибромиомой матки присутствуют половые инфекции.

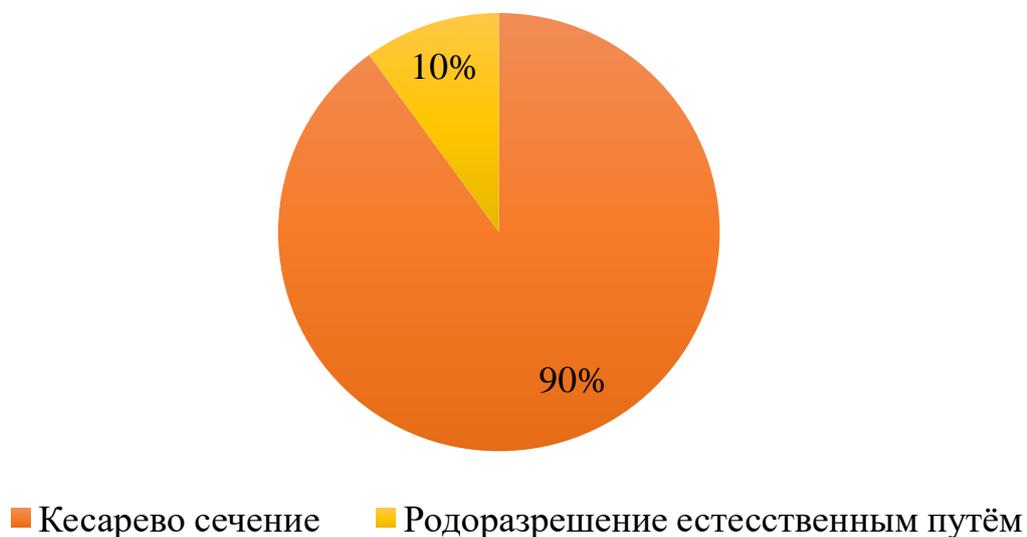


Рис.12. Анализ родоразрешения при фибромиоме матки

По итогам изучения историй, нам удалось узнать, что в 90 % случаев роды заканчиваются кесаревым сечением.

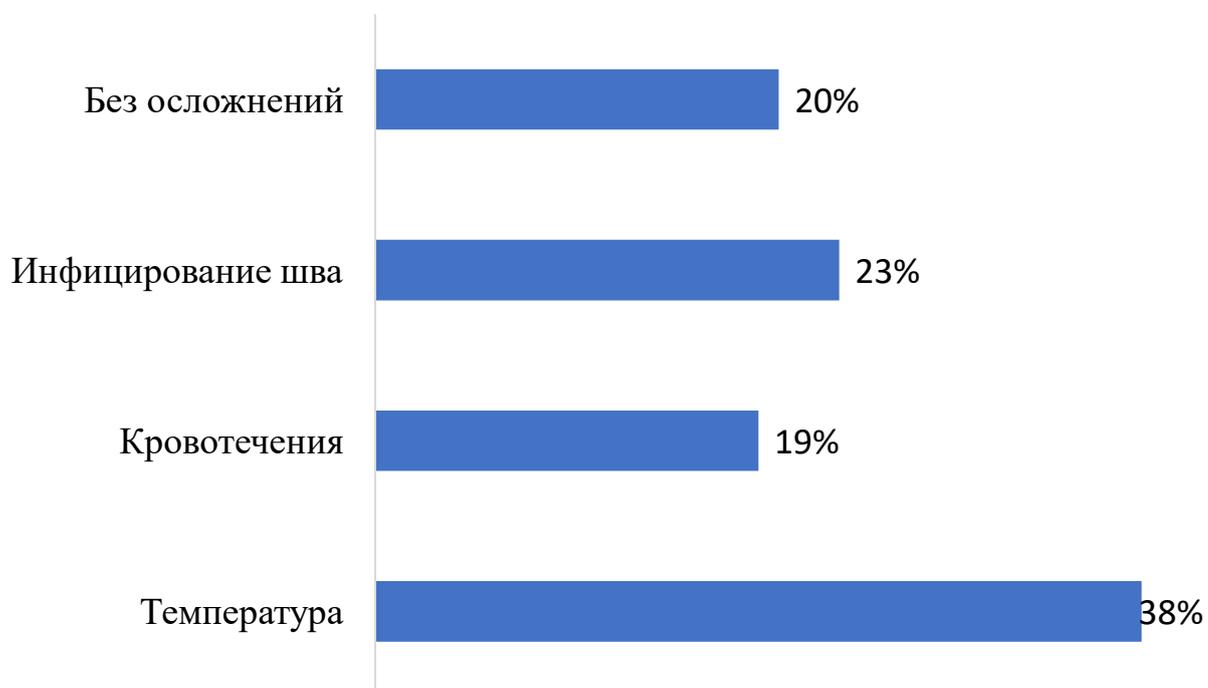


Рис. 13. Анализ течения послеродового периода

В результате анализа данных, нам удалось выяснить, что в послеродовом периоде большинство женщин жалуются на высокую температуру.

