**Всероссийский конкурс «Будьте здоровы» (для студентов- медиков)**

**Статья. Тема материала: Миома матки при беременности**

Долгих Дарья – обучающаяся ЕТЖТ- филиал РГУПС

Куратор: Ершова Екатерина Сергеевна – преподаватель высшей категории ЕТЖТ - филиал РГУПС, город Елец, Липецкой области

**Миома матки при беременности**

**Миома матки при беременности** — это доброкачественное объемное образование миометрия, возникшее до начала гестации и способное осложнить ее течение. У большинства пациенток клиническая симптоматика отсутствует. При крупных неоплазиях заболевание может проявляться тяжестью в нижней части живота, запорами, учащением дефекации и мочеиспускания, отечностью ног и гениталий. Диагностируется с помощью УЗИ матки. Для консервативного лечения миоматозных узлов используют спазмолитики, токолитики, антиагреганты. При наличии показаний возможно выполнение консервативной миомэктомии.

## Почему миома матки растет во время беременности?

Миома матки в большинстве случаев не мешает наступлению беременности. Более того, многие женщины даже не знают о наличии у них образования до тех пор, пока не сделают УЗИ в ожидании малыша. И тут начинаются страхи. Что будет с ребенком? Не помешает ли ему миома? Будет ли она увеличиваться в размерах вместе с маткой и плодом? Образование и рост миомы связаны со сложным механизмом взаимодействия стероидных гормонов и их рецепторов в мышечном слое матки — миометрии. Процесс вынашивания малыша сопровождается активным всплеском в работе эндокринной системы матери. Увеличение концентрации эстрогенов и прогестерона активирует клеточное деление. Это не может не отразиться на состоянии миомы. С началом беременности меняется содержание половых стероидных гормонов в местном кровотоке матки. В первые 8 недель растет количество и объем клеток, входящих в состав миоматозных узлов. Эти процессы носят название гиперплазии и гипертрофии.

Как миома матки влияет на беременность и роды?

Далеко не каждая миома опасна для мамы и малыша. Примерно у 10–30% беременных развиваются различные осложнения во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Выраженность последствий в большинстве своем зависит от локализации миомы. Также имеет значение количество узлов, размер, наличие ножки или широкого основания. Множественная миома или большая опухоль на ножке — это неблагоприятный фактор. Усугубляет течение беременности и подслизистая миома на широком основании, если она расположена под плацентой.

Таким образом, выделяют 2 группы риска развития осложнений во время беременности:

**В группу низкого риска входят женщины**

* до 35 лет;
* с субсерозным расположением узлов;
* с небольшими размерами интерстициальных узлов — до 5 см в диаметре.

**К группе высокого риска относят мам:**

* первородящих в возрасте 35 лет и старше;
* с межмышечным расположением больших узлов — исходная величина матки до наступления беременности соответствует размерам на сроке 10–13 недель;
* с центрипетальным ростом узлов, которые деформируют полость матки;
* с субмукозным и шеечным расположением узлов;
* с признаками нарушения кровообращения в узле;
* с выраженной миоматозной трансформацией матки;
* с прикреплением плаценты в проекции узла.

## **Причины**

Специалисты в сфере [гинекологии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/gynecology/) предлагают ряд теорий образования миоматозных узлов, однако на сегодняшний день причины развития миомы у небеременных и беременных женщин продолжают уточняться. По мнению многих авторов, предрасполагающими факторами к началу неопластических процессов в миометрии вне зависимости от наличия гестации являются:

* **Дисгормональные расстройства**. Дисбаланс половых гормонов наблюдается при заболеваниях яичников ([хронических оофоритах](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/chronic-oophoritis), [аднекситах](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/adnexitis), кистах, [эндометриозе](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/endometriosis)), нарушениях гипоталамо-гипофизарной регуляции, эндокринной патологии ([сахарном диабете](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/diabetes_saharniy), [гипотиреозе](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/hypothyroidism), [аутоиммунном тиреоидите](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/autoimmune-thyroiditis), заболеваниях надпочечников), избыточной массе тела.
* **Посттравматические изменения волокон миометрия**. У пациенток, ранее перенесших аборты, диагностические выскабливания, операции на матке, другие инвазивные процедуры возможно повышение пролиферативной активности клеток мышечного слоя. Преобладание процессов неогенеза над апоптозом способствует образованию гладкомышечных узлов (миом).
* **Отягощенная наследственность**. Доказана роль генетических мутаций в развитии патологии. Хромосомные аберрации выявляются у 30-73% больных. Миоматоз чаще обнаруживается при точечных аберрациях генов ESR1, ESR2, при которых изменяется чувствительность эстрогеновых рецепторов, и MED12, влияющего на синтез белка-регулятора активности других генов.
* Дополнительным фактором риска у беременных становится изменение уровня половых гормонов в локальном кровотоке матки, направленное на поддержание гестации. По данным наблюдений, в первые 8 недель гестационного срока усиливается гиперплазия и гипертрофия клеток миометрия, что сопровождается ростом опухоли. Определенную роль могут играть нарушения на центральном уровне нейрогуморальной регуляции, связанные с психологической реакцией на беременность и более выраженные у тревожно-мнительных женщин.

