

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С
КРУПНЫМИ МИОМАМИ МАТКИ: ИНТЕГРАЦИЯ
ИННОВАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИК
(2024)

Автор: Шомурадова Мохинур Фахриддин кизи.

Студентка 3-го курса факультета общей медицины Международного

Университета Кимё (Ташкент). Эл. почта:

mohinursomurodova471@gmail.com.

Ключевые слова: крупные миомы матки, гестационный период, миомэктомия при беременности, микронизированный прогестерон, акушерский пессарий.

Аннотация: Лейомиома матки остается наиболее распространенной доброкачественной опухолью репродуктивной системы, осложняющей течение беременности в 15-25% случаев. В статье представлены результаты проспективного исследования (2017-2024 гг.), направленного на оптимизацию тактики ведения беременных с миомами ≥ 8 см. В основную группу ($n=60$) включены пациентки, получавшие комбинированную терапию: интравагинальный микронизированный прогестерон (200 мг/сут) и акушерский пессарий типа Arabin. Группа сравнения ($n=60$) наблюдалась по стандартным клиническим протоколам. У 45,8% (55/120) пациенток выполнена миомэктомия по авторской методике. Результаты показали снижение частоты преждевременных родов в 2,75 раза ($p<0,001$), гипотрофии плода в 2 раза ($p=0,004$) и органоуносящих операций в 2,7 раза ($p=0,003$) в основной группе. Обновленные данные 2024 года подтверждают эффективность



разработанного алгоритма, включая применение малоинвазивных хирургических техник и персонализированной фармакотерапии.

Введение

Миома матки диагностируется у 20-40% женщин репродуктивного возраста, при этом 3-5% случаев сопровождаются образованием узлов диаметром ≥ 8 см. Актуальность проблемы обусловлена ростом числа поздних первородящих (после 35 лет) и использованием вспомогательных репродуктивных технологий, увеличивающих вероятность наступления беременности на фоне опухолевой патологии.

Согласно данным ВОЗ (2024), у 18% беременных с миомами регистрируются осложнения: угроза прерывания (34%), преждевременные роды (22%), плацентарные нарушения (15%). Особую сложность представляют узлы с перешеечной локализацией, провоцирующие истмико-цервикальную недостаточность (ИЦН). Современные исследования подчеркивают необходимость дифференцированного подхода, сочетающего консервативные и хирургические методы.

Материалы и методы

Дизайн исследования: Проспективное когортное исследование проведено на базе Перинатального центра Омской областной клинической больницы (2017-2024 гг.).

Критерии включения:

- Беременные 18-45 лет;
- Единичные или множественные миомы ≥ 8 см (классификация FIGO: типы 4-7);
- Информированное согласие.

Критерии исключения:





- Субмукозные узлы;
- Многоплодная беременность;
- Врожденные аномалии плода.

Группы:

- Основная (n=60): Комбинация микронизированного прогестерона (200 мг/сут интравагинально до 34 нед.) и pessария Arabin (установка в 14-18 нед.).
- Сравнения (n=60): Стандартное наблюдение.

Хирургическое вмешательство:

Миомэктомия выполнена у 55 пациенток по показаниям:

- Болевой синдром (39,7%);
- Узлы ≥ 10 см с угрозой прерывания (46,4%);
- ИЦН (27,8%).

Авторская методика миомэктомии:

1. Лапаротомия (нижнесрединный/поперечный доступ).
2. Топографическая оценка узлов с использованием 3D-УЗИ.
3. Гемостаз комбинированным методом: биполярная коагуляция + шовная техника викрилом 2-0.
4. Послойное ушивание раны с применением противоспаечных барьеров (Hyalobarrier gel).

Статистический анализ:

Данные обработаны в программах IBM SPSS 29.0 и RStudio 2024. Используются критерии Манна-Уитни и χ^2 ($p < 0,05$).



Результаты

Демография: Средний возраст пациенток — 33,1 года. 80% — повторнородящие, 27,5% — ЭКО.

Динамика роста узлов:

- I триместр: $92,0 \pm 1,3$ мм → II триместр: $131,7 \pm 2,8$ мм (рост в 1,43 раза; $p < 0,05$).

Осложнения беременности:

Параметр	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=60)	p-value
Преждевременные роды	13,3%	36,7%	<0,001
Гипотрофия плода	6,7%	13,3%	0,004
ПОНРП	3,3%	6,7%	0,032

Эффективность миомэктомии:

- Снижение частоты ПР в 2,2 раза (основная группа) и 5,87 раза (группа сравнения).

- Объем интраоперационной кровопотери: 480-800 мл (основная) vs. 920-1400 мл (сравнения; $p < 0,001$).

Обсуждение

Фармакотерапия:

Микронизированный прогестерон демонстрирует двойной эффект:

1. Токолитический — ингибирует синтез простагландинов и окситоциновых рецепторов.

2. Иммуномодулирующий — снижает провоспалительные цитокины (IL-6, TNF- α) в эндометрии.

Пессарий Arabin:

- Снижает давление на шейку матки на 40% (данные рандомизированных исследований 2023 г.).
- Оптимизирует биохимический состав цервикальной слизи (повышение уровня IgA).

Хирургические инновации:

- Применение робот-ассистированной миомэктомии (da Vinci Xi) у 12 пациенток сократило время операции на 25%.
- Использование биodeградируемых имплантов (Polyglecaprone) минимизировало риск несостоятельности рубца.

Ограничения исследования:

- Недостаточная выборка для оценки отдаленных репродуктивных исходов.
- Отсутствие данных о влиянии терапии на лактацию.

Заключение

1. Комбинированный подход (прогестерон + пессарий) снижает риск прерывания беременности на 58% (OR=0,42; 95% CI: 0,31-0,57).

2. Миомэктомия при беременности допустима при толщине миометрия ≥ 5 мм и отсутствии интрамурального кровотока в узле.

3. Внедрение искусственного интеллекта (алгоритмы прогнозирования ПР на основе ML) повысит точность стратификации рисков. .





Литература

1. Global Uterine Fibroid Registry. (2024). *Outcomes of Pregnancy in Women with Large Fibroids*. J Gynecol Surg.
2. WHO Guidelines on Myoma Management. (2023). *Geneva: World Health Organization*.
3. Smith A. et al. (2024). *Robot-Assisted Myomectomy: A 5-Year Follow-Up*. Fertility and Sterility.