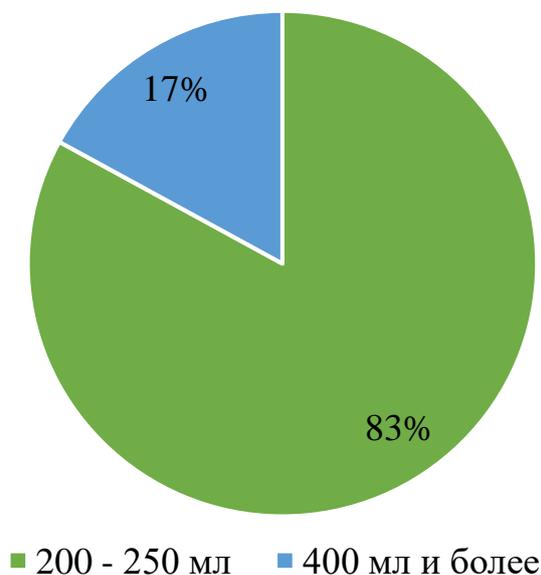


Рис. 14. Анализ объёма потерянной крови при операционном исходе родов с фибромиомой матки

В результате полученных данных, нам удалось выяснить, что у 83 % женщин с фибромиомой матки объём потерянной крови при операционном исходе родов составляет 200- 250 мл.

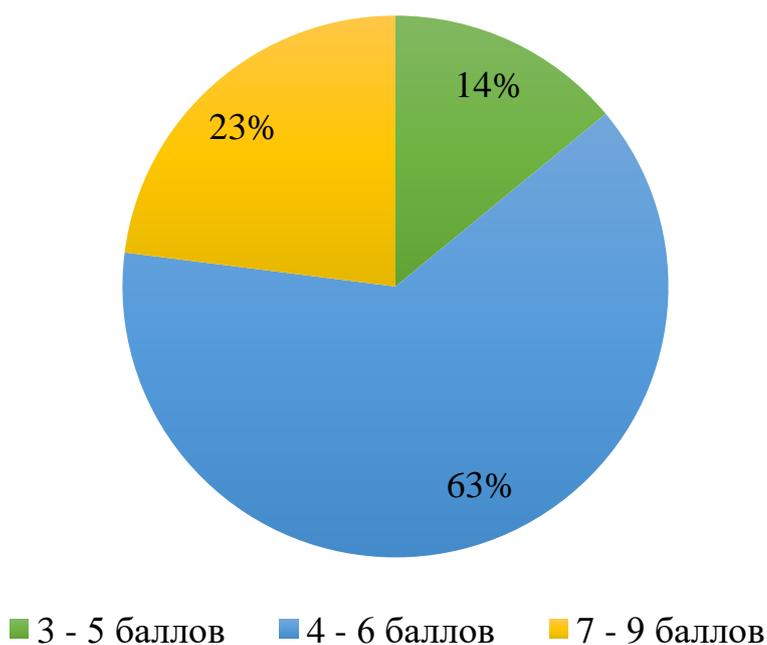


Рис. 15. Анализ состояния новорожденного (по шкале Апгар)

В результате анализа историй, нам удалось понять, что большинство детей у женщин с фибромиомой матки рождаются с оценкой 4-6 по шкале Апгар.

По результатам тестирования в опросе приняли участие 40 женщин, из них фибромиома выражена у женщин в возрасте от 30 – до 40 лет. Большая часть пациенток живут в городе, состоят в браке и трудоустроены. Нам удалось выяснить, что менструальный цикл нерегулярный и длится до 20 дней. Нам удалось понять, что у большинства женщин фибромиома впервые была обнаружена в возрасте от 20- до 30 лет и беременность наступала не более одного раза. По течению беременности с фибромиомой у основной части пациенток отмечаются гестозы I степени и наличие разного рода половых инфекций, так же у большинства данных пациенток чаще всего наблюдаются такие сопутствующие заболевания, как гастрит, язвенная болезнь и сахарный диабет. По итогам тестирования, нам так же удалось узнать, что в 90 % случаев роды с фибромиомой заканчиваются кесаревым сечением и объём потерянной крови составляет в этом случае около 200-250 мл, а в послеродовом периоде чаще всего могут проявляться такие осложнения, как повышение температуры тела и инфицирование шва, хотя так же послеродовый период может протекать и без осложнений. Новорожденные у женщин с фибромиомой матки рождаются с оценкой по шкале Апгар в среднем от 4 до 6 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате изучения нашего исследования, целью которого являлось изучение особенностей течения беременности и родов с фибромиомой матки , а также степени риска осложненного течения беременности при фибромиоме матки , а так же степени риска осложненного течения беременности при фибромиоме матки , анализ оценки профилактических мероприятий осложнений беременности и родов с фибромиомой матки .

