

УДК 618.3-06:618.14-006.36

DOI: 10.54503/0514-7484-2024-64.4-16

Миома матки и беременность: дискуссионные аспекты**В.Г. Фролов¹, А.С. Хачатрян^{1,2}, М.А. Симонян²,
В.А. Тер-Минасян³, Г.К. Базилян³**¹Медицинский центр «Астхик»

0032, Ереван, ул. Даниела Варужана, 28/1,

²ЕГМУ им. М. Гераци, кафедра акушерства и гинекологии № 2

0025, Ереван, ул. Корюна, 2

³Национальный институт здравоохранения им. С.Х. Авдалбеяна

0051, Ереван, пр. Комитаса, 49/4

Ключевые слова: миома матки, частота встречаемости, осложнения беременности, кесарево сечение, миомэктомия

Миома матки (ММ) является наиболее частой доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы, с существенно более низкой частотой во время беременности. Это может быть обусловлено тем, что ММ связана с бесплодием и низкими показателями имплантации после экстракорпорального оплодотворения [15].

Распространенность ММ во время беременности колеблется от 0,1 до 3,9%, однако истинный показатель может быть значительно выше. В настоящее время четко прослеживается тенденция к возрастанию частоты диагностики ММ во время беременности, в основном из-за концепции отсрочки деторождения, а также постоянного увеличения частоты кесарева сечения, что приводит к большему количеству случайных находок бессимптомных ММ [4].

Именно благодаря тому, что ММ часто бывает бессимптомной, по мнению некоторых авторов, реальная частота ассоциации ММ и беременности может колебаться в интервале 3–12% [23]. При этом частота диагностирования ММ во время беременности увеличивается с возрастом женщины [33].

ММ – гормонозависимые опухоли и естественным выглядит предположение об их значительном росте во время беременности. Но на самом деле большинство из ММ не меняют размер и только 30 % из них увеличиваются в ответ на гормональные изменения во время беременности [48].

Согласно данным других авторов, размер ММ увеличился в 60% наблюдений, а рост во время беременности составил 25% [12].

Несмотря на гормонозависимый характер ММ, в наблюдениях их рост, вероятно, имеет нелинейный характер. Эту особенность можно объяснить тем, что, помимо плацентарных эстрогенов и прогестерона, ряд эндокринных и

паракринных факторов влияют на кровоснабжение ММ, скорость роста и риск дегенерации в течение гестационного и послеродового периодов [16].

На малых сроках беременности наблюдается увеличение ММ. Это явление связано с быстрым ростом прогестерона. Максимальный рост приходится на срок до 8 недель. Именно в этот период может произойти выкидыш из-за разрастания миомы. После 8 недель блокируется гиперплазия клеток, и ММ временно прекращает свой рост. Однако в дальнейшем может наблюдаться рост из-за отека тканей или гемодинамических нарушений. Следующий скачок наблюдается на 12–24 неделе, что связано с формированием плаценты. В III триместре ММ стабилизируется в размерах за счет снижения уровня прогестерона [7].

В рассматриваемом аспекте следует отметить, что пер- и полифторалкильные вещества (группа синтетических фторорганических химических соединений, которые имеют несколько атомов фтора, присоединенных к алкильной цепи – ПФАС) нарушают гормональную сигнализацию и могут влиять на рост ММ. Изучено влияние 7 ПФАС на размеры и количество ММ с рассмотрением кислот: перфторгексансульфоновой (ПФГС), перфтороктансульфоновой (ПФОС), перфтордекановой (ПФДК), перфторундекановой (ПФУнДК). Исследование проводилось на 10–13-й неделе беременности у 2621 женщины. Частота диагностирования ММ составила 9,4%. ПФАС не были связаны с изменениями количества ММ, но влияли на размеры в зависимости от исходного объема. Среди женщин с небольшим объемом ПФАС были связаны с ростом миомы: каждое удвоение концентраций ПФГС и ПФОС приводило к росту на 3,6% еженедельно. Среди женщин со средним объемом ПФАС были связаны с уменьшением размеров: удвоение концентраций ПФАС, ПФДК и ПФУнДК было сопряжено с еженедельным уменьшением объема ММ на 1,9% [35].

Рост ММ может зависеть и от срока гестации. Согласно данным некоторых исследований, при росте ММ на 71,4% увеличение размеров установлено в течение I и II триместров, из которых 66,6% продолжают расти и в III триместре. Имеет значение также паритет и возрастной фактор: первобеременные старше 30 лет имеют более высокий риск роста ММ во время беременности по сравнению с повторнородящими. После родов размер ММ значительно уменьшается у 72% женщин. В послеродовом периоде в течение шести месяцев объем ММ может уменьшиться на 50% [40].

