

**Address for correspondence**

105 Pobediteley Avenue, 220020,  
Minsk, Republic of Belarus,  
Belarusian State University of Physical Culture  
Department of Physiology and Biological Chemistry  
Tel./ph.: +375 17 3697008,  
E-mail: rector@sportedu.by  
Rubchenya Irina Nikolayevna

**Information about authors**

Rubchenya I.N., Head of the Department of Physiology and Biochemistry, candidate of biological sciences, Ass. Professor of the EI «Belarusian State University of Physical Culture».  
Sukach Alena, lecturer in Normal Physiology, EI «Gomel State Medical University».  
Merkis A.P., sports medicine doctor of Gomel Regional Clinic of Sport Medicine.

Поступила 14.10.2019

## СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 618.14-006.36

### ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

*Н. Л. Громыко<sup>1</sup>, Т. Н. Захаренкова<sup>1</sup>, Ю. А. Лызикова<sup>1</sup>, Г. Н. Герасименко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская центральная поликлиника», филиал № 11

г. Гомель, Республика Беларусь

В статье представлен случай успешного ведения беременности у женщины с миомой матки больших размеров. Описаны основные этапы диспансеризации беременной, плановые госпитализации, проведенное лечение и особенности родоразрешения.

**Ключевые слова:** беременность, миома матки, миомэктомия во время беременности.

The article presents a case of the successful management of pregnancy in a woman with large uterine fibroids and describes the main stages of the medical examination of the pregnant woman, planned hospitalizations, performed treatment, and features of the delivery.

**Key words:** pregnancy, uterine fibroids, myomectomy during pregnancy.

**N. L. Gromyko, T. N. Zakharenkova, Yu. A. Lyzikova, G. N. Gerasimenko**  
**The Experience of the Management of Pregnancy with Large Uterine Fibroids**  
**Problemy Zdorov'ya i Ekologii. 2019 Oct-Dec; Vol 62 (4): 75-78**

Миома матки является наиболее часто диагностируемой доброкачественной гормонозависимой опухолью. В структуре гинекологической патологии частота миомы матки составляет 40–45 %. У женщин репродуктивного возраста частота выявления миомы матки составляет 30–40 % с тенденцией к росту. В последние годы отмечено увеличение числа молодых женщин, имеющих миому матки и не выполнивших в полной мере свою репродуктивную функцию [1, 2].

Сохранение овуляторных циклов при миоме матки и, как следствие, ненарушенная фертильность обуславливают увеличение числа женщин, имеющих сочетание беременности и миомы матки. Кроме того, более поздний возраст первого деторождения способствует нарушению репродуктивного здоровья женщин и накоплению сопутствующей соматической патологии. По данным ряда авторов, в

настоящее время от 10 до 12 % беременностей сочетаются с миомой матки [3, 4].

Осложнения беременности, связанные с миомой матки, включают невынашивание, неправильное положение плода, преждевременную отслойку плаценты, послеродовые кровотечения, плацентарную недостаточность. Нарушение маточно-плацентарного кровотока приводит к недостаточности второй волны инвазии трофобласта, формирует феномен «обкрадывания» маточно-плацентарного кровообращения за счет артериального кровоснабжения миоматозных узлов. По данным различных литературных источников, частота возникновения осложнений беременности, связанных с миомой матки, составляет от 10 до 30 %. Наибольший риск, как описано в них, существует для женщин с подслизистыми, ретроплацентарными, крупными и множественными миоматозными узлами [1, 3].

Рост миоматозных узлов связан со сложным многоуровневым взаимодействием стероидных гормонов и их рецепторов в миометрии и клетках опухоли, которое осуществляется посредством комплекса факторов роста, влияющих на процессы пролиферации, апоптоза и ангиогенеза [1, 5].

До настоящего времени нет однозначного мнения о влиянии беременности на рост миоматозных узлов. Часть авторов считает, что мы вправе ожидать рост миоматозных узлов в первом и начале второго триместра беременности, в третьем триместре миома не растет и может несколько регрессировать. Рост миомы в начале беременности, по данным V. Sarais et al., связан не столько с динамикой эстрогенов и прогестерона при беременности, сколько с ростом хорионического гонадотропина в крови, рецепторы которого в значительном количестве определяются в клетках миомы. Хорионический гонадотропин, экспоненциально нарастая в начале беременности, активирует факторы роста и сигнальные пути в клетках опухоли [6].