По итогам исследования нам удалось выполнить поставленные задачи, а именно изучить особенности течения беременности и родов у женщин с фибромиомой матки, проанализировали литературные источники и данные, полученные в результате изученных историй. Так же сформулировали рекомендации для беременных по профилактике осложнений беременности и родов с фибромиомой матки.

В ходе тщательного раскрытия и анализа материала по выбранной теме , мы пришли к заключению, что актуальность работы , которая обусловлена частотой встречаемости данной патологии и бессимптомностью течения а ранних стадиях заболевания и сделали вывод , что заболевание фибромиома матки является одним из самых распространенных в гинекологической практике невоспалительных заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баисова Б.И., Гинекология [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-2994-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429945.html>
2. Баисова Б.И., Гинекология [Электронный ресурс] : Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-2994-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429945.html>
3. Волков С.Р., Здоровый человек и его окружение [Электронный ресурс]: учебник / Волков С.Р., Волкова М.М. - М. : Медицина, 2005. - 608 с. (Учеб. лит. Для студ. средних медицинских учебных заведений.) - ISBN 5-225-04844-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN5225048447.html>
4. Глухов А.А., Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс] : учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-4110-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441107.html>
5. Двойников С.И., Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников [Электронный ресурс] : учеб. пособие / под ред. С.И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3516-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435168.html>
6. Двойников С.И., Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников [Электронный ресурс] : учеб. пособие / под ред. С.И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3516-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435168.html>

7. Двойников С.И., Организация сестринской деятельности [Электронный ресурс] / под ред. С.И. Двойникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-2895-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428955.html>
8. Двойников С.И., Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-4040-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440407.html>
9. Двойников С.И., Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-4040-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440407.html>
10. Дзигуа М.В., Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни : учебник [Электронный ресурс] / Дзигуа, М. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 360 с. - ISBN 978-5-9704-3096-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430965.html>
11. Дзигуа М.В., Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-3091-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430910.html>
12. Дзигуа М.В., Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-3091-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430910.html>
13. Дзигуа М.В., Физиологическое акушерство [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3101-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431016.html>
14. Казачков Е.Л., Основы патологии: этиология, патогенез, морфология болезней человека [Электронный ресурс] : учебник / Е.Л. Казачков [и др.]; под ред. Е.Л. Казачкова, М.В. Осикова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. -

416 с. - ISBN 978-5-9704-4052-0 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440520.html>

15. Корягина Н.Ю., Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. Ю. Корягина и др.; под ред. З. Е. Сопиной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3197-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431979.html>

16. Кучма В.Р., Здоровый человек и его окружение [Электронный ресурс] : учебник / В. Р. Кучма, О. В. Сивочалова - 4-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3232-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432327.html>

17. Медик В.А., Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В.А. Медик, В.И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-3701-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437018.html>

18. Медик В.А., Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Медик В.А., Юрьев В.К. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2423-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424230.html>

19. Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436127.html>

20. Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений / Под ред. В.Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - ISBN 978-5-9704-0592-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970405925.html>

21. Сумин С.А., Основы реаниматологии [Электронный ресурс] / С.А. Сумин, Т.В. Окунская - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-

