

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 618:615.256.3

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ФИБРОМИОМЕ МАТКИ**Петров Ю.А., Оздоева И.М.-Б., Султыгова Л.А., Прокопцова А.А.***ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов-на-Дону,
e-mail: fortis.petrov@gmail.com*

В статье раскрывается актуальная проблема современной гинекологии, такая как фибромиома матки во время беременности. Отмечается, что данная патология в сочетании с беременностью встречается у 0,4–4% женщин. Это одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей женской половой сферы и одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний. Выявлено, что на сегодняшний день у каждой 4–5 женщины в мире обнаруживается течение этого заболевания. Частота встречаемости миомы матки у женщин старше 35 лет составляет от 25 до 50%. Большое значение имеет склонность заболевания к омоложению (количество женщин, страдающих фибромиомой матки в возрасте до 30 лет, то есть в активном репродуктивном периоде в последнее время увеличивается). Установлено, что протекание беременности и родов, связанных с фибромиомой матки, имеет свои особенности, которые обусловлены целым рядом осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода. Исходом беременности в случае осложнения может быть рождение недоношенного, больного ребенка с нарушением психического и физического развития. Частым осложнением фибромиомы матки является бесплодие, возникающее в результате сдавливания маточных труб, которое затрудняет продвижение сперматозоидов и нарушение овуляции. Следовательно, рассматриваемое заболевание имеет высокую социальную значимость.

Ключевые слова: матка, фибромиома, беременность, миоматозные узлы, осложнения беременности и родов при миоме, миомэктомия

PREGNANCY AND CHILDBIRTH WITH UTERINE FIBROIDS**Petrov Yu.A., Ozdоеva I.M.-B., Sultygova L.A., Prokoptsova A.A.***Rostov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don,
e-mail: fortis.petrov@gmail.com*

The article reveals the actual problem of modern gynecology such as uterine fibromyoma during pregnancy. It is noted that this pathology in combination with pregnancy occurs in 0.4-4% of women. This is one of the most common benign tumors of the female genital area and one of the most common gynecological diseases. It was revealed that to date, every 4-5 women in the world are found for this disease. The incidence of uterine fibroids in women older than 35 years is from 25 to 50%. Of great importance is the tendency of the disease to rejuvenation (the number of women suffering from uterine fibroids under the age of 30 years, that is, in the active reproductive period has recently increased). It was found that the course of pregnancy and childbirth associated with uterine fibromyoma has its own characteristics, which are due to a number of complications from both the mother and the fetus. The outcome of pregnancy in case of complications may be the birth of a premature, sick child with mental and physical development. A frequent complication of uterine fibromyoma is infertility, which occurs as a result of compression of the fallopian tubes, which complicates the promotion of sperm and ovulation disorders. Therefore, the considered disease has a high social significance.

Keywords: uterus, fibromyoma, pregnancy, myomatous nodes, complications of pregnancy and childbirth with myoma, myoectamia

Фибромиома матки – доброкачественная, гормонозависимая, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, которая возникает из гладкомышечных клеток матки с последующим фиброзированием в условиях тканевой гипоксии. Беременность при наличии фибромиомы матки является довольно сложной проблемой, частота встречаемости – 0,5–5% случаев всех беременностей. В последнее время имеется склонность заболевания к омоложению и количество женщин, страдающих этим заболеванием в активном детородном периоде, увеличивается. К тому же у женщин в возрасте от двадцати до двадцати пяти лет фибромиома матки часто может иметь стремительный рост, образовывать множество

миоматозных узлов, которые увеличиваются в размерах во время беременности, что является осложняющей протекание беременности и родов причиной. Важными факторами риска возникновения заболевания являются: позднее начало менархе, продолжительные и обильные менструации, избыточная масса тела, частые стрессы, сердечно-сосудистые, а также гинекологические заболевания [1, 2].

Цель работы: проанализировать литературу по различным аспектам сочетания фибромиомы матки и беременности.

При осложнении беременности при наличии фибромиомы матки вероятно возникновение различных патологий. Фибромиома может спровоцировать ее прерывание, воз-

никновение гестоза, фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, синдрома задержки роста плода, что ведет к расстройству дальнейшего роста и развития ребенка. Факторами, которые способствуют осложненному протеканию беременности и родов, являются крупные размеры новообразования, его неблагоприятное расположение (вблизи области прикрепления плодного яйца), некроз узла миомы, трофические расстройства в узлах, а также причины, которые привели к появлению фибромиомы и ее дальнейшему росту. К этим причинам относятся внутриматочные вмешательства (частые аборт, выскабливания), которые травмируют матку, гормональные нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы, анемия, дистрофические изменения матки, приводящие к мутациям клеток и опухолевой трансформации миоцитов [3].