По данным других авторов, опухоль не увеличивается в размерах во время беременности и даже может регрессировать. Описаны случаи спонтанной регрессии больших миоматозных узлов после родоразрешения. Инволюция матки после родов сопровождается ишемическим повреждением клеток миометрия, к которому клетки миомы более чувствительны, что проявляется апоптозом и регрессией размеров узла [7]. Обнаружена обратная связь между паритетом беременности, грудным вскармливанием и миомой матки малых размеров [8, 9].

Столь разнонаправленное влияние беременности на рост миомы зависит от исходных размеров миомы, длительности заболевания, от индивидуальных различий в экспрессии генов опухоли, количества циркулирующих факторов роста и соотношения различных типов рецепторов миомы [8, 9].

Таким образом, возрастающая частота выявления миомы матки у женщин фертильного возраста, осложненное течение беременности, непредсказуемое влияние процесса гестации на рост миоматозных узлов ставит вопрос о возможности пролонгирования беременности при данной патологии и необходимости органосохраняющего хирургического лечения на этапе планирования беременности и во время процесса гестации. Дискуссионным остается вопрос возможных последствий консервативной миомэктомии, в том числе разрывов матки в третьем триместре и в родах [10, 11].

Еще одной контраверсионной проблемой является целесообразность и безопасность проведения миомэктомии во время кесарева сечения. Традиционно авторы не рекомендова-

ли проведение миомэктомии во время кесарева сечения, объясняя это более высоким риском массивных кровотечений и гнойно-септических осложнений, увеличением длительности операции [12]. Недавние исследования продемонстрировали отсутствие значительного увеличения периперационных осложнений при выполнении миомэктомии во время кесарева сечения. Авторы рекомендуют миомэктомию во время кесарева сечения как безопасную и целесообразную процедуру, снижающую частоту осложнений миомы в послеродовом периоде и риск повторных оперативных вмешательств [13, 14]. Таким образом, сочетание миомы матки и беременности требует повышенного внимания и индивидуального подхода при диспансеризации данной категории женщин.

#### **Случай из клинической практики**

Сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии с курсом факультета повышения квалификации и переподготовки учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» совместно с врачами филиала № 11 ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника» проведено диспансерное наблюдение за беременной с миомой матки больших размеров.

Женщина К., 1980 года рождения (38 лет), стала на учет по беременности в 7–8 недель. Миома матки впервые была диагностирована у женщины в 2015 году. В 2017 году женщине было предложено оперативное лечение миомы матки, от которого она категорически отказалась. Гормонотерапию не получала. Беременность наступила спонтанно. Прегравидарную подготовку не получала, но в беременности была заинтересована.

На момент наступления беременности у женщины были диагностированы следующие миоматозные узлы: по задней стенке матки — 11 см, по передней стенке — 4 см, по левому ребру матки — 5 см в диаметре. Размер матки достигал 17–18 недель беременности. У возрастной первобеременной К. также была выявлена сопутствующая патология: хронический пиелонефрит, артериальная гипертензия 1-й степени, ожирение 1-й степени, субклинический гестационный гипотиреоз, хронический вирусный гепатит В вне биохимической активности.

С первых дней диспансеризации был выставлен высокий риск беременности по возникновению кровотечений, инфицированию, невынашиванию, по развитию преэклампсии, плацентарной недостаточности и тромбоэмболическим осложнениям. На ранних сроках беременности проведены врачебные консилиумы, во время которых женщине было предложено прерывание беременности с последующим оперативным органосохраняющим лече-

нием миомы матки, от которого женщина категорически отказалась. Настойчивое желание женщины сохранить беременность в таких случаях обязывает врачей создавать наиболее благоприятные условия для завершения беременности как для матери, так и ребенка. В результате был составлен план ведения беременности, выработаны сроки плановых госпитализаций и профилактических мероприятий. Своевременно и по показаниям женщина была консультирована смежными специалистами, после чего была назначена антигипертензивная терапия (допегит, метопролол) и терапия для коррекции тиреоидной патологии (эутирокс).

