

Лантева Татьяна Николаевна

аспирант

Коротких Ирина Николаевна

д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой, Заслуженный врач РФ

Бельских Ольга Леонидовна

канд. мед. наук, ассистент кафедры

Федорова Алина Александровна

аспирант

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский

университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

г. Воронеж, Воронежская область

ИНТЕРЕС К ВОПРОСУ: «О МИОМЕ МАТКИ»

***Аннотация:** в данной статье рассмотрена проблема ведения беременности и родов на фоне миомы матки. Исследованы основные особенности и характеристики миомы матки. Перечислены факторы, оказывающие влияние на рост миоматозных узлов во время беременности. Отмечены возможные осложнения у беременных с миомой матки.*

***Ключевые слова:** миома, матка, беременность, узлы.*

Миома матки – это одно из самых распространенных заболеваний, если рассматривать опухоли репродуктивной системы, которое отмечают у женщин репродуктивного возраста во всем мире. В последнее время многие исследователи отмечают заметное увеличение доли молодых женщин среди пациентов с миомой матки. Миома матки относится к числу наиболее распространенных заболеваний в гинекологии, приносящих серьезный ущерб репродуктивному здоровью женщин и их будущему поколению. В период репродукции миома матки наблюдается у 20–30% женщин. В 0,2–2,5% случаев миома матки встречается у беременных. Более 70% беременных с миомой матки, это женщины первобеременные, первородящие – старше 30 лет [17]. Многих ученых интересует вопрос, связанный с изучением репродуктивной функции пациенток с миомой матки, что

способствует неполноценной адаптации организма беременной женщины к гестации и осложняет ее течение. Нельзя считать миоматозное поражение чем-то отдельным, ограниченным поражением миометрия, к проблеме связанной с миомой матки должен быть комплексный подход. Миому матки с точки зрения патологического поражения, правильнее рассматривать как комплексный процесс протекающий в организме женщины, который сопровождается различными сложными изменениями целостного организма, связанными с повреждениями единой функциональной системы, называемой – «гипоталамус-гипофиз-яичники-матка», на различных ее уровнях, в различных ее отделах [23; 28; 29].

Интерес к вопросу, связанному с миомой матки в последнее время становится все актуальнее, в связи с тем, что в современном мире возрастает тенденция планировать первую беременность в более позднем репродуктивном возрасте. Женщины стремятся получить профессиональную независимость, а планирование беременности уходит на второй план [3; 17]. Ряд вышеперечисленных обстоятельств приводит практикующих акушеров-гинекологов к проблеме ведения беременности, а в дальнейшем и родов на фоне миомы матки. В нашей статье мы отражаем анализ литературных источников и освещаем мнение авторов на то как же влияет беременность на миоматозные узлы, и как узлы влияют на течение беременности. До настоящего времени затронутая нами проблема остается спорной и нерешенной. Именно поэтому наш авторский состав занимающейся научной деятельностью под руководством проф. д.м.н. И.Н. Коротких на базе клинического учреждения БУЗ ВО ВОКБ Перинатального центра города Воронежа кафедры акушерства и гинекологии №1 ВГМУ имени Н.Н. Бурденко, считает актуальным проведение анализа данных научных исследований специалистов, освещавших вопрос, касающейся миомы матки у женщин репродуктивного возраста достаточно актуальным.

Ряд вышеперечисленных обстоятельств, изложенных нами выше приводит практикующих акушеров-гинекологов к проблеме ведения беременности, а в дальнейшем и родов на фоне миомы матки [3].

До настоящего времени вопрос о том каким образом влияет беременность на размеры миоматозных узлов остается спорным и не решенным.

По мнению многих авторов, рост миоматозных узлов может провоцировать именно беременность, так как по мере прогрессирования беременности возникают условия, благоприятные для роста миом [5; 19; 27]. Во время беременности размеры узлов увеличиваются, изменяется консистенция миом, усиливается васкуляризация матки, мышечные волокна подвергаются гиперпластическим и гипертрофическим процессам, в результате, происходит серозное пропитывание и размягчение миоматозного узла. Многие ученые пытались выяснить чем конкретно мог быть обусловлен рост миоматозных узлов во время беременности. Некоторые научные деятели не исключают влияние гормонов на рост миомы во время беременности [8; 22; 24].

Авторы подчеркивают влияние эстрогенов на пролиферативное влияние миоматозных узлов, и дегенеративное влияние прогестерона, приводящее к атрофическим процессам. Во время беременности продуцируется достаточно высокое количество эстрогенов и прогестерона, что существенно может повлиять на рост миоматозного узла [18; 30].