Высказано мнение, что изменения размеров ММ в течение гестационного процесса зависят от ее размера непосредственно перед беременностью. ММ размерами менее 1 см имеют тенденцию к увеличению в объеме; не подвергаются изменениям узлы от 1 до 3 см; узлам размерами 3 см и более присуща тенденция к уменьшению. При этом рост отмечен в основном в I триместре и, что интересно, около 10–12% ММ регрессируют [23].

Возрастной фактор и размеры ММ отмечают и другие авторы. По мере увеличения возраста женщины частота диагностирования ММ растет, а пик заболеваемости приходится на возраст от 35 до 49 лет. ММ диаметром менее 5

см, как правило, остаются стабильными или уменьшаются в размере, тогда как более крупные (более 5 см) имеют тенденцию к росту во время беременности. Многие женщины не имеют симптомов; поэтому большой процент ММ не диагностируется. Это искажает фактическую статистику заболеваемости [44].

Консенсусным представляется мнение о том, что большинство ММ небольшие (менее 5 см) и сохраняют стабильный размер, но 30% ММ увеличиваются в ответ на гормональные изменения при беременности, а большинство из них обычно регрессируют после родов [43].

Таким образом, беременность оказывает изменчивое и непредсказуемое влияние на рост ММ [26].

Согласно имеющимся данным, ММ может повышать риск некоторых осложнений и неблагоприятных исходов беременности. Хотя причинно-следственная связь между миомой и самопроизвольным абортом сомнительна, наличие множественных подслизистых образований может повышать риск самопроизвольного прерывания беременности [16]. Именно подслизистое расположение узла и прикрепление плодного яйца в непосредственной близости от ММ или непосредственно над ней считается важным фактором возрастания частоты самопроизвольных выкидышей и замершей беременности. Это связано с тем, что при отмеченной локализации ММ нарушаются процессы имплантации и формирования плаценты, что приводит к отслойке плодного яйца, гипотрофии плода, прекращению развития беременности [29].

В случаях крупных, множественных, подслизистых или субсерозных ММ, узлов на ножке и с локализацией в нижнем сегменте 20% беременностей закончились самопроизвольными абортами [37]. Однако имеется точка зрения о том, что большинство ММ не увеличивают частоту выкидышей [43].

Распространенность ММ, приводящих к осложнениям беременности, по данным некоторых авторов, составляет 0,8%. Отмечена повышенная частота преждевременных родов (ПР), преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ) и неправильного предлежания плода. Подчеркивается, что в основном ММ протекают бессимптомно, риск осложнений зависит от локализации узлов и возрастает с увеличением их размера и количества [18].

Нет однозначного мнения о частоте ПР у женщин с ММ. При обследовании 2,1 млн беременных ММ диагностирована в 1,5% наблюдений (у 27,1% – интрамуральная, у 7,5% – субмукозная и у 65,4% – субсерозная). Частота ПР была выше у пациенток с ММ по сравнению с беременными без миоматозных узлов. Данная особенность установлена на всех пороговых значениях гестационного возраста: менее 37 недель – 20,1% против 13,3%; менее 34 недель – 10,1% против 5,7%; менее 28 недель – 4,5% против 2,4%; менее 24 недель – 2,2% против 1,4% ($p < 0,001$). Эти результаты сохранились и после учета сопутствующих факторов. Интрамуральные и субмукозные узлы были в значительной степени связаны с ПР на всех сроках гестации, за исключением беременности менее 24 недель [27].

Среди 65 950 обследованных беременных у 4421 (6,7%) была диагностирована ММ. Частота ПР (до 37 недель) составила 8,6%. Наличие ММ было связано с возрастанием риска ПР по сравнению с наблюдениями без ММ: 1 узел – 12,8% против 8,2%; 2 узла – 12,7% против 8,2%; более 3 узлов – 18,5% против 8,2%. При рассмотрении размеров ММ установлены следующие особенности: менее 5 см – 12,4% против 8,2%; 5–10 см – 15,5% против 8,2%; более 10 см – 21,4% против 8,2%, то есть увеличение размера ММ было связано с возрастанием частоты ПР [24].

В других публикациях авторы, не рассматривая количественные характеристики ММ, отмечают, что частота ПР при наличии ММ достигала 16,4% [17].

В широком анализе 18 исследований, включающих 276 172 наблюдения, установлено, что беременные с ММ имели более высокий риск ПР по сравнению с женщинами без ММ ($p < 0,01$). При этом риск ПР зависел от срока гестации и снижался по мере увеличения гестационного возраста. Кроме того, беременные с ММ, по мнению авторов, подвергались более высокому риску ПИОВ, неправильного предлежания плода, отслойки плаценты, более низкой массы тела новорожденного, а также более высокой частоты кесарева сечения [41].