На протяжении беременности были осуществлены плановые госпитализации: в стационар IV республиканского уровня оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи в сроках 14–15 недель, 21–22 недели и 29–30 недель; в стационар III уровня — в сроках 8–9 недель и 31–32 недели. Течение настоящей беременности осложнилось угрозой невынашивания на ранних сроках с образованием ретрохориальной гематомы, что потребовало назначения сохраняющей гормонотерапии (суспен в суточной дозировке 200 мг). В сроках 12 и 22 недели была диагностирована острая респираторная инфекция, симптоматическая терапия была эффективна. Учитывая неблагоприятное влияние миомы матки на состояние плацентарного кровотока, особенно при локализации плаценты в области миоматозного узла, трижды в течение беременности проводили терапию, направленную на улучшение кровотока, а также профилактику внутриутробной гипоксии плода (пентоксифилин, дипиридамол). С целью профилактики возникновения преэклампсии назначали аспирин в дозировке 75 мг в сутки с 16 до 36 недель беременности.

Состояние плода оставалось удовлетворительным по данным ультразвукового исследования с доплерометрией и кардиотокографии на протяжении всего периода гестации.

Пристальное внимание на протяжении всей беременности было уделено размерам миоматозных узлов, ультразвуковая оценка которых проводилась с интервалом в 4 недели. Значительной динамики роста миоматозных узлов выявлено не было. Размер наибольшего узла находился в пределах 110–118–125 мм, размер средних узлов составил 52–55–43 мм и 41–47–62 мм в динамике беременности. Отсутствие роста узлов позволило избежать консервативной миомэктомии во время беременности.

Родоразрешение беременной было проведено согласно инструкции по оказанию разноразмерной помощи в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя». В сроке 38–39 недель гестации родился мальчик с массой 2880 и ростом 47 см с оцен-

кой по шкале Апгар 8/8 баллов. Женщина была родоразрешена путем операции кесарево сечение в плановом порядке. Объем оперативного вмешательства был расширен: проведено сложное полостное хирургическое вмешательство на матке, которое включало перевязку сосудистых пучков с двух сторон и удаление миоматозных узлов больших размеров.

Послеоперационный период осложнился вторичной постгеморрагической анемией тяжелой степени, потребовавшей проведения гемотрансфузии эритроцитарной массы и свежеезамороженной плазмы.

В послеродовом периоде была диагностирована субинволюция матки. Проведена гистероскопия и выскабливание слизистой полости матки. В последующем потребовалось усиление антибактериальной терапии препаратами последнего поколения (имицином, линезолид).

### Заключение

Успешное ведение беременности у женщины К. и благоприятный исход родов стали возможными благодаря слаженной работе участковой службы, преемственности между акушерско-гинекологическими стационарами разных уровней. Крайняя заинтересованность пациентки в беременности, осознание степени риска и доверительные отношения с участковым акушером-гинекологом способствовали высокой приверженности лечению во время беременности. Строгое выполнение рекомендаций акушера-гинеколога, тщательный контроль уровня артериального давления, своевременные плановые госпитализации с коррекцией плана ведения беременности позволили доносить беременность до доношенного срока.

Наблюдаемая в последние годы тенденция отложить материнство на более поздний возраст будет приводить к росту числа беременных с миомой матки и актуализировать вопрос о возможности пролонгирования данной беременности и профилактике осложнений. Учитывая высокий риск материнских и перинатальных потерь, для оказания квалифицированной помощи данным беременным следует придерживаться индивидуального дифференцированного подхода, выработанного командой специалистов на основе углубленного динамического наблюдения в процессе гестации.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Fuchs A, Dulska A, Sikora J, et al. Symptomatic uterine fibroids in pregnancy - wait or operate? Own experience. *Ginekolog Pol.* 2019;90(6):320-24. doi: 10.5603/GP.2019.0058.
2. Delli Carpini G, Morini S, Papiccio M, et al. The association between childbirth, breastfeeding, and uterine fibroids: an observational study. *Sci Rep.* 2019;9(1):10117. doi: 10.1038/s41598-019-46513-0.
3. Parazzini F, Tozzi L, Bianchi S. Pregnancy outcome and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;34:74-84. doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.11.017.
4. Milazzo GN, Catalano A, Badia V, et al. Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(12):1789-1804. doi: 10.1111/jog.13437.

