

*Гумерова Ирина Артуровна
аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Россия, г. Уфа
e-mail: ively92@yandex.ru*

*Научный руководитель: Яшук Альфия Галимовна,
доктор медицинских наук,
профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет
Россия, г. Уфа*

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Аннотация: Миома матки является одной из самых распространенных опухолей малого таза у женщин репродуктивного возраста. Встречается примерно у 3-12% беременных женщин и значительно ухудшает течение и исход беременности у данной группы пациентов, что послужило целью изучения данной проблемы для разработки оптимальной тактики ведения беременности, направленной на снижение материнской и перинатальной заболеваемости. В статье представлены результаты анализа современной литературы по вопросам исхода беременности у женщин с миомой матки.

Ключевые слова: миома матки, беременность, роды, кесарево сечение.

*Gumerova Irina Arturovna
postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa*

*Scientific adviser: Yashuk Alfiya Galimovna,
doctor of medical sciences,
Head of Department of Obstetrics and Gynecology
Bashkir State Medical University,
Russia, Ufa*

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PREGNANCY OUTCOMES IN WOMEN WITH UTERINE FIBROIDS

Abstract: Uterine fibroids are one of the most common pelvic tumors in women of reproductive age. It occurs in approximately 3-12% of pregnant women and significantly worsens the course and outcome of pregnancy in this group of patients, which served as the purpose of studying this problem to develop optimal pregnancy

management tactics aimed at reducing maternal and perinatal morbidity. The article presents the results of the analysis of modern literature on the outcome of pregnancy in women with uterine fibroids.

Key words: uterine fibroids, pregnancy, childbirth, caesarean section.

Миома матки встречается примерно у 3-12% беременных женщин [1, 2], и значительно ухудшает течение и исход беременности у данной группы пациентов. Наличие миоматозных узлов, в частности – тех, которые деформируют полость матки, в случае наступления беременности связаны с высоким риском самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов, фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного роста плода, неправильного положения плода, предлежания плаценты, отслойки плаценты, кровотечения, нарушения питания и некроза миоматозного узла [3, 4, 5]. В свою очередь, осложненное течение беременности и родов у данной группы пациенток определяет высокую частоту абдоминального оперативного родоразрешения (кесарево сечение) [5].

В 2008 году Klatsky и др. [5] в своих исследованиях сообщили о повышении риска самопроизвольных выкидышей у женщин с миомой матки, нежели у женщин без данной патологии. Pritts и др. [6] пришли к выводу, что любая локализация миоматозных узлов связана с высоким риском прерывания беременности. Особенно, примерно в 2 раза, высокий риск самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов у женщин с субмукозно-интрамуральным расположением миоматозных узлов [5, 6]. Считается, что, при наличии миомы матки у беременных женщин, в 13% случаев повышен риск неправильного положения плода (чаще всего – тазовое предлежание), что в 2,5 раза выше, чем в общей популяции [5], а также в 2 раза выше риск предлежания плаценты [5].

Преждевременные роды и самопроизвольный выкидыш – наиболее часто встречаемый неблагоприятный исход беременности у женщин с миомой матки. Klatsky и др. [5] в своих исследованиях отмечают рост случаев преждевременных родов у женщин с миомой матки (на 16% выше, чем у женщин без данной патологии). В 2009 году Chen и др., используя общенациональную демографическую базу данных за последние 3 года, исследовали риск

неблагоприятных исходов беременности, включая преждевременные роды у беременных женщин с миомой матки. Было исследовано всего 5627 матерей с миомой матки и 28 135 беременных женщин без миомы. Женщины, у которых была диагностирована миома матки, имели значительно выше процент преждевременных родов (11% против 7,8%), нежели беременные без данной патологии [7]. Lai и др. [8], Conti и др. [9]. Shavel и др. [10] в своих исследованиях доказали, что, по сравнению с женщинами без миомы матки или с миоматозными узлами небольших размеров (≤ 5 см), у женщин с миомой матки больших размеров (> 5 см) преждевременные роды происходят на более раннем сроке. Ciavattini и др. [11] в своих исследованиях сообщают о высоком риске преждевременных родов среди женщин с множественной миомой матки и/или миомой матки больших размеров, однако, Stout и др. [12] не нашли какой-либо связи между миомой и преждевременными родами. Также замечено, что в 3 раза повышается риск отслойки плаценты при наличии миомы матки у беременных [5].

В обзоре Klatsly и др. [5], 48,8% женщин с миомой матки родоразрешены путем операции кесарево сечение (по сравнению с 13,3% женщин без нее). В своем большом ретроспективном исследовании, проведенном Stout [1], женщины с миомами были более подвержены абдоминальному родоразрешению (кесарево сечение), даже при отсутствии такой патологии, как: предлежание плаценты и тазовое предлежание.