Однако имеются и противоположные точки зрения. Так, из 24 800 беременных у 62 (0,3%) была диагностирована ММ, ассоциированная с осложнениями гестационного процесса. При сравнении исходов беременности у женщин с размерами ММ более 5 см с таковыми у пациенток без ММ не установлено статистически значимой разницы не только в частоте ПР ($p = 0,381$), но и ПИОВ ($p = 0,536$), неправильного предлежания плода ($p = 0,237$), задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) ($p = 0,059$) и патологического течения послеродового периода ($p = 0,296$). Среди женщин с ММ значительно выше была частота послеродового кровотечения ($p = 0,018$), наиболее частой причиной которого была атония матки ($p = 0,007$); кесарева сечения ($p = 0,002$) [5].

Ретроспективное когортное исследование беременных с одиночной ММ размерами менее 5 см, диагностированной до зачатия, и пациенток без ММ не установило значимой разницы с точки зрения неблагоприятных исходов беременности [12].

Сообщается, что частота выявления ММ была практически идентичной у женщин с ПР и срочными родами (10,2% против 10,3%). ММ не была связана с повышенным риском ПР. Причем данный вывод не зависел от количества узлов и их локализации. Авторы считают необходимым пересмотреть мнение о том, что ММ служит одним из основных факторов риска ПР [45].

Аналогичной точки зрения придерживаются и другие исследователи. Из 110 беременных с ММ большинство пациенток родили в срок (80,9%). Основным осложнением во время беременности служила угроза ПР (21,8%), тогда как послеродовое кровотечение отмечено в 9,1% случаев, а у 42,7% пациенток ММ была бессимптомной на протяжении всей беременности. Неонатальная смертность имела место в 1,82% случаев. Срок родов не зависел от таких ха-

рактистических миомы, как ее тип ($p=0,663$), локализация ($p=0,552$) и количество узлов ($p=0,112$). Аналогичным образом, частота осложнений беременности также не зависела от отмеченных характеристик миомы ($p>0,05$) [15].

Пристального внимания заслуживают сообщения о возрастании частоты гипертонических расстройств у беременных с ММ. Так, из 2277 беременных у 10,6% диагностирована ММ, из которых у 2,0% развилась гипертоническая болезнь. Частота отмеченного заболевания у женщин с ММ и без нее составила 5% и 1,6% соответственно. Многофакторный анализ позволил установить, что наличие ММ было связано с повышенным риском гипертонии (скорректированное значение: 2,95; 95% доверительный интервал: 1,35–6,44). Исследователи заключают, что ММ, диагностированная на ранних сроках беременности, связана с повышенным риском гипертонических расстройств [14].

К аналогичным выводам пришли и другие авторы, сообщая что у 12% беременных без ММ и у 17% пациенток с ММ имели место гипертонические нарушения. В многомерном анализе с поправкой на потенциальные факторы риска шансы гипертонических расстройств были на 39% выше у женщин с ММ по сравнению с теми, у кого ее не было ($p=0,03$). Не установлено связи между количеством узлов или общим объемом ММ и риском развития гипертонических расстройств [13].

Приведенные данные подтверждены в широкомасштабных 15 исследованиях с общим количеством участников 1 373 643, из которых 64890 – женщины с ММ. Определено, что пациентки с ММ имели значительно более высокий риск гипертонических расстройств во время беременности по сравнению с женщинами без ММ. Учет возраста, индекса массы тела статистически значимо не изменял связи между ММ и риском гипертонических расстройств во время беременности [38].

Сформулированы рекомендации о ведении беременности с ММ, поскольку рассматриваемая патология обуславливает возрастание риска развития преэклампсии во II и III триместрах [21, 22].

ММ обуславливает значительное возрастание частоты кесарева сечения. Крупные узлы, особенно при расположении в нижнем сегменте, могут быть причиной неправильного положения плода и служить механическим препятствием для его рождения. В таких случаях возникает необходимость в проведении кесарева сечения. При ММ часто наблюдаются аномалии родовой деятельности, что тоже может служить показанием для оперативного родоразрешения [29, 47]. В одном из исследований сообщается, что частота кесарева сечения при ММ достигала 68,6%. Показаниями к проведению абдоминального родоразрешения в этих наблюдениях служили аномалии родовой деятельности (14,3%), диспропорция головки плода и таза матери (20%), неправильное предлежание плода (тазовое или поперечное) (28,6%) и предлежание плаценты (5,7%) [37].