3638-7

-

Режим

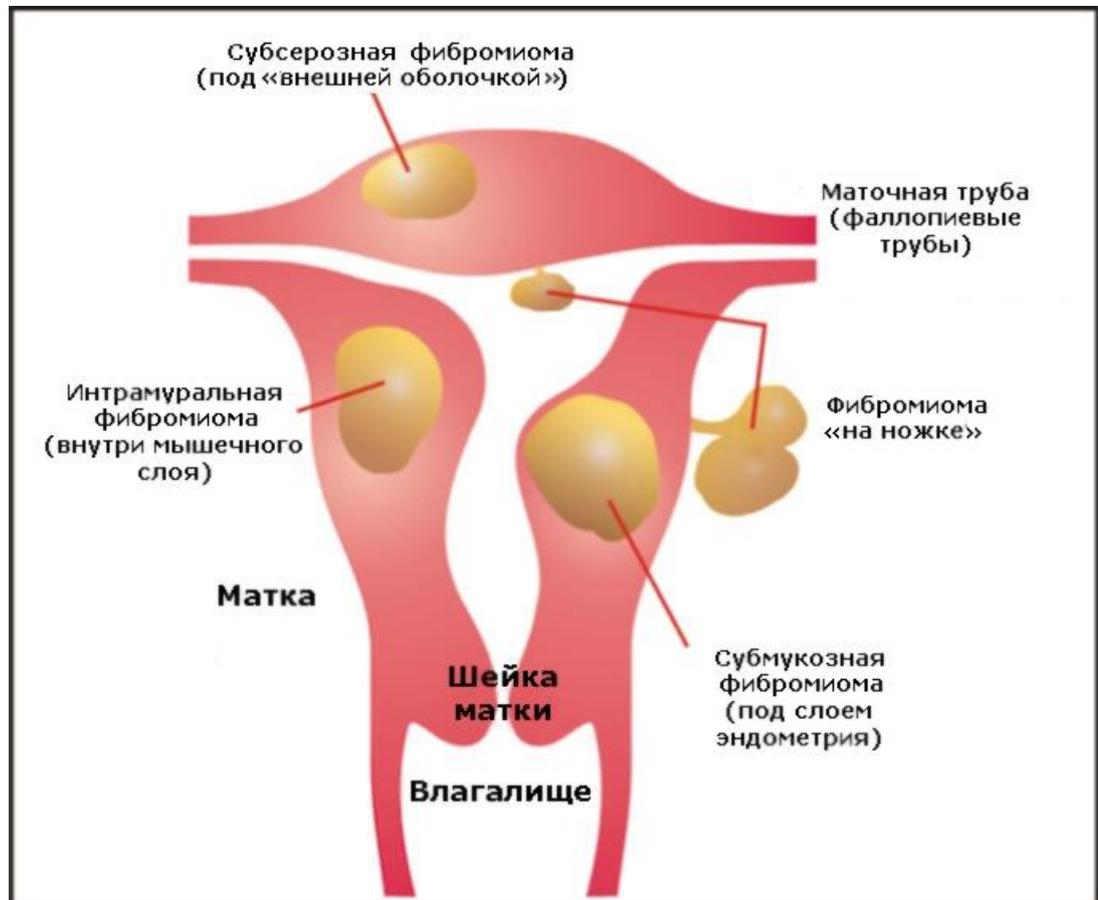
доступа:

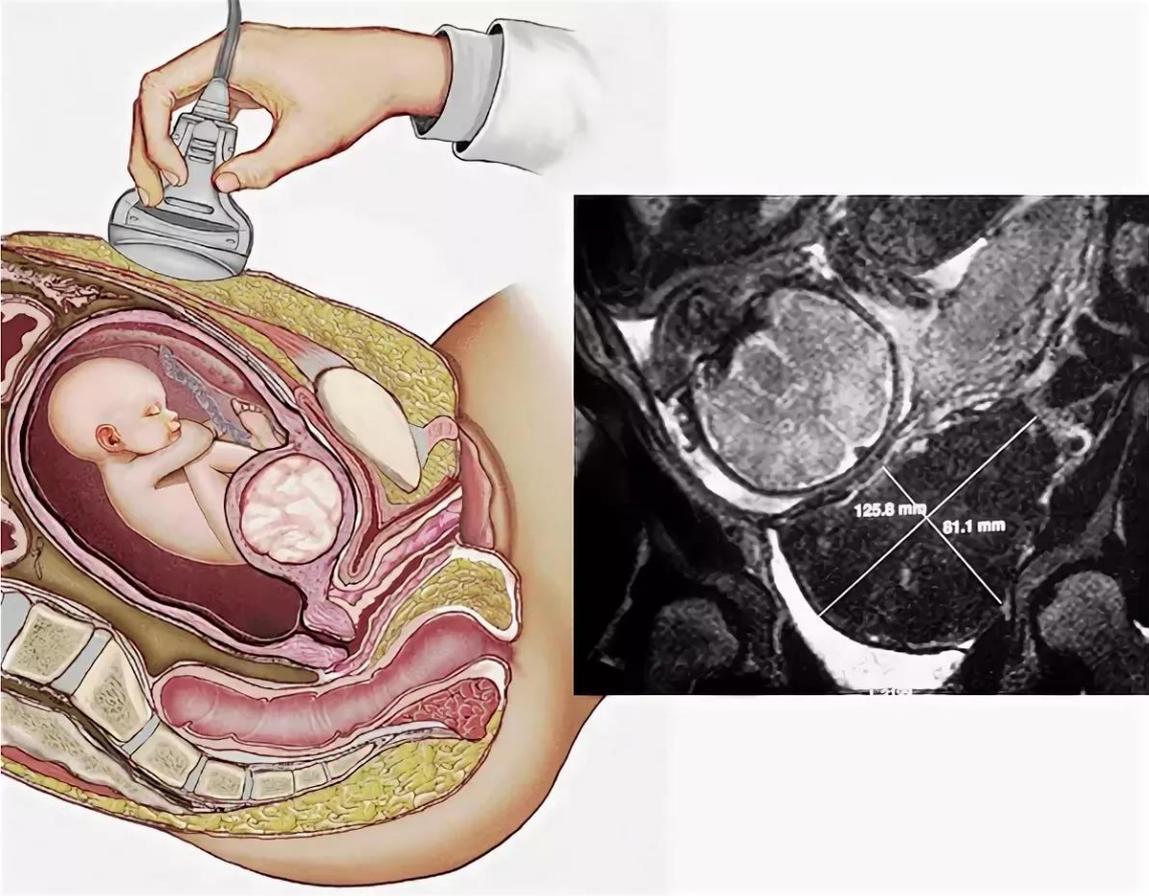
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436387.html>

