

Урбаева Ж.Т.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН  
С МИОМОЙ МАТКИ (аналитический обзор)**

*Zh.T. Urbaeva*

**FEATURES OF THE CURRENT OF PREGNANCY AND SORTS AT WOMEN WITH THE  
UTERUS MYOMA (analytical review)**

УДК: 618+616.006.36.

*Проблема «миома матки и беременность» в настоящее время решается в пользу продолжения беременности и чаще всего сопровождается фетоплацентарной недостаточностью и угрозой прерывания беременности. Имеет значение месторасположение миомы, наличие ее контакта с плацентой и ее размеры, оказывающие негативное влияние и на рост и развитие плода. Типичными осложнениями являются: в I триместре - самопроизвольный выкидыш; во II и в III триместрах - преждевременное прерывание беременности.*

*У половины беременных с миомами отмечаются затяжные роды, чаще происходит отслойка плаценты и возникает необходимость родоразрешения путем кесарева сечения.*

*У женщин с миомой матки частым осложнением послеродового периода являются: послеродовые кровотечения, плотное прикрепление и приращение плаценты, неполная инволюция матки, инфекционные заболевания, нарушение лактационной функции.*

**Ключевые слова:** миома матки, течение беременности, течение родов.

*The issue of the day "hysteromyomas and pregnancy" at present time to decided a case in extension of the pregnancy and most often be accompanied by fetoplacental deficiency and threat of abortion. The myoma is given by importance meaning, in the presence of to get into contact with placenta and her size to do negative influence growth on and development of fetus.*

*The typical complications as: in I term - this spontaneous abortion; in II and III terms - this premature abortion. At half of pregnant woman with myomas long childbirth is marked, occurs stratification placenta is more often and there is a necessity to the permission of childbirth a way is cesarean section.*

*At women with a uterus myoma frequent complication of a postnatal bleeding, a dense attachment and a placenta increment, incomplete involution a uterus, infectious diseases, infringement to lactation functions.*

**Key words:** uterus myoma, current of pregnancy, current of childbirth.

**Введение**

Миома матки является самой частой опухолью женского генитального тракта. Частота ее колеблется от 24 до 50% (Вихляева Е. М., 2000). Феномен «постарения» беременных ставит перед акушерами-гинекологами задачу более длительного сохранения

репродуктивной функции своих пациенток. В связи с этим поиск и научное обоснование оптимальных путей решения этой дилеммы: желание женщины иметь ребенка, с одной стороны, и возможность сохранить репродуктивную функцию у женщин с миомой матки, с другой, приобретают большое значение (Кулаков В. И., Шмаков Г. С., 2001).

В то же время в последние годы отмечен факт омоложения миомы матки. Количество первородящих и повторнородящих женщин с миомой матки в возрасте до 30 лет примерно одинаково и составляет 14,1 и 15,2% соответственно. У беременных моложе 25 лет чаще наблюдаются большие и гигантские миомы, быстрый рост узлов (Кулаков В. И., Шмаков Г. С., 2001).

Обследование беременных с миомой матки должно носить комплексный характер. Серьезное внимание уделяют состоянию плода и плаценты. По данным УЗИ определяют соответствие размеров плода, предполагаемому сроку беременности, выявляя ранние формы задержки развития плода. Обязательно изучают состояние плаценты – ее толщину, расположение, степень зрелости, патологические включения. Кроме того, оценивают изменения, происходящие с миоматозными узлами (Ботвин М. А. и соавт., 2003; Gojnic M. et al, 2004), которые могут увеличиваться в размерах или изменять свою первоначальную локализацию. Могут происходить патологические изменения в структуре узлов. При расположении миоматозного узла на тонкой ножке может произойти ее перекрут. Узел, расположенный в области шейки матки, может ущемиться между маткой и костями таза (Сидорова И. С., Прудникова Е. Л., 2006).

Важное значение имеет также оценка маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока с помощью доплерографии. За время беременности при миоме матки обследование целесообразно проводить несколько раз для динамической оценки характера ее течения: в 6-10 нед, в 14-16 нед, в 22-24 нед, в 32-34 нед и в 38-39 недель (Sieroszewski P. et al, 2002).

У беременных с миомой матки наиболее частыми осложнениями во время беременности является угроза прерывания беременности; частота этого осложнения колеблется от 14 до 25%, беременность у 20-60% женщин с миомой матки заканчивается самопроизвольными абортами (Савицкий Г. А., Савицкий А. Г., 2000). При этом А. Ш. Мукаева (2006) отмечает прерывание беременности лишь в 1,9-2,5% наблюдений, что может быть связано с началом применения в акушерской практике токолитиков (Кулаков В. И., Шмаков Г. С., 2001). При подслизистой локализации миомы симптомы прерывания беременности могут возникать с 5-6 недель, при межмышечном и подбрюшинном расположении миомы в более поздние сроки (Wang S. et al., 2002).