Отдельного рассмотрения заслуживает влияние ММ на состояние новорожденного. Сообщается, что у женщин с ММ новорожденные в 32,61% наб-

люждений имели низкую массу тела при рождении. При наличии множественных узлов в 21,43% имела место асфиксия. При этом не было выявлено значительной разницы в исходах для плода между группами с одной и несколькими ММ ($p>0,05$) [44]. В других работах низкая масса тела при рождении отмечается в 25,7% наблюдений, а асфиксия – в 11,4%. 8,6% новорожденных имели низкую оценку по шкале Апгар на 5-й минуте [37].

В то же время приведены данные о том, что средняя масса тела при рождении не зависит от наличия ММ. Однако, по сравнению с беременностями без фибромиомы, новорожденные от беременностей с одной фибромой имели на 0,3 см большую окружность головы; с множественными фибромами – на 0,3 см большую окружность руки; а с небольшим объемом фибромиомы – на 0,7 см большую окружность головы, на 0,4 см большую окружность руки и на 0,7 см большую окружность бедра. Не установлено доказательств того, что фибромы негативно влияют на рост плода, напротив, фибромы были связаны с увеличением окружностей головы, рук и бедер [36].

Несмотря на приведенные противоречия, большинство авторов сходятся во мнении, что ММ могут повышать риск ряда осложнений, связанных с дородовым, интра- и послеродовым периодами: предлежание плаценты и преждевременная отслойка плаценты, дородовое кровотечение, острый живот, преждевременные роды, неправильное положение и диспропорция плода, задержка плаценты, красная дегенерация, аномалии родовой деятельности, преэклампсии, ПИОВ, послеродовое кровотечение, задержка продуктов зачатия, ЗВУР, внутриутробная гибель плода. Эти осложнения чаще наблюдаются при крупных, множественных и субмукозных ретроплацентарных фибромах [30, 32, 44]. Причем некоторые исследователи сообщают, что при ММ холестаз беременности был наиболее распространенным сопутствующим заболеванием (20%), за ним следовала гестационная гипертензия (18%), далее следовал гипотиреоз (16%), а наименее распространенным был гестационный сахарный диабет (2%) [25].

Дискутабельным остается вопрос о целесообразности проведения миомэктомии у беременных и во время кесарева сечения.

Вопрос о необходимости миомэктомии при беременности может возникать в наблюдениях с быстрым и значительным ростом ММ в I и II триместрах с болевыми проявлениями. Ультразвуковое исследование при этом свидетельствует о гетерогенных изменениях в фокальных трансзвуковых областях в ММ, которые являются характеристиками, указывающими на некроз фибромы [19]. ММ во время беременности склонна к различным видам дегенерации, но красная дегенерация является наиболее распространенной и одним из неотложных состояний, которые в тяжелых случаях могут привести к неблагоприятным исходам беременности [33].

Консервативное лечение в отмеченных ситуациях является приоритетным. Если консервативное лечение не помогает и симптомы нарастают, можно провести миомэктомию, что связано с серьезными рисками кровотечения, раз-

рыва матки, выкидыша и преждевременных родов. Миомэктомию во время беременности следует рассматривать в случаях симптомной ММ, не поддающейся консервативному лечению, или при больших или быстрорастущих узлах, больших или средних миомах, расположенных в нижнем сегменте матки или деформирующих плацентарную площадку, после соответствующего консультирования пациентки относительно связанных с этим рисков [48].

Рекомендуется при больших ММ (8 см и более) при угрозе прерывания беременности и с болевыми проявлениями использование pessaria “Arabin” или цервикального серкляжа в сочетании с микронизированным прогестероном. Данная методика позволила пролонгировать беременность до оптимальных сроков у 90% беременных женщин с большими ММ [10].

В случаях, когда консервативные методы не позволяют корректировать осложнения, допускается хирургическое вмешательство с целью удаления ММ. Так, после отмеченной операции, проведенной на 14–16-й неделе беременности, в 14,3% наблюдений отмечено самопроизвольное прерывание беременности, а у 32,1% – угроза ПР. 85,7% женщин родили в срок (в среднем 38,2 гестационных недель), причем 54,2% через естественные родовые пути, с нормальной массой тела плода и оценкой по шкале Апгар [8].

Решение о выполнении миомэктомии во время беременности должно быть строго определено, так как вмешательство сопряжено с серьезными рисками обусловленными возросшим объемом миометрия и возрастанием его кровоснабжения. Последнее приводит к риску геморрагических осложнений с последующей интраоперационной гистерэктомией. Миомэктомия при беременности может привести к преждевременным родам, расхождению рубца на матке, инфекционным осложнениям. Отмеченные осложнения чаще встречаются при удалении субмукозных или множественных интрамуральных ММ [3].