Относительно послеродового кровотечения Conti и др. [9] провели многоцентровое и ретроспективное исследование, в котором пациентки с миомой матки имели значительно больший процент послеродовых кровотечений, нежели другие родильницы.

Как уже предполагалось ранее, влияние миомы на исход беременности может зависеть от локализации миоматозного узла. Среди практикующих врачей мало кто сомневается в том, что клинически значимые субмукозные миоматозные узлы влияют на беременность через механическое искривление полости матки, нарушение васкуляризации эндометрия и воспаление

эндометрия. Однако роль интрамуральной миомы матки в невынашивании беременности была поставлена под сомнение [5,6]. Был проведен мета-анализ, опубликованный в 2011 году, о роли интрамуральной миомы в исходах беременности [13], который показал, что интрамуральное расположение миоматозных узлов не влияет на частоту самопроизвольных выкидышей. Также известно, что субсерозные миомы не являются существенной причиной неблагоприятного исхода беременности. Результаты мета-анализа, проведенного в 2009 году, подтвердили, что женщины с субсерозной миомой матки не имеют различий в исходах беременности по сравнению с женщинами без миом [6].

В 2012 году Deever и др. проанализировали в общей сложности 84 беременных женщин с миомой матки диаметром более 30 мм с диагнозом маточное кровотечение. У 64 пациентов миоматозные узлы локализовались по передней стенке матки, в то время как у 20 – по задней стенке матки. Все пациентки ежемесячно наблюдались в клинике до родоразрешения. Значительной разницы между двумя группами наблюдения в отношении частоты преждевременных родов, кровотечений на ранних сроках беременности выявлено не было. Единственное, женщины, у которых миоматозные узлы располагались по задней стенке матки, имели значительно выше показатели частоты самопроизвольных выкидышей [14].

Что касается размера миомы, то Lam и др. [15] изучили сочетание количества, расположения и типа миоматозных узлов, и установили, что преждевременные роды чаще всего встречались в группе женщин с множественной миомой по сравнению с одиночной миомой матки (18% против 6%). Также в своих исследованиях они отмечают то, что расположение миомы в области нижнего сегмента матки повышает частоту кесарева сечения, чем при расположении миоматозного узла в теле матки (86% против 40%), а также более высокая частота послеродовых кровотечений (22% против 11%) и больший объем кровопотери во время операции кесарево сечение (830 мл против 573 мл). Ciavattini и др. в 2015 году [11] в своих исследованиях сообщили о том, что

только множественные миомы матки были связаны с неблагоприятным исходом беременности, в частности – увеличение частоты кесарева сечения.

На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что субмукозное расположение, а также наличие множественных миоматозных узлов и/или миомы матки больших размеров оказывает негативное влияние на исход беременности. Однако дифференцированный подход к беременным женщинам с миомой матки, ведение беременности в группе высокого риска, способствует уменьшению числа оперативных вмешательств, улучшению показателей материнской и перинатальной заболеваемости.

Список литературы:

1. Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, et al. Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010;116:1056-1063.

2. Laughlin SK, Baird DD, Savitz DA, et al. Prevalence of uterine leiomyomas in the first trimester of pregnancy: an ultrasound-screening study. *Obstet Gynecol.* 2009;113:630-635.

3. Адамян Л.В. Миома матки. Диагностика, лечение и реабилитация, М.: Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, 2015. 100 с.

4. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология. М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2012. 264 с.

5. Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, et al. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:357-366.

6. Pritts EA, Parker WH & Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril.* 2009;91:1215-1223.

7. Chen YH, Lin HC, Chen SF, et al. Increased risk of preterm births among women with uterine leiomyoma: a nationwide population-based study. *Hum Reprod.* 2009;24:3049-3056.

8. Lai J, Caughey AB, Qidwai GI, et al. Neonatal outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25:710-713.
9. Conti N, Tosti C, Pinzauti S, et al. Uterine fibroids affect pregnancy outcome in women over 30 years old: role of other risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013;26:584-587.
10. Shavell VI, Thakur M, Sawant A, et al. Adverse obstetric outcomes associated with sonographically identified large uterine fibroids. *Fertil Steril.* 2012;97:107-110.
11. Ciavattini A, Clemente N, Delli Carpini G, et al. Number and size of uterine fibroids and obstetric outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015;28:484-488.
12. Stout MJ, Odibo AO, Shanks AL, et al. Fibroid tumors are not a risk factor for adverse outcomes in twin pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208:68 e61-65.
13. Metwally M, Farquhar CM & Li TC. Is another meta-analysis on the effects of intramural fibroids on reproductive outcomes needed? *Reprod Biomed Online.* 2011;23:2-14.
14. Deveer M, Deveer R, Engin-Ustun Y, et al. Comparison of pregnancy outcomes in different localizations of uterine fibroids. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2012;39:516-518.
15. Lam SJ, Best S & Kumar S. The impact of fibroid characteristics on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211:395 e391-395.