

Лантева Татьяна Николаевна

аспирант

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

г. Воронеж, Воронежская область

Коротких Ирина Николаевна

д-р мед. наук, профессор,

заведующая кафедрой, Заслуженный врач РФ

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

г. Воронеж, Воронежская область

Бельских Ольга Леонидовна

канд. мед. наук, ассистент кафедры

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

г. Воронеж, Воронежская область

Григорьева Любовь Васильевна

врач акушер-гинеколог отделения

оперативной гинекологии №1

Перинатальный центр

БУЗ ВО «Воронежская областная

клиническая больница №1»

г. Воронеж, Воронежская область

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ РАЗВИТИЮ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация: причины возникновения миомы матки до настоящего времени является предметом дискуссии. По мнению многих авторов, причины развития заболевания имеют многогранную природу, в основе которой лежит суммарный эффект генных и средовых факторов. В данном кратком обзоре по проблеме,

связанной с миомой матки у женщин репродуктивного возраста, исследователи отметили факторы риска, которые встречались у беременных такой патологией, как миома матки.

Ключевые слова: *осложнения, анализ, развитие, факторы риска, Миома матки, рост узлов, ультразвуковая диагностика, беременность, репродуктивный возраст, менархе, экстрагенитальная патология, консервативная миомэктомия.*

Впервые заболевание, связанное с миомой матки, было описано в 1973 г британским патологоанатомом Метью Бейли. До настоящего времени миома матки занимает 2 место в структуре гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста, уступая только воспалительным заболеваниям [8]. Миому матки диагностируют в возрасте, начиная с 20 лет. У подростков миому матки выявляют как диагностическую находку примерно в 5 – 7% всех обследуемых случаях, в основном при обращениях, связанных с нарушениями менструального цикла [4; 5]. В связи с увеличением числа беременных в возрасте старше 30 лет и широкого применения и развития ультразвуковой диагностики в настоящее время акушеры -гинекологи наблюдают высокую частоту сочетания миомы и беременности. По данным многих авторов частота встречаемости беременности на фоне миомы матки достигает – до 30%из всех случаев [9; 12; 13; 15]. Точно определить истинную распространенность миомы матки – невозможно, в связи с бессимптомным течением заболевания. Причины возникновения миомы матки до настоящего времени является предметом дискуссии. По мнению многих авторов, причины развития заболевания имеют многогранную природу, в основе которой лежит суммарный эффект генных и средовых факторов. Анализ возможных факторов риска развития опухоли – непростая задача для исследователя, который занимается изучением данной проблемы, ввиду того что недостаточно проведено эпидемиологических исследований, которые могли бы позволить изучить данную проблему, особенно при сочетании заболевания с беременностью.

В своем кратком обзоре по проблеме связанной с миомой матки у женщин репродуктивного возраста, мы отметим факторы риска, которые встречались в нашей работе у беременных исследуемых женщинах с патологией – миомой матки.

Ключевые слова: Миома матки, осложнения, беременность, рост узлов, факторы риска, развитие, анализ, ультразвуковая диагностика, репродуктивный возраст, менархе, экстрагенитальная патология, консервативная миомэктомия.

Цель исследования: Проведение анализа факторов риска, связанных с развитием миомы матки среди женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Научное исследование было проведено на базе Воронежского Областного Перинатального Центра. За период с 2011 по 2013 гг. произведен про- и ретроспективный анализ обменных карт; историй болезней (при прохождении пациентками стационарного лечения) в отделениях патологии беременных, гинекологических отделениях; историй родов – акушерского observational отделения и акушерского физиологического отделения. Под нашим наблюдением, обследованием, лечением, а в дальнейшем и родоразрешением находилось – 111 пациенток, (что составило 0,74% всех беременных), у которых миома матки и беременность пришлись на один временной промежуток.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 5,0 с определением средних значений стандартных ошибок выборки при 95% уровне значимости.

Результаты исследования

В ходе проведенного исследования, из всех обследованных беременных у 37 (33,3%) женщин миома матки, выявлена при ультразвуковом исследовании до наступления беременности. У 2-ух (1,8%) пациенток, миома матки являлась рецидивом после консервативной миомэктомии. У остальных 74 (66,7%) беременных женщин миома матки до беременности не диагностирована, ввиду отсут-

ствия клинических проявлений. С учетом приведенных данных нашего исследования мы хотим обратить внимание на то, что распространенность бессимптомных случаев миомы матки достаточно высока.

По данным ряда исследований отечественной и зарубежной литературы проведен анализ с учетом проведения крупных эпидемиологических исследований – риск возникновения миомы матки выше у женщин в позднем репродуктивном периоде. В нашем исследовании возрастной промежуток беременных женщин колебался от 20 до 42 лет. Большинство женщин 88,3% находились в возрастном промежутке 30–42 года. Из них 50,4% относились к первобеременным, первородящим. К повторнобеременным, повторнородящим относилось – 49,6% женщин. По данным литературы роды, количество родов в анамнезе в раннем репродуктивном периоде снижает риск развития опухоли по сравнению с женщинами более позднего репродуктивного возраста, с бесплодием в анамнезе, или с отягощенным акушерско – гинекологическим анамнезом. Такие выводы, объясняются тем, что беременность уменьшает время свободного эстрогенного воздействия на миометрий.

Наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, является одним из предрасполагающих факторов риска развития миомы матки у женщин репродуктивного возраста. В процессе нашего исследования мы отметили сочетание миомы матки на фоне экстрагенитальной патологии. Среди женщин с ожирением миома матки была диагностирована – у 68 (61,3%) обследованных женщин репродуктивного возраста; с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – у 2-ух (1,8%); с нарушениями со стороны желудочно-кишечно-печеночного комплекса – у 36 (32,4%) – обследуемых, с гипертонической болезнью – у 17 (15,3%); у пациенток с неврозами и неврозоподобными состояниями – у 10 (9%), с эндокринопатиями, связанными с нарушениями функции щитовидной железы, женщины состоящие на диспансерном учете у эндокринолога – 24 (21,6%)

Проанализировав акушерско – гинекологический анамнез исследуемых пациенток, мы выявили, что из 111 наблюдаемых пациенток – у 49 (44,14%) женщин -было раннее менархе, приходящееся на возрастной промежуток 10–11 лет. У 57 (51,35%) женщин менархе пришлось на возрастной промежуток 12–14 лет, и у 5 (4,5%) женщин менархе наступило в возрасте 15–16 лет. Исходя из патогенеза деления клеток – раннее начало менструальной функции увеличивает количество клеточных делений, которые происходят в миометрии на протяжении репродуктивного периода женщины, соответственно раннее клеточное, порой активное деление приводит к высоким клеточным мутациям в генах, которые управляют пролиферацией миометрия.

Заключение

В настоящее время диагностика миомы матки у женщин репродуктивного возраста требует активного наблюдения со стороны врачей акушеров -гинекологов, врачей ультразвуковой диагностики, и врачей смежных специальностей.

В ходе проведенного исследования можно сделать вывод, что раннее начало регулярных менструаций у девочек увеличивает риск роста узлов у молодых женщин репродуктивного возраста. Так как формирование зоны роста узла закладывается с менархе, а миома матки на протяжении длительного времени может протекать без клинических проявлений, и во время беременности обнаруживается как находка, что отражает наше исследование. Наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, является одним из предрасполагающих факторов риска развития миомы матки у женщин репродуктивного возраста. Стоит отметить, что в ходе исследования чаще всего наблюдалась сочетанная экстрагенитальная патология, отдельно изолированной нозологической патологии у исследуемых не было отмечено. Изучение сопутствующей патологии у женщин репродуктивного возраста, сочетание данной патологии с миомой матки, тщательное ежегодное скрининговое обследование групп населения, может позволить разработать комплекс мероприятий, который будет направлен на снижение частоты встречаемости миомы матки у женщин репродуктивного возраста, особенно во время беременности.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Гинекология. – СпецЛит, 2008. – 432 с.
2. Айламазян Э.К. Акушерство: Национальное руководство + CD / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельева. – 2009. – 1200 с.
3. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Айламазян Э.К. [и др.]. – Руководство СПб.: Н-Л, 2002.
4. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. – №3. – С. 21–23, 137.
5. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева. – М.: МЕ Дпресс-информ, 2004. – 396 с.
6. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2000. – С. 424–487.
7. Ищенко А.И. Миома матки. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А.И. Ищенко, М.А. Ботвин, В.И. Ланчинский. – М.: Видар-М, 2010. – 244 с.
8. Краснопольский В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова. – М.: Миклош, 2006. – 160 с.
9. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А Оперативная гинекология / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, А.А. Попов. – 2010.
10. Краснопольская К.В. Использование экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона у больных миомой матки небольших размеров / К.В. Краснопольская, Л.Г. Сичинава, А.С. Калугина // АЖОУ.Н гинек. – 2000. – №1. – С. 56–58.
11. Кулаков В.И. Гинекология: Национальное руководство + CD / В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – 2009.
12. Лаптева Т.Н. Возможные осложнения со стороны матери и плода у женщин с миомой матки / Т.Н. Лаптева, И.Н. Коротких, О.Л. Бельских // Научные исследования от теории к практике: Сборник материалов II Международной научно -практической конференции. – Чебоксары, 2015. – С. 41–43.

13. Логутова Л.С. Хирургическое лечение опухолей гениталий при беременности / Л.С. Логутова, С.Н. Буянова, Т.Н. Горбунова, Т.Н. Мананникова [и др.] // Материалы 1 международной конференции. – М.: РУДН, 2002. – 537с.
14. Савицкий Г.Л. Миома матки. – СПб.: Путь, 2000. – 214 с.
15. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова // МЕДпресс-информ. – 2008. – 532 с.
16. Шляпников М.Е. Обоснование выбора шовного материала при операции на матке: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 1997.
17. Seidman D.S., Nezhat C.H., Nezhat F., Nezhat C. The role of laparoscopic-assisted myomectomy. JSLS 2001 C) ct-Dec;5(4):299–303.
18. Vercellini P., Maddalena S., De Giorgi O., Pesole A. et al. Determinants of reproductive outcome after abdominal myomectomy for infertility. Fertil Steril. 1999 Jul;72(1):109–14.
19. Vercellini P., Maddalena S., De Giorgi O., Pesole A. et al. Determinants of reproductive outcome after abdominal myomectomy for infertility. Fertil Steril. – 1999 Jul;72(1):109–14.