Показаниями для миомэктомии во время беременности служат: некроз миоматозного узла с последующей воспалительной перитонеальной реакцией; перекрут ножки узла; спонтанный разрыв дегенерировавшей миомы; стойкий болевой синдром, не поддающийся консервативному лечению в течение 72 часов; быстрый рост миомы с возможной малигнизацией; крупные миоматозные узлы, вызывающие деформацию места плацентации; крупные миоматозные узлы, вызывающие сдавление смежных органов с кишечной непроходимостью или субнепроходимостью [34, 39].

Некоторые исследователи абсолютными противопоказаниями к миомэктомии во время беременности считают наличие интрамуральных миоматозных узлов с деформацией полости матки и/или смещение крупных сосудов [11, 12, 31].

Высказано мнение, что оптимальным доступом при необходимости удаления миоматозных узлов, сопряженных с беременностью, служит лапаротомия, которая может рассматриваться в случаях с тяжелыми осложнениями, когда другие методы лечения не дали результата и существует высокий риск неблагоприятных исходов для матери и плода. Наиболее бережным считается

энуклеация узлов миомы, которая может быть выполнена на любом сроке беременности, но оптимально ее проведение после окончательного формирования плаценты – после 16-й недели. Энуклеация целесообразна при субсерозных узлах, но не при интерстициальном их расположении [3, 8].

Традиционной считается тактика ведения беременности, направленная на пролонгирование беременности и отсрочку удаления ММ до послеродового периода или позже для инволюции матки и сокращения миомы, что позволит минимизировать время операции и связанную с ней потерю крови с потенциальными рисками самопроизвольного выкидыша, плацентарной дисфункции, неправильного предлежания плода и ПР, особенно при субмукозных и интрамуральных ММ. Оптимальным представляется миомэктомия на 3–6-м месяце после родов [4].

Что касается миомэктомии при проведении операции кесарева сечения, то, согласно данным некоторых авторов, частота миомэктомии во время кесарева сечения составила 24,5%. При этом уровни гемоглобина статистически не различались у пациенток с миомэктомией во время кесарева сечения и без таковой [46].

Однако считается, что удаление миоматозных узлов связано с риском массивного неконтролируемого кровотечения, гемотрансфузии, релапаротомии [28]. Вероятность кровотечения существенно выше при больших размерах опухоли (более 5,5–7,5 см), интрамуральном расположении и множественных узлах. Но и без миомэктомии подобные узлы увеличивают риск периоперационного кровотечения, что требует специальной подготовки [42]. Исходя из отмеченного, женщинам с большими ММ (более 5 см) рекомендуется проводить миомэктомию до зачатия [5].

Удаление во время кесарева сечения небольших миоматозных узлов (менее 5 см), расположенных по передней стенке, субсерозных или на ножке считается относительно безопасным. В остальных случаях при необходимости миомэктомии крайне важны выполнение операции опытными хирургами и возможность использования эффективных методов контроля гемостаза (кисетный шов, U-образный шов, перевязка маточных или подвздошных артерий, применение современных утеротоников) [28]. Субсерозные ММ на ножке должны всегда удаляться [22].

Миомэктомия при проведении кесарева сечения имеет ряд преимуществ, среди которых снижение количества последующих оперативных вмешательств с целью удаления миоматозных узлов. Однако решение о проведении миомэктомии во время беременности и оперативных родов является сложной задачей и не должно носить повсеместного характера [46].

Таким образом, миомэктомия во время кесарева сечения является распространенным, хотя и спорным, хирургическим методом лечения ММ, который считается достаточно безопасным в тщательно отобранных случаях при соблюдении всех показаний и противопоказаний [9].

Среди вероятных осложнений гестационного процесса, ассоциированного с ММ, необходимо отметить возможность врастания плаценты в миоматозный узел, частота которого может достигать 5%, что требует расширения объема операции [1].

Госпитализация беременных с ММ для определения тактики ведения родов должна проводиться на 36–37-й неделе беременности [2].

Таким образом, ММ во время беременности обычно протекает бессимптомно, осложнения возникают в 10–30% случаев. Связь между ММ и неблагоприятными исходами беременности до конца не изучена [20, 23]. Для проведения сравнительного анализа частоты осложнений беременности при ММ и получения однозначных результатов необходимо учитывать такие характеристики ММ, как количество, размер и локализация узлов [24]. Для оценки характера роста ММ и их реального влияния на акушерские исходы будущие исследования должны включать женщин с ММ, диагностированными до беременности, и проспективно наблюдать за ними на протяжении всей беременности и послеродового периода [16].