При длительном существовании миомы чаще выявляются сопутствующие соматические и эндокринные заболевания, имеются нарушения в иммунном статусе (Борисова Н. И. и соавт., 2005).

Определенную роль в этиологии прерывания беременности в ранние сроки беременности может играть гиперэстрогения, способствующая повышению сократительной деятельности матки (Wu X. et al, 2002).

В зависимости от сроков беременности характер наблюдения за пациенткой и тактика ведения беременности определенным образом меняются. Наиболее типичным осложнением в I триместре (до 12 недель) при миоме матки является самопроизвольный выкидыш, что обусловлено такими причинами, как: генетические и хромосомные и гормональные нарушения; недостаточное растяжение матки, первичная плацентарная недостаточность (Paul P. G. et al, 2006).

Еще одной из причин данного осложнения является прогестероновая недостаточность. Кроме того, миома, являясь активатором локальной гормонемии, усугубляет относительную прогестероновую недостаточность в локальном кровотоке матки (Савицкий Г.А., Савицкий А.Г., 2000), что способствует усилению процессов гиперплазии и гипертрофии клеточных элементов миометрия, активации ростковых зон в сосудах миометрия.

Во II (с 13 до 27 нед), и в III триместре (после 28 недель) беременности, наиболее типичным осложнением является преждевременное прерывание беременности (в зависимости от сроков – поздний самопроизвольный выкидыш или преждевременные роды). При этом повышение возбудимости и тонуса матки может быть обусловлено снижением способности миоматозно измененной матки к растяжению, нарушением кровообращения в миоматозных узлах и развитием в них воспаления. Последнее обстоятельство может увеличить риск внутриутробного инфицирования плода, особенно при расположении узла в шейке матки. Не исключено также развитие и фетоплацентарной недостаточности, гестоза и

гипоксии плода, особенно при расположении плаценты на узле (Kucera E. et al, 2006).

Опасным осложнением во время беременности и родов у женщин с миомой матки является несостоятельность рубца на матке после миомэктомии, произведенной лапароскопическим методом (Lieng M. et al, 2004). Это является фактором риска разрыва матки, особенно при расположении плаценты в месте миомэктомии (Прудникова Е. Л., 2006; Oktem O. et al., 2001).

Считается, что при наличии миомы увеличивается риск преждевременных родов. Это связывают с уменьшением свободного места для ребенка в матке за счет миоматозных узлов, а также с повышением сократительной активности матки. Как правило, чем больше размер миомы, тем вероятность преждевременных родов выше. Опять таки, имеет значение место расположение миомы и наличие ее контакта с плацентой (El-Miligy M. et al., 2007).

Миома больших размеров оказывает определенное влияние и на рост и развитие плода. Так, имеются случаи рождения детей с деформацией черепа и кривошеей, по-видимому, обусловленными давлением миомы (Chuang J. et al, 2001). У беременных с большими миомами чаще рождаются дети с низким весом.

Еще одним осложнением беременности у женщин с миомой матки является гестоз. По данным проведенных исследований, частота гестоза у беременных с миомой матки составляет от 7 до 17% (Ботвин М. А. и соавт., 2004; Савельева Г. М. и соавт., 2007).

У беременных с миомой клиническую картину гестоза определяют функциональные изменения сосудов в узле миомы, являющиеся основой для развития гипертензионного синдрома. При одинаковых патогенетических условиях не у всех беременных с деструкцией узла миомы развивается гестоз, что связано с сосудорасширяющим и антиконстрикторным потенциалом эндотелия (Baioniak V. et al, 2002).

Миома влияет на течение родов. У половины беременных с миомами отмечаются затяжные роды, чаще возникает необходимость родоразрешения путем кесарева сечения. Миоматозные узлы (особенно большие) часто сочетаются с аномалиями положения и предлежания плода (поперечное положение, тазовое и лицевое предлежание), при которых естественное родоразрешение не представляется возможным (Hassiakos D. et al, 2006).

У пациенток с миомами чаще происходит отслойка плаценты (особенно если миома расположена ретроплацентарно), что необходимо учитывать при ведении родов (Kakarla A., Ash A. K., 2005).

Вопрос о способе родоразрешения решают строго индивидуально (Бреусенко В. Г., Краснова И. А., 2005).

Путем кесарева сечения в плановом порядке беременных с миомой матки родоразрешают при следующих обстоятельствах: если беременная входит в

группу высокого риска по возможности развития осложнений связанных с миомой матки; при сочетании миомы матки с тазовым предлежанием плода; если возраст первородящей 30 лет и более; при сочетании миомы матки с различными заболеваниями или с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (хронические гинекологические заболевания, перенесенные акушерские и гинекологические операции, осложненное течение и неблагоприятные исходы предыдущих беременностей и родов); сочетание миомы матки с фетоплацентарной недостаточностью (Сидорова И. С., Прудникова Е. Л. 2006; Каумак О., 2005).