Существуют две теории образования фибромиомы матки: 1) образование узла во время внутриутробного развития из-за действия разнообразных неблагоприятных факторов, таких как инфекции, прием лекарственных средств и 2) возникновение фибромиомы уже после полового созревания. Фибромиома – образование моноклональной природы. Первичная материнская клетка вследствие мутации приобретает способность к нерегулируемому росту, и фибромиома начинает расти как аномальный клон клеток. Отмечается, что ключевая роль в возникновении и дальнейшему росту опухоли принадлежит воздействию на миометрий факторов роста, эстрогенов, цитокинов. Факторы роста – естественные соединения, способные оказывать влияние на пролиферативную активность гладкомышечных клеток. Инсулиноподобные факторы роста, сосудисто-эндотелиальные, эпидермальные факторы роста оказывают сильное митогенное воздействие на миометрий и миоматозные узлы. Значимый процесс в патогенезе фибромиомы – неоангиогенез. Его активаторы – фактор роста эндотелия сосудов, ангиогенин, интерлейкин-8, матриксные металлопротеиназы, а ингибиторами являются: эндостатин, тромбоспондин, ангиостатин, вазостатин, рестин. Перечисленные факторы оказывают митогенное влияние на гладкомышечные клетки и эндотелиоциты и тем самым способствуют росту фибромиомы. Механизмы ангиогенеза в фибромиоме тесно взаимосвязаны с морфогенезом этих опухолей и в большой степени определяют особенности формирования, характер роста и клиничко-морфологические формы опухоли – простая или пролиферирующая фибромиома [4].

Различают две формы фибромиомы матки – простую и пролиферирующую. Наиболее неблагоприятной из них является пролиферирующий тип миомы матки, который чаще простого обуславливает осложненное протекание беременности и родов. Наличие этой формы фибромиомы увеличивает в несколько раз вероятность невынашивания беременности, развития гестоза, фетоплацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода, если сравнить с простой формой фибромиомы. Ей свойственны крупные размеры, стремительный рост, множественное количество узлов, часто занимает межмышечное положение и может расти внутрь полости матки и тем самым деформировать ее. У нее отчетливые границы, на разрезе имеет красный цвет с геморрагическим содержанием и наличием полостей. В пролиферирующей фибромиоме матки понижен апоптоз и увеличена активность факторов пролиферации и факторов роста – эпидермальный фактор роста, инсулиноподобный фактор роста, фактор роста тромбоцитов. В ней много сосудов синусоидального типа с низкой скоростью кровотока. Повышенное содержание в миоматозной матке факторов роста и их рецепторов, которые регулируют механизмы васкуляризации, приводит к появлению патологических кровотечений [5].

Фибромиома матки часто приводит к бесплодию. Механизмы влияния фибромиомы на фертильность: сдавление маточных труб, затрудняющее продвижение сперматозоидов, нарушение транспорта и прикрепления эмбриона вследствие нарушения сократительной функции и тонуса миометрия, синтез эндометрием вазоактивных провоспалительных цитокинов, препятствующих транспорту сперматозоидов и имплантации эмбриона, а также изменение кровотока в миометрии, перекрытие устьев фаллопиевых труб, которое затрудняет проникание сперматозоидов в них. Сохранить возможность деторождения при хирургическом удалении фибромиомы крупных размеров, приводящей к деформации полости матки, трудно. К тому же операция может осложниться обильным кровотечением и может возникнуть показание к гистерэктомии. С целью восстановления детородной функции методом выбора является консервативная миомэктомия. Это наиболее целесообразный метод, но существует много противоречий, связанных с показаниями и техникой проведения операции в зависимости от возраста женщины, размеров и месторасположения узлов. Но в ряде случаев фибромиома не препятствует наступлению беременности. Течение беременности и ро-

дов у женщин с фибромиомой матки имеет свои особенности, которые определяются расположением, размерами и числом миоматозных узлов [5, 6].

Фибромиома матки осложняет протекание беременности и родов в 65–70% случаев. Высокий риск возникновения осложнений имеют беременные с возрастом от 35 лет и старше, женщины с интрамурально расположенными миоматозными узлами крупных размеров, с ростом узлов внутрь полости матки и приводящих к ее деформации, с шеечной подслизистой локализацией узлов, женщин с явлениями трофических расстройств в миоматозном узле, а также с прикреплением плаценты в области миоматозного узла. К категории низкого риска относятся беременные младше 35 лет, с подбрюшинной локализацией миоматозных узлов и женщин с интрамурально расположенными узлами, которые имеют маленькие размеры [7–9].