Обобщая приведенные данные современной литературы, можно заключить, что беременных с ММ следует относить к группе высокого риска по неблагоприятным исходам беременности [6]. Ранняя диагностика ММ, индивидуальный подход позволяют не только выносить беременность, но и при наличии небольших узлов проводить роды через естественные родовые пути. Пролонгирование беременности при выявлении крупных и гигантских ММ допустимо, но роды в этих наблюдениях следует проводить только путем кесарева сечения с последующей миомэктомией в высококвалифицированных учреждениях, где возможно проведение органосохраняющих операций, а при необходимости и гистерэктомии. В настоящее время как миомэктомия при проведении кесарева сечения, так и миомэктомия во время беременности имеют место в современном акушерстве [7].

Поступила 30.08.24

Արգանդի միոմա և հղիություն. վիճելի ասպեկտներ

**Վ.Գ. Ֆրոլով, Ա.Ս. Խաչատրյան, Մ.Ա. Սիմոնյան,
Վ.Ա. Տեր-Մինասյան, Գ.Կ. Բազիկյան**

Հետազոտության մեջ ներկայացված են արգանդի միոմայի առկայության պայմաններում հղիության ընթացքի առանձնահատկությունների վերաբերյալ ժամանակակից հայացքները: Առկա են տվյալներ հղի կանանց շրջանում արգանդի միոմայի ախտորոշման հաճախականության, ինչպես նաև արգանդի միոմայի ֆոնին հղիությունների հաճախականության աճի մասին: Ներկայացված են գեստացիոն գործընթացի վրա արգանդի միոմայի ազդե-

ցության բնույթի վերաբերյալ արդի գիտական կարծիքները: Հետազոտությունների արդյունքները հակասական են: Դիտարկված են արդիական և քրննարկվող ասպեկտներ: Չնայած նշված հակասություններին՝ հեղինակների մեծամասնությունը համակարծիք է, որ արգանդի միոման կարող է բարձրացնել մի շարք բարդությունների ռիսկը՝ կապված նախածննդյան, ծննդաբերական և հետծննդաբերական ժամանակաշրջանների հետ, ինչպիսիք են՝ առաջադիր ընկերք և ընկերքի վաղաժամ շերտազատում, նախածննդյան արյունահոսություն, սուր որովայն, վաղաժամ ծննդաբերություն, պտղի սխալ դիրք և դիսպրոպորցիա, ընկերքի պահպանում, կարմիր դեգեներացիա, ծննդաբերական գործունեության անոմալիաներ, պրեէկլամպսիա, պտղաթաղանթի վաղաժամ պատռում, հետծննդաբերական արյունահոսություն, բեղմնավորման արգասիքների պահպանում, պտղի ներարգանդային աճի դանդաղում և պտղի ներարգանդային մահ:

Uterine Fibroids and Pregnancy: Controversial Aspects

**V.G. Frolov, A.S. Khachatryan, M.A. Simonyan,
V. A. Ter-Minasyan, G.K. Bazikyan**

This review presents contemporary perspectives on the course of pregnancy in the presence of uterine fibroids. The data on the prevalence of uterine fibroids in pregnant women is provided. An increase in the frequency of pregnancies complicated by uterine fibroids has been noted. The opinions of modern researchers on the impact of uterine fibroids on the gestational process are discussed. The research results are contradictory and ambiguous. Relevant and debatable aspects are highlighted. Despite the contradictions, most authors agree that uterine fibroids can increase the risk of various complications associated with the antenatal, intrapartum, and postpartum periods, including placenta previa, premature placental abruption, antepartum hemorrhage, acute abdomen, preterm labor, malposition and disproportion of the fetus, retained placenta, red degeneration, abnormal labor patterns, preeclampsia, premature rupture of membranes, postpartum hemorrhage, retained products of conception, intrauterine growth restriction, and intrauterine fetal death.

Литература

1. *Коротких И.Н., Лаптева Т.Н., Кураносова И.Ю.* Анализ факторов риска, влияющих на осложненное течение беременности и исходы родов у женщин с миомой матки. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2019, т. 18, 1, с. 40–44.
2. *Тимохина Е.В., Губанова Е.В., Силаева Т.М.* Беременность с миомой матки и после миомэктомии: результаты когортного исследования. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2019, т. 6, 3, с. 132–139.