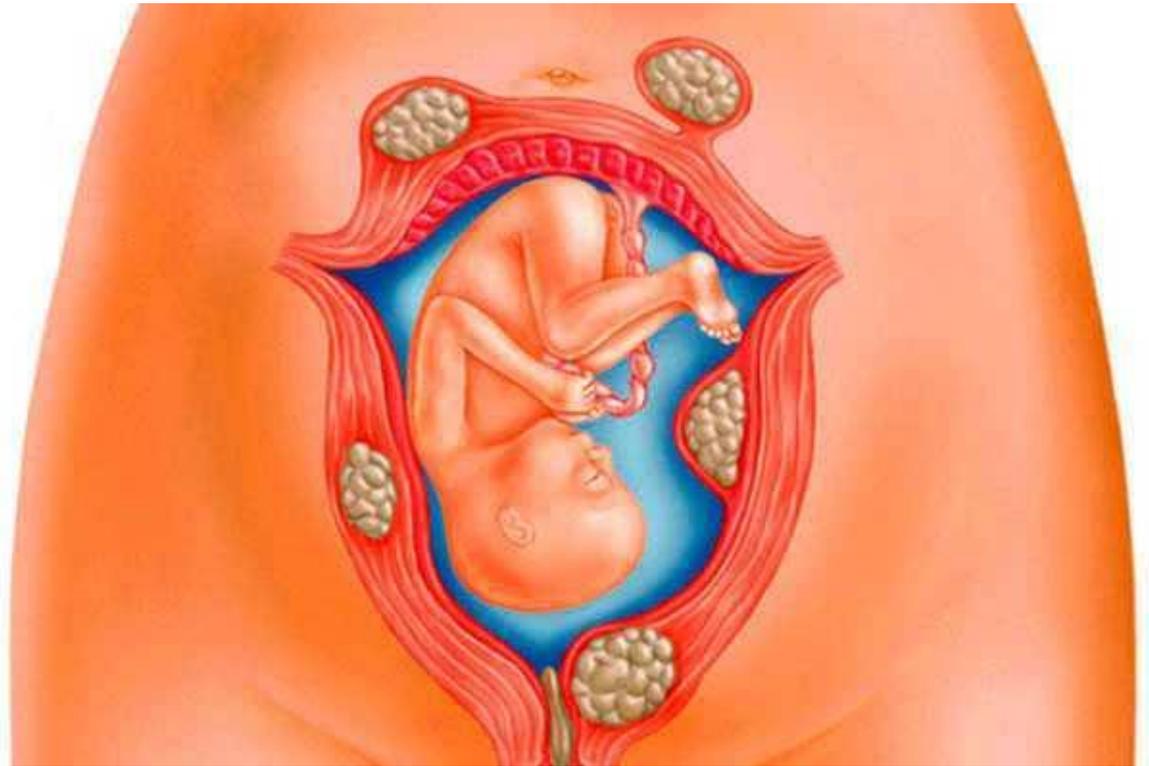
22. Широкова Н.В., Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Н. В. Широкова и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-3939-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439395.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Рис









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, кисло-молочные продукты, говядина



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