У беременных с низким риском возможных осложнений при миоме матки и при отсутствии противопоказаний, возможно ведение родов через естественные родовые пути. Однако в родах нередко возникают различные осложнения, которые препятствуют рождению ребенка. К этим осложнениям относятся: формирование неправильного положения или разгибание головки плода; слабость или дискоординация родовой деятельности; преждевременная отслойка плаценты, нарастание гипоксии плода. В этих ситуациях прекращают ведение родов через естественные родовые пути и выполняют кесарево сечение в экстренном порядке (Kakarla A., Ash A.K., 2005).

Факторами риска для осложненного течения послеродового периода являются миома матки больших размеров, низкое расположение миоматозного узла, множественная миома матки, конгломерат миоматозных узлов, расположение плаценты в проекции миоматозного узла.

С наличием миомы могут быть связаны как ранние, так и поздние послеродовые осложнения. К ранним относятся послеродовые кровотечения, связанные с пониженным тонусом матки, плотное прикрепление и приращение плаценты (El-Miligy M. et al, 2007). К поздним - неполная инволюция матки, инфекционные заболевания (Seracchioli R. et al, 2006).

У женщин с миомой матки частым осложнением послеродового периода является нарушение лактационной функции в виде уменьшения объема отделяемого молока, что может быть связано с достоверным снижением гормонов фетоплацентарного комплекса (прежде всего эстриола), который, влияет на уровень пролактина. При этом, в послеродовом периоде при возникновении гипогалактии у женщин с миомой матки наблюдается снижение содержания пролактина в сыворотке крови (Захарова О. В., 2006).

#### Литература

1. Борисова Н. И. и соавт. // Тезисы докладов. – Москва, 2005. – С. 40-43
2. Ботвин М. А. и соавт. // 4-й съезд Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. – Москва, 27-30 октября. – 2003. – С. 21-23.
3. Ботвин М. А. и соавт. // Лучевые и функциональные методы исследования. – 2004. – С. 224-229.
4. Бреусенко В. Г., Краснова И. А. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.– 2005.– Т.4, № 4.– С. 44-8.
5. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М: МИА 2000; 427-439.
6. Захарова О. В. // Вопросы акушерства и гинекологии. – 2006. – Т. 5, №3. – С. 15-17.
7. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 344 с.
8. Мукаева А.Ш. Особенности течения и ведения беременности и родов у женщин с миомой матки при локализации плаценты в проекции миоматозных узлов: Автореферат дисс. ... к.м.н. – Москва, 2006. – 19 с.
9. Прудникова Е.Л. Профилактика фетоплацентарной недостаточности у больных с миомой матки высокого риска: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2006. – 24 с.
10. Савельева Г. М. и соавт. // Акушерство и гинекология. – 2007. - №5. – С. 54-59.
11. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). – СПб., 2000. – 229 с.
12. Сидорова И.С., Прудникова Е.Л. // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». – М., 2006. – С. 211-212.
13. Batoniak B. et al // Ginekol. Pol.– 2002.- Vol.73, № 4. – P. 255-9.
14. Chuang J. et al // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2001. - Vol. 80, № 5. – P. 472-3.
15. El-Miligy M. et al // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2007. - Vol.18, № 6. – P. 789-91.
16. Gojnic M. et al // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2004. -Vol. 31, № 3. – P. 197-8.
17. Hassiakos D. et al // Ann. N. Y. Acad. Sci. –2006. - Vol. 1092. – P. 408-13.
18. Kakarla A., Ash A. K. // J. Obstet. Gynaecol. – 2005. - Vol. 25, №3. – P. 300-1.
19. Kaymak O. // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2005. - Vol. 89. – P. 90-3.
20. Kucera E. et al // Ceska Gynekol. – 2006. - Vol. 71, №5. – P. 389-93.
21. Lieng M. et al //J. Am.Assoc. Gynecol.Laparosc.– 2004.- Vol. 11,№ 1.–P. 92-3.
22. Oktem O. et al. // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 2001. - V. 8, № 4. - P. 618-21.
23. Paul P. G. et al // Hum. Reprod. – 2006. - Vol. 21, № 12. – P. 3278-81.
24. Seracchioli R. et al. // Fertil Steril. – 2006. - Vol.86, №1. – P. 159-65.
25. Sieroszewski P. et al // Ginekol. Pol. – 2002. - Vol. 73, № 4. – P. 297-300.
26. Wang S. et al. // Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi.–2002. -V. 31,№ 2. - P.107-11.
27. Wu X. et al. // Fertil. Steril. – 2002. - V. 78, № 5. - P. 985-93.