Кроме мнения, связанного с гормональными факторами, влияющими на рост миоматозных узлов во время беременности, механический фактор также имеет определенное влияние на рост узлов во время беременности [21]. По мере увеличения беременной матки в размерах, растягивается миометрий, что требует увеличения кровообращения, приводит к гипертрофии. Исходя из характера происхождения узлов: будь то – субсерозный, интерстициальный или интрамуральный узел, степень захвата миометрия каждого из узлов будет различной, соответственно и влияние изменяющегося миометрия в ходе прогрессирования беременности, на каждый из узлов будет различной. В зависимости от происхождения узлов влияние беременности на рост узлов, что в дальнейшем приводит к дегенеративным изменениям отличающихся по своему происхождению будет различным.

По мнению Е.М. Вихляевой и соавторов, в работе (1997), факторы, вызывающие неопластическую трансформацию во время беременности до конца не изучены и достоверно неизвестны. В то же время, при анализе литературных источников существует и противоположное мнение, смысл которого, в том, что развитие беременности не всегда приводит к увеличению размеров миоматозных узлов, в некоторых научных наблюдениях констатируют отсутствие признаков роста в узлах и даже уменьшение опухоли [1; 19].

По данным проспективного исследования, приведенном в источнике Л.В. Адамян (проект) под названием «Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных» в 60–78% наблюдений на протяжении всего течения беременности, контролируемые с помощью ультразвукового метода диагностики, свидетельствует о том, что существенного изменения размеров узлов во время беременности не происходит. По данным исследования в 22–32% наблюдений зафиксирован рост узлов, который наблюдался только в первом триместре, особенно в первые 10 недель гестации. Исследование подтверждает, что в зависимости от характера происхождения узла – модели роста -узлов -разные, так же в зависимости от размера узлов, модель роста будет отличаться у мелких и крупных узлов. Во втором триместре беременности по данным исследования увеличиваются в размере мелкие узлы, в то время как крупные остаются неизменными. В третьем триместре и в послеродовом периоде размер узлов как правило не подвержен изменениям.

При изучении особенностей течения беременности на фоне миомы матки в первом триместре гестации, Г.Л. Доронин в своей работе (1985) отмечает выраженное увеличение размеров опухоли у 80% наблюдаемых.

При проведении анализа работ Г.А. Савицкого (1994) и А.Г. Савицкого (2000), где авторы так же указывают на рост миоматозных узлов в первой половине первого триместра беременности. Авторы отмечают увеличение миом в указанные сроки беременности, и характер роста узлов, который в конечном итоге, редко превышает величину объема узла свыше 25%, если брать от исход-

ного размера. Увеличение узла более 25% от исходного размера зачастую приводит к признакам нарушения питания в узлах и сопровождается угрозой прерывания беременности. Если рассматривать беременность в сроке с 12-ой по 20-ую неделю, протекающую на фоне миомы матки, то практически у всех исследуемых будет отмечаться некоторое увеличение размеров узлов, этот процесс в основном связан с развитием в миоматозных узлах дегенеративных изменений, отека, вследствие, недостаточного кровообращения. После 20-й недели беременности размеры узлов увеличиваются уже реже [20; 23].

Вопрос о влиянии миомы матки на характер течения беременности и исхода родов, до настоящего времени остается до конца не изученным. Данные литературы, связанные с тематикой беременность на фоне миомы матки достаточно противоречивы. По данным многих исследований у беременных с миомой матки высокая частота развития следующих осложнений: возникновения угрозы прерывания беременности, развитие выраженного болевого синдрома, вероятность наступления преждевременных родов, так же не редко встречается отслойка нормально расположенной плаценты.

Учитывая проведенный анализ литературы по поводу характера клинического течения гестации у пациенток с миомой матки, можно сделать вывод, что проблеме связанной с миомой матки у женщин репродуктивного возраста ученые во всем мире уделяют особое внимание. Заболевание с неоднозначной полиэтиологичностью, патогенезом возникновения, различным характером и ростом узлов, сочетание миомы с беременностью вызывает огромный интерес среди ученых. Так же стоит заметить, что количество беременных женщин на фоне патологии связанной с миомой матки увеличивается. Поэтому вопросы связанные с миомой матки становятся все актуальнее, и должны освещаться в литературных обзорах.