3. *Фаткуллин И.Ф., Орлов Ю.В., Фаткуллин Ф.И.* Современные подходы к тактике ведения беременности при миоме матки. Медицинский вестник Юга России. 2023, т. 14, 2, с. 44–51.
4. *Abdelhafez M.M., Ahmed K.A., Than W.W. et al.* Pregnancy-associated Leiomyomas: What is New? // Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology, 2024, vol. 16, № 1, pp. 29–33.
5. *Al Sulaimani R., Machado L., Al Salmi M.* Do large uterine fibroids impact pregnancy outcomes? // Oman Medical Journal, 2021, vol. 36, № 4, e292.
6. *Aslam I., Sharif N., Qureshi S. et al.* Fetomaternal outcome in pregnant patients with fibroids at a tertiary care hospital // The Professional Medical Journal, 2023, vol. 30, № 08, pp. 988–993.
7. *Atakhodjaeva F., Soxibova G., Ergashev U.* Management of pregnancy and childbirth in women with uterine myoma // Journal of Academic Research and Trends in Educational Sciences, 2023, vol. 2, № 1, pp. 153–159.
8. *Babunashvili E.L., Son D.Y., Buyanova S.N. et al.* Outcomes of laparotomic myomectomy during pregnancy for symptomatic uterine fibroids: a prospective cohort study // Journal of Clinical Medicine, 2023, vol. 12, № 19, p. 6406.
9. *Balogun R., Idowu O., Sanusi A. et al.* Huge Uterine Fibroid in Pregnancy Managed with Caesarean Myomectomy: A Case Report // AJFMED, 2023, vol. 2, № 3, pp. 169–172.
10. *Barinov S.V., Tirskeya Y.I., Lazareva O.V. et al.* Pregnancy outcomes in women with large uterine fibroids // The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2022, vol. 35, № 25, pp. 5369–5374.
11. *Borghese G., Raffone A., Raimondo D. et al.* Adhesion barriers in laparoscopic myomectomy: Evidence from randomized clinical trials // International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2021, vol. 152, № 3, pp. 308–320.
12. *Cagan M., Tanacan A., Donmez H.G. et al.* The effect of small size uterine fibroids on pregnancy outcomes in high-risk pregnancies // Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020, vol. 42, № 09, pp. 535–539.
13. *Cameron K., Borahay M., Hong X. et al.* Uterine fibroids and risk of hypertensive disorders of pregnancy; results from a racially diverse high-risk cohort // medRxiv., 2024, p. 2024–03.
14. *Chen Y., Lin M., Guo P. et al.* Uterine fibroids increase the risk of hypertensive disorders of pregnancy: a prospective cohort study // Journal of hypertension, 2021, vol. 39, № 5, pp. 1002–1008.
15. *Choudhary A., Inamdar S.A., Sharma U.* Pregnancy With Uterine Fibroids: Obstetric Outcome at a Tertiary Care Hospital of Central India // Cureus, 2023, vol. 15, № 2, e35513.
16. *Coutinho L.M., Assis W.A., Spagnuolo-Souza A., Reis F.M.* Uterine fibroids and pregnancy: how do they affect each other? // Reproductive Sciences, 2022, vol. 29, № 8, pp. 2145–2151.
17. *Digra M.* Obstetric Outcome of Pregnancy with Fibroids: An Observational Study // JK Science: Journal of Medical Education and Research, 2024, vol. 26№ 3, pp. 145–148.
18. *Divya L., Rani B., Adilakshmi V., Vijayalakshmi U.* Fetomaternal outcome in fibroid complicating pregnancy // International Journal of Medicine and Public Health // 2024, 14(1).

19. Don E.E., Vissers G., Landman A.J.E.M.C. et al. Preterm birth and uterine fibroid necrosis: The clinical presentation illustrated in a case series // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2024, vol. 299, pp. 156–162.
20. Eyong E., Okon O.A. Large uterine fibroids in pregnancy with successful caesarean myomectomy // *Case Reports in obstetrics and gynecology*, 2020, № 1, p. 8880296.
21. Garg R., Ismail S. Uterine fibroids association with pregnancy-induced hypertension: A case report // *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*, 2023, vol. 15, pp. 610–6111.
22. Garg R., Sharma S., Rani R., Agrawal P. Uterine Fibroid as a Cause of Severe Preeclampsia: A Case Report // *Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology*, 2024, vol. 16, № 1, pp. 60–62.
23. Gemici A., Tapisiz O.L. The meaning and management of uterine fibroids in pregnancy: a narrative review of the literature // *Gynecol. Pelvic. Med.*, 2023, 6:15.
24. Gulersen M., Krantz D., Rochelson B. et al. The association between uterine fibroid number and size and risk of preterm birth // *Am. J. Obstet. Gynecol. MFM*, 2024, 27:101415.
25. Gupta S.K. To determine the association between uterine leiomyomas and various maternal and fetal complications occurring during pregnancy, delivery and puerperium // *International Journal of Life Sciences, Biotechnology and Pharma Research*, 2023, vol. 12, № 2, pp. 833–839.
26. Haliciu A., Luduşanu A., Tecuceanu A. Uterine Fibroids and Pregnancy: How Do They Affect Each Other? // *Outcome Of A Very Rare Case Of Polyfibromatosis During PregNancy Romanian Journal of Functional and Clinical, Macro and Microscopical Anatomy and of Anthropology/Revista Româna de Anatomie Functionala si Clinica, Macro si Microscopica si de Antropologie*, 2023, 22(1).
27. Harrison R., Slesnick L., Birch M.N. et al. Uterine fibroid location and risk for preterm delivery // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2023, vol. 228, № 1, S 677–678.
28. Huang Y., Ming X., Li Z. Feasibility and safety of performing cesarean myomectomy: a systematic review and meta-analysis // *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2022, vol. 35, № 13, pp. 2619–2627.
29. Khatamova M.T. Criteria of uterine myoma during pregnancy // *Thematic Journal of Applied Sciences*, 2024, 4(1).
30. Landman A.J., Don E.E., Vissers G. et al. The risk of preterm birth in women with uterine fibroids: A systematic review and meta-analysis // *Plos one*, 2022, vol. 17, № 6, e0269478.
31. Lasmar R.B., Lasmar B.P., Moawad N.S. Hysteroscopic myomectomy // *Medicina*, 2022, vol. 58, № 11, p. 1627.
32. Li H., Hu Z., Fan Y., Hao Y. The influence of uterine fibroids on adverse outcomes in pregnant women: a meta-analysis // *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2024, vol. 24, № 1, p. 345.
33. Ling F.E., Xuan Z.H. Management of degeneration of uterine fibroids during pregnancy // *Chinese Journal of Practical gynecology and obstetric.*, 2023, vol. 39, № 4, p. 415.
34. Milazzo G.N., Catalano A., Badia V. et al. Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2017, vol. 43, № 12, p. 1789–804.