Симптоматика заболевания типична, достаточно хорошо изучена и проявляется в соответствии с типом фибромиомы, индивидуальными свойствами организма, местом расположения, экзогенностью структуры, величиной и числом миоматозных узлов. При наличии фибромиом крупных размеров возможно развитие следующей клиники во время беременности: дизурия и расстройство дефекации, ощущение тяжести и давления внизу живота, увеличение его объема, выделения из влагалища с неприятным запахом, обмороки, артериальная гипотензия, тахикардия, гипергидроз, головная боль, головокружение, бледность кожных покровов, повышенная утомляемость, отеки ног, наружных гениталий. А если фибромиома небольших размеров, беременность при фибромиоме матки протекает без значительных осложнений и не наблюдается никакой симптоматики [10].

Состояние фибромиомы находится в зависимости от срока беременности, а также количества гормонов на этом этапе беременности. До 8 недель беременности вследствие повышения концентрации прогестерона на раннем сроке гестации происходит разрастание клеток и миоматозные узлы увеличиваются в объеме. Затем гиперплазия клеток останавливается, и дальнейший рост фибромиомы объясняется отеком тканей и расстройствами гемодинамики. Следующее усиление роста узлов отмечается во втором триместре гестации, когда происходит формирование плаценты и меняется кровоснабжение миомы. В течение данного периода фибромиома может вызвать патологию развития плода [11]. Миоматозные узлы сдавливают плод и вследствие этого

есть вероятность возникновения искривления позвоночника, чаще всего его шейного отдела. Помимо этого, снижается количество поступающих питательных веществ, так как опухоль поглощает вещества, находящиеся в крови. Так же имеется вероятность развития таких нарушений как: деформации черепа; нарушение строения конечностей, увеличение внутричерепного давления; низкая масса плода (2500–2700 г); расстройства психического развития [12]. В первом триместре, когда плацента соприкасается с миомой, особенно при субмукозном расположении или центрипетальном росте узлов миомы возможно возникновение следующих осложнений: угроза выкидыша, замершая беременность, кровотечения, недоразвитие хориона. В несколько раз чаще у женщин с фибромиомой возникает самопроизвольный аборт. Локализация узлов имеет огромное влияние, поскольку самопроизвольный выкидыш чаще наблюдается у женщин с миомой, локализованной в теле матки, чем у женщин с миомой, расположенной в нижнем сегменте. Возникает это осложнение вследствие расстройства трофики фибромиомы и ее растяжения, которые способствуют выходу из нее простагландинов, увеличивающих сократительную способность миометрия. Усугубление этих процессов может способствовать нейроэндокринная патология беременной, а также воспалительные процессы со стороны органов малого таза – эндометрит, цервицит, сальпингит, оофорит, пельвиоперитонит. В результате уменьшения свободного пространства для плода из-за наличия узлов миомы и повышения сократительной активности миометрия матки вероятность возникновения самопроизвольного выкидыша резко увеличивается во втором и третьем триместрах беременности. Самопроизвольное прерывание беременности также может спровоцировать истмико-цервикальная недостаточность при шеечно-перешеечной локализации узлов, фетоплацентарная недостаточность, патологические типы предлежания и положения плода, а также задержка его развития [13, 14].

Третий триместр беременности, сочетающийся с наличием фибромиомы матки, характеризуется стабилизацией ее узлов в размерах. Связано это с тем, что количество прогестерона уменьшается и сохраняется в такой концентрации до окончания беременности. В этом периоде происходит окончательное формирование внутренних органов плода. Вследствие наличия опухоли крупных размеров в матке и уменьшения свободного пространства плод может принять неправильное положение и пато-

логический тип предлежания (тазовое или лицевое), при которых родоразрешение естественным путем невозможно. Вероятные осложнения в третьем триместре также: преждевременные роды, фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия, гипоксия и гипотрофия плода. После окончания периода беременности и рождения ребенка фибромиома некоторое время остается в прежней форме, потом опять растет и в течение нескольких лет возвращается к исходным своим размерам. Отмечается, что продолжительное естественное вскармливание и лактационная аменорея снижают активность фибромиомы и тормозят разрастание ее тканей. У некоторых женщин миоматозные узлы могут не определяться спустя несколько лет после родов. Не стоит забывать, что у каждой женщины все индивидуально и предусмотреть заранее поведение опухоли после родов практически невозможно [15, 16].