## **Симптомы**

При отсутствии осложнений заболевание у беременных, особенно на начальных этапах, протекает бессимптомно и выявляется случайно во время планового УЗИ-скрининга. При наличии крупных миом возможно ощущение дискомфорта, давления, тяжести внизу живота, несоответствие окружности живота сроку беременности. Учащение мочеиспускания, запоры или более частые позывы к дефекации, отеки ног, наружных гениталий, появление [геморроя](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_proctology/hemorrhoids), вызванные сдавливанием подсерозной [опухолью мочевого пузыря](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/bladder-tumor), прямой кишки и магистральных вен, большинство пациенток связывают с развитием беременности или заболеваниями гестационного периода ([варикозной болезнью](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_phlebology/varices), [вульварным варикозом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/vulvar-varicosities)).

## **Осложнения**

Вероятность осложненного течения заболевания повышается при наличии узлов размерами свыше 5-7 см, их локализации в области шейки, перешейка, нижней части тела матки, множественном миоматозе, размещении плаценты в проекции новообразования. В 42-58% случаев при миоме отмечается угроза спонтанного [раннего выкидыша](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/early-miscarriage), риск [преждевременных родов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/preterm-birth) достигает 12-25%. Возможно возникновение таких акушерских осложнений, как фетоплацентарная недостаточность с [задержкой развития плода](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/IUGR), [низкое расположение плаценты](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/low-placenta), ее [преждевременная отслойка](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/placental-abruption) при нормальной локализации, плотное прикрепление или истинное [приращение плацентарной ткани](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/placenta-accreta).

Деформация опухолью полости матки способствует формированию аномалий костной системы плода и его неправильному предлежанию. У некоторых беременных подслизистая неоплазия препятствует прохождению ребенка по родовым путям. В родах у пациенток с миомами чаще наблюдается [слабость родовых сил](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/delivery-weakness), [дискоординированная родовая деятельность](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/discoordinated-labor), возможны [разрывы матки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/uterine-rupture) и ее шейки, гипотонические кровотечения, послеродовая [субинволюция матки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/uterine-subinvolution). При наличии миом частота мертворождений увеличивается вдвое. Основными неакушерскими осложнениями миоматоза при беременности являются [некроз узла](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/myomatous-node-necrosis), перекрут его ножки. Риск малигнизации неоплазии в гестационном периоде минимальный.

## **Диагностика**

Диагноз миомы матки при беременности устанавливается на основе типичных жалоб, гинекологического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований. Благодаря опросу женщины врач выявляет факторы риска, определяет длительность течения заболевания, а также анализирует жалобы беременной. Тщательно собранный анамнез позволяет с высокой точностью заподозрить наличие и характер миомы матки. При влагалищном осмотре матка пальпируется в виде плотного бугристого образования, увеличенного в размерах. Такие трансформации с женским органом объясняются наличием миоматозных узлов и зависят от их количества и расположения. Диагностика подслизистых узлов во время влагалищного исследования не представляется возможной. С помощью лабораторных исследований оценивают общее состояние организма и степень тяжести осложнений. Ведь миома матки может нарушать функционирование смежных органов и приводить к анемизации женщины. Для этого необходимо сдать клинический и биохимический анализы крови, коагулограмму и общий анализ мочи. «Золотым стандартом» диагностики миомы матки является ультразвуковое исследование. УЗИ позволяет не только обнаружить миому, но и подсчитать количество узлов, их размер, локализацию и отношение к плацентарной площадке, а также зафиксировать дистрофические и некротические изменения в узлах. Дополнительные УЗИ вне установленных сроков во время беременности выполняют строго по показаниям. Для того чтобы спрогнозировать возможный рост узла во время беременности, выполняют УЗИ с допплерометрией для оценки кровотока миомы.

## **Прогноз и профилактика**

От 60 до 90% беременностей при миоме матки протекают без осложнений. В 49-60% случаев маленькие узлы практически не изменяются в размерах, в 22-32% отмечается увеличение объема опухоли на 12-25%, у 8-27% беременных новообразование уменьшается в третьем триместре на 5-10%. У части пациенток миомы размерами до 5 см полностью рассасываются в послеродовом периоде. При наличии миомы женщине, которая планирует беременность, необходимо пройти курс консервативного лечения для уменьшения размера узлов или удалить их хирургически при наличии соответствующих показаний. Для предупреждения осложнений рекомендована ранняя [постановка на учет](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pregnancy-counseling/registration) в женской консультации, динамическое наблюдение акушера-гинеколога с проведением плановых и неплановых УЗИ для оценки состояния опухоли и плода

## **Лечение миомы матки при беременности**

Выбор программы лечения зависит от состояния пациентки и степени развития патологии. Гинекологи разрабатывают курс терапии, способствующий:

* Сохранению беременности вплоть до 39 недели;
* Здоровью и нормальному развитию малыша;
* Нормализации кровоснабжения плода;
* Восстановлению нормального состояния пациентки.

Выбирают консервативное и радикальное лечение. Если патология развивается относительно медленно, врачи назначают терапию медикаментами: внутривенно, внутримышечно, перорально. Гинекологи для сохранения здоровья малыша и матери выбирают препараты:

* снижающие тонус матки;
* нормализующие кровообращение;
* против преждевременных родов (токолитики);
* уменьшающие риск развития фетоплацентарной недостаточности;

Витаминные комплексы (магний В6) помогают укрепить организм пациентки и ребенка. Если новообразование не поддается медикаментозной терапии и узлы достигают больше 5 см в диаметре, гинекологи прибегают к радикальным методам терапии: опухоли удаляют. Врачи выбирают малоинвазивные методы: лапароскопию, гистероскопию. В сложных случаях врачи перекрывают маточные артерии, сшивая их, чтобы предотвратить кровоснабжение опухолей. Родоразрешение происходит естественным путем, если риск развития осложнений минимален. В остальных случаях акушеры прибегают к кесареву сечению.