35. Mitro S.D., Sundaram R., Buck Louis G.M. et al. Associations of Pregnancy Per-and Polyfluoroalkyl Substance Concentrations and Uterine Fibroid Changes across Pregnancy: NICHD Fetal Growth Studies–Singletons Cohort // *Environmental Health Perspectives*, 2023, vol. 131, № 5, p. 057007.
36. Mitro S.D., Sundaram R., Chen Z. et al. Leiomyomata, neonatal anthropometry, and pregnancy outcomes in singleton pregnancies // *Annals of epidemiology*, 2023, vol. 80, pp. 43–52.
37. Myatra K., Kalaria D., Vaghela N. et al. Feto-maternal outcomes of pregnancy with fibroid // *IJABMS*, 2024, vol. 26A (42), pp. 1–10.
38. Nasab S., Nylander E., Gough E. et al. Uterine fibroids and hypertensive disorders in pregnancy – a systematic review and meta analysis // *Fertility and Sterility*, 2023, vol. 120, № 4, e62.
39. Parazzini F., Gerli S., Bianchi S. et al. Fibroids and Pregnancy. The Continuous Textbook of Women's Medicine Series – Obstetrics Module, vol. 6, Publisher: Global Library of Women's Medicine's, 2021.
40. Patel D.J., Chaudhari K., Acharya N. et al. Navigating Pregnancy With Uterine Fibroids: A Case Study // *Cureus*, 2024, 16(7).
41. Pérez-Roncero G.R., López-Baena M.T., Ornat L. et al. Uterine fibroids and preterm birth risk: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2020, vol. 46, № 9, pp. 1711–1727.
42. Sei K., Masui K., Sasa H., Furuya K. Size of uterine leiomyoma is a predictor for massive haemorrhage during caesarean delivery // *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* // 2018, 223:60–63.
43. Sobel M., Hobson S., Chan C. Uterine fibroids in pregnancy // *CMAJ*, 2022, vol. 194, № 22, E775.
44. Sridevi R., Padmavathy B., Soundariaeswari R.P. Fibroid complicating pregnancy – maternal and fetal outcome // *Int. J. Acad. Med. Pharm.*, 2024, vol. 6, № 3, pp. 654–657.
45. Sundermann A.C., Aldridge T.D., Hartmann K.E. et al. Uterine fibroids and risk of preterm birth by clinical subtypes: a prospective cohort study // *BMC pregnancy and childbirth*, 2021, vol. 21, pp. 1–8.
46. Țîrnovanu M.C., Lozneanu L., Țîrnovanu Ș.D. et al. Uterine fibroids and pregnancy: a review of the challenges from a Romanian Tertiary Level Institution // *In Healthcare*, 2022, vol. 10, № 5, p. 855.
47. Veerabathiran R., Muruganantham J.K. Pregnancy Complications in Women with Uterine Fibroids and the Role of Stem Cells // *Tanzania Journal of Health Research*, 2024, vol. 25, № 1, pp. 543–554.
48. Zorilă G.L., Berbecaru E.I., Istrate-Ofițeru A.M. et al. Uterine fibroids associated with pregnancy-is myomectomy during pregnancy feasible? Review and case presentation // *Obstetrică și Ginecologie*, 2023, 71(3).