Список литературы

1. Абрамова И.И. Ультразвуковая диагностика доброкачественных опухолей матки и придатков при беременности / И.И. Абрамова. – 1998. – С. 157–160.
2. Айламазян Э.К. Гинекология / Э.К. Айламазян. – Изд-во: СпецЛит, 2008. – 432 с.
3. Айламазян Э.К. Акушерство: Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельева. – 2009. – 1200 с.
4. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян. – СПб: Изд-во Н-Л. – 2002.
5. Аксенова Т.А. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при фибромиоме матки / Т.А. Аксенова // Актуальные вопросы патологии беременности. – М., 1978. – С. 96–104.
6. Бобров Б.Ю. / Б.Ю. Бобров, А.А. Алиева // Акушерство и гинекология. – 2004. – №5. – С. 6–8.
7. Буянова Л.Н. Хирургическое лечение беременных с миомой матки / Л.Н. Буянова, М.И. Сенчакова, И.К. Гаспарян // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. – №3. – С. 83–86.
8. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева, Б.И. Железнов, В.Н. Запорожан [и др.]. – М.: Мед.инф. агентство, 1997. – 768 с.
9. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки / Е.М. Вихляева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. – №3. – С. 21–23.
10. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева. – М.: МЕ Дпресс-информ, 2004. – 396 с.
11. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева. – М., 2000. – С. 424–487.
12. Ищенко А.И. Миома матки. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А.И. Ищенко, М.А. Ботвин, В.И. Ланчинский. – М.: Видар-М, 2010. – 244 с.

13. Краснопольский В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова. – М.: Миклош, 2006. – 160 с.
14. Краснопольский В.И. Оперативная гинекология / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, А.А. Попов. – 2010.
15. 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.
16. Кулаков В.И. Гинекология: Национальное руководство / В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – 2009.
17. 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 Междунар. науч.-практ. конф. – Чебоксары, 2015. – С. 41–43.
18. 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. – 537 с.
19. Савицкий Г.А. Изменение морфофункциональных структур миоматозных узлов в динамике беременности / Г.А. Савицкий, В.В. Абрамченко // Патология беременности и родов: Тез. докл. – 1997. – С. 89–98.
20. Савицкий Г.А. К патогенезу роста миомы матки / Г.А. Савицкий, В.В. Морозов, Ф.А. Свечникова, Р.Д. Иванова // Акушерство и гинекология. – 1981. – №4. – С. 13–15.
21. Савицкий Г.А. О формировании новой терапевтической доктрины при миоме матки / Г.А. Савицкий // Пути развития современной гинекологии. – М., 1994. – 144 с.
22. Савицкий Г.Л. Миома матки / Г.Л. Савицкий. – СПб: Путь, 2000. – 214 с.

23. Сидорова И.С. Миома матки / И.С. Сидорова. – М.: Медицина, 1996. – 200 с.
24. Сидорова И.С. Миома матки и беременность / И.С. Сидорова. – М.: Мед., 1985. – 192 с.
25. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова // МЕДпресс-информ, 2008. – 532 с.
26. Шляпников М.Е. Обоснование выбора шовного материала при операции на матке: Автореф. дис. ... кан. мед. наук. – Самара, 1997.
27. Шмаков Г.С. О компенсаторно-приспособительных процессах в фетоплацентарной системе у женщин с миомой матки / Г.С. Шмаков // Литовская респ. конф. акушеров-гинекологов: Тезисы докладов. – Клайпеда, 1981. – Ч. 1. – С. 106–108.
28. Цагараева Т.М. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1981.
29. Buttrum V.C. Uterine leiomyoma: Etiologi, Simpatology and mamagement / V.C. Buttrum // Fertility and Sterility. – 1981. – Vol 36. – №3/4. – P. 433–443.
30. Koike T/ Uterine leiomyoma in pregnancy: its influence on obstetric performance / T. Koike, H. Minakami, S. Kosuge, R. Usui. – J Obstet Gjmaecol Res., 1999. – Oct; 25(5):309–13.
31. Seidman D.S. The role of laparoscopic-assisted myomectomy / D.S. Seidman, C.H. Nezhat, F. Nezhat, C. Nezhat. – JSLS, 2001 C) ct-Dec; 5(4):299–303.
32. Vercellini P. Determinants of reproductive outcome after abdominal myomectomy for infertility / P. Vercellini, S. Maddalena, O. De Giorgi, A. Pesole [et al.] // Fertility and Sterility. – 1999. – Jul;72(1):109–14.