В течение беременности происходит расширение матки и кровоснабжение миометрия изменяется. Вследствие этого часто наблюдаются красная дегенерация миомы или расстройства питания в узле миомы. В толще миоматозного узла формируется перифокальный отек и кисты. Клиническими признаками нарушения кровоснабжения фибромиомы матки являются: гипертонус матки, увеличение температуры, боль в месте локализации миоматозного узла. Узлы с признаками некроза с высокой вероятностью могут осложнить протекание послеродового периода [17].

На протекание родов фибромиома тоже оказывает воздействие. У многих женщин наблюдаются быстрые или затяжные роды, миома может привести к возникновению слабости родовой деятельности, неправильного положения или предлежания плода и осложнению родоразрешения через естественные родовые пути. В результате этого многим женщинам осуществляют кесарево сечение. Но удаление миомы при кесаревом сечении проводят не всегда, а только тогда, когда место разреза при оперативном родоразрешении приходится на миому, или если узлы фибромиомы имеют признаки некроза. Удаление миомы может осуществляться и во время беременности по следующим показаниям: гигантские размеры фибромиомы, которые приводят к расстройствам деятельности органов малого таза и брюшной полости – урологические проявления, сдавливание мочевого пузыря, болевой синдром; стремительный рост фибромиомы, некроз и перекрут ножки узла, боли в животе, отсутствие эффекта от консервативной терапии. В первом и втором триместре

удаление фибромиомы относительно безопасно как для плода, так и для матери. Оптимальный срок для выполнения миомэктомии – 16–20 недель [6, 18, 19].

Что касается послеродовых осложнений, то в раннем послеродовом периоде фибромиома может стать причиной появления кровотечения, связанного с расстройствами сократительной способности матки (гипо- и атонические кровотечения), приращения или плотного прикрепления плаценты; а в позднем послеродовом периоде – субинволюции матки, лохиометры, эндометрита. Со стороны плода возможны осложнения: фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, редкие осложнения – контрактуры суставов, проявляющиеся уменьшением его двигательной активности [20, 21].

Так как у женщин молодого возраста в дальнейшем могут появиться показания к гистероэкопии, нужно постараться сохранить беременность независимо от типа фибромиомы. К тому же беременность может остановить рост миоматозных узлов, аборт же, наоборот, вызывает активизацию опухолевого процесса.

Заболевания матки в силу отсутствия ярко выраженной клинической картины выявляют не сразу, а лишь случайным образом при гинекологическом осмотре. Причиной посещения врача может быть задержка менструаций из-за беременности или просто профилактический осмотр. При бимануальном влагалищном исследовании отмечается увеличение размеров матки и образование узлов (матка имеет бугристую узловатую поверхность). С диагностической целью также используются следующие методы:

1) кольпоскопическое исследование шейки матки и стенок влагалища. Используют специальный прибор кольпоскоп, который снабжен осветительной и оптической системой, увеличивающей обзор органов в десятки раз. Проводят их полный осмотр и выявляют даже незначительные изменения, зоны воспаления и образования полипов;

2) биопсия – исследование кусочков ткани под микроскопом, что позволяет увидеть нетипичные или раковые клетки;

3) исследование мазка, взятого с поверхности шейки матки под микроскопом. Цитологическое исследование позволяет выявить изменения в эпителиальных тканях всех отделов шейки. ПЦР диагностика мазка дает возможность определить скрытые инфекции;

4) УЗИ – самый информативный метод диагностики фибромиомы матки, позволяет более достоверно определить размеры и расположение миомы;

5) КТ или МРТ [22].

Лечение беременных с фибромиомой включает в себя много компонентов и зависит от возраста беременной, особенностей пато- и морфогенеза фибромиомы, расположения и скорости роста узлов фибромиомы. В раннем периоде беременности необходимо использовать антиагреганты и антиоксиданты с целью профилактики фетоплацентарной недостаточности. На протяжении всего периода беременности важен контроль состояния фетоплацентарной системы, роста и развития плода, его соответствие сроку беременности. Не менее важным является контролирование в динамике состояния, величины и локализации миоматозных узлов. Во избежание разрыва матки проводить контроль состоятельности стенок матки. Пациентка после удаления фибромиомы матки независимо от использованного хирургического доступа должна находиться под наблюдением акушера [23, 24].

Также в последнее время широко распространена эмболизация маточных артерий – микроинвазивный метод лечения фибромиомы, имеющий множество преимуществ перед другими методами, таких как небольшая травматичность, отсутствие рецидивов и кровопотери, использование местного наркоза, кратковременный срок восстановления. С помощью препарата, вводимого в артерии матки по катетеру через бедро, перекрываются кровотоки в миоматозных узлах. В результате этого узлы фибромиомы уменьшаются в размере, а в дальнейшем возможно и полное их исчезновение [20, 25].

Заключение

Таким образом, увеличивающаяся частота фибромиомы матки у женщин активного репродуктивного возраста все чаще ставит перед акушерами-гинекологами вопрос о возможности пролонгирования беременности при этой патологии. Консервативная миомэктомия, особенно у женщин с последней и нередко единственной возможностью иметь ребенка, является методом, позволяющим реализовать эту возможность.

Список литературы

1. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000. 236 с.
2. Грищенко Я.В., Константинова О.Д., Черкасов С.В. Миома матки в современном мире: актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. 2012. № 3. С. 2–19.
3. Можейко Л.Ф., Белонович К.В. Ведение беременности и родов при миоме матки // Молодой ученый. 2014. № 8. С. 350–354.
4. Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю., Гончаров И.Ю. Миома матки. Безоперационное лечение // РМЖ. 2018. Т. 26. № 2–1. С. 3–6.
5. Каримов З.Д., Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У. Морфология простой и пролиферирующей миомы матки при беременности // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2013. № 2. С. 41–45.
6. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность. М.: Медпресс-информ, 2001. 342 с.
7. Баринов С.В., Раздобедина И.Н., Блауман Е.С. Комплексное лечение множественной гигантской миомы матки при беременности // Сибирский медицинский журнал. 2016. Т. 140. № 1. С. 69–72.
8. Самойлова Т.Е. Лейомиома матки: современный взгляд на этиопатогенез, новые медикаментозные методы лечения. Информационный материал АГЭ. М., 2006. 5 с.
9. Штох Е.А., Цхай В.Б. Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска // Сибирское медицинское обозрение. 2015. № 1. С. 22–27.
10. Коротких И.Н., Самодай В.Н., Бабкина М.С. Преждевременные роды при беременности с миомой матки // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2016. Т. 15. № 3. С. 424–427.
11. Русских Л.А., Баринов С.В. Особенности тактики ведения больных с лейомиомой матки больших размеров // Сибирский медицинский журнал. 2011. № 1. С. 57–59.
12. Классен А.А., Тяпаева Я.В., Черемисин А.Е., Грудкин А.А. Беременность и роды у женщин с миомой матки // Оренбургский медицинский вестник. 2015. Т. 3. № 1. С. 12–15.
13. Фаткуллин И.Ф., Баканова А.Р., Илизарова Н.А., Галеев А.А. Новые возможности лечения миомы матки у женщин при нарушении репродуктивной функции // Доктор.Ру. 2016. № 8–9. С. 32–37.
14. Ванке Н.С. Оценка эффективности эндохирургических органосохраняющих операций у больных с миомой матки: автореф. ... дис. канд. мед. наук. Москва, 2008. 24 с.
15. Михалевич С.И., Капуста А.В. Беременность, роды, послеродовый период у женщин с миомой матки. // Медицинские новости. 2011. № 2. С. 18–25.
16. Кустаров В.Н., Татаров А.С. Течение беременности, родов и послеродового периода у пациенток с простой пролиферирующей миомой матки // Казанский медицинский журнал. 2010. Т. 91. № 3. С. 358–361.
17. Давыдов А.И. Шеечная миома матки больших размеров: принципы консервативной миомэктомии влагалищным доступом // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2014. Т. 13. № 1. С. 74–77.
18. Петров Ю.А. Семья и здоровье. М.: Медицинская книга, 2014. 312 с.
19. Гурьянова Н.С. Тактика родоразрешения беременных с миомой матки // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. № 2. С. 401–403.
20. Доброхотова Ю.Э., Джобавва Э.М., Кнышева И.Г., Гришин И.И., Степанян А.В. Беременность и роды у пациенток с миомой матки после эмболизации маточных артерий // Вестник РГМУ. 2011. № 2. С. 26–29.
21. Ситкин И.И. Эмболизация маточных артерий эффективный и безопасный метод лечения миомы матки // Вестник репродуктивного здоровья. 2011. № 2. С. 11–17.
22. Долинский А.К. Роль миомэктомии в преодолении бесплодия // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. 62. № 1. С. 111–117.
23. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М.: Медпресс-информ, 2004. 400 с.
24. Толстолюцкая Е.А., Тетелюхина Ф.К., Соловьева М.Е., Мейимс О.И., Клевост К.Б. Дифференциальный подход к лечению миомы // Медицинский альманах. 2010. № 3. С. 91–92.
25. Озолина Л.А., Лапина И.А., Болдина Е.Б., Луценко Н.Н. Лечение пациенток, страдающих гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки // Лечебное дело. 2011. № 2. С. 34–39.