5. Hammoud AO, Asaad R, Berman J, et al. Volume change of uterine myomas during pregnancy: do myomas really grow? *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13(5):386-90.
  6. Sarais V, Cermisoni GC, Schimberni M, et al. Human Chorionic Gonadotrophin as a Possible Mediator of Leiomyoma Growth during Pregnancy: Molecular Mechanisms. *Int J Mol Sci.* 2017;18(9). pii: E2014. doi: 10.3390/ijms18092014.
  7. Giovanni C, Stefano M, Maria P, et al. The association between childbirth, breastfeeding, and uterine fibroids: an observational study. *Sci Rep.* 2019;9:10117. doi: 10.1038/s41598-019-46513-0.
  8. Kim M. Spontaneous complete regression of large uterine fibroid after the second vaginal delivery: Case report. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(45):e13092. doi: 10.1097/MD.00000000000013092.
  9. Lu-Jing Li, Xuan-Kun Liang, Xian-Xiang Wang, et al. Disappearance of the blood supply to a giant uterine myoma due to childbirth. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(28):e16056. doi: 10.1097/MD.00000000000016056.
  10. Kim HS, Oh SY, Choi SJ, et al. Uterine rupture in pregnancies following myomectomy: A multicenter case series. *Obstet Gynecol Sci.* 2016;59(6):454-62.
  11. Буянова СН, Гукасян СА, Юдина НВ. Миомэктомия во время беременности: показания и особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация. *РМЖ Мать и Дитя.* 2014;19:14-28.
  12. Pergialiotis V, Sinanidis I, Louloudis IE. Perioperative Complications of Cesarean Delivery Myomectomy: A Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017 Dec;130(6):1295-1303. doi: 10.1097/AOG.0000000000002342.
  13. O' Sullivan R, Abder R. Myomectomy at the time of cesarean delivery. *Ir J Med Sci.* 2016;185(4):973-75.
  14. Zhao R, Wang X, Zou L, Zhang W. Outcomes of Myomectomy at the Time of Cesarean Section among Pregnant Women with Uterine Fibroids: A Retrospective Cohort Study. *Biomed Res Int.* 2019 Mar 10;2019:7576934. doi: 10.1155/2019/7576934.
- REFERENCES**
1. Fuchs A, Dulska A, Sikora J, et al. Symptomatic uterine fibroids in pregnancy - wait or operate? Own experience. *Ginekol Pol.* 2019;90(6):320-24. doi: 10.5603/GP.2019.0058.
  2. Delli Carpini G, Morini S, Papiccio M, et al. The association between childbirth, breastfeeding, and uterine fibroids: an observational study. *Sci Rep.* 2019;9(1):10117. doi: 10.1038/s41598-019-46513-0.
  3. Parazzini F, Tozzi L, Bianchi S. Pregnancy outcome and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;34:74-84. doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.11.017.
  4. Milazzo GN, Catalano A, Badia V, et al. Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(12):1789-1804. doi: 10.1111/jog.13437.
  5. Hammoud AO, Asaad R, Berman J, et al. Volume change of uterine myomas during pregnancy: do myomas really grow? *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13(5):386-90.
  6. Sarais V, Cermisoni GC, Schimberni M, et al. Human Chorionic Gonadotrophin as a Possible Mediator of Leiomyoma Growth during Pregnancy: Molecular Mechanisms. *Int J Mol Sci.* 2017;18(9). pii: E2014. doi: 10.3390/ijms18092014.
  7. Giovanni C, Stefano M, Maria P, et al. The association between childbirth, breastfeeding, and uterine fibroids: an observational study. *Sci Rep.* 2019;9:10117. doi: 10.1038/s41598-019-46513-0.
  8. Kim M. Spontaneous complete regression of large uterine fibroid after the second vaginal delivery: Case report. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(45):e13092. doi: 10.1097/MD.00000000000013092.
  9. Lu-Jing Li, Xuan-Kun Liang, Xian-Xiang Wang, et al. Disappearance of the blood supply to a giant uterine myoma due to childbirth. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(28):e16056. doi: 10.1097/MD.00000000000016056.
  10. Kim HS, Oh SY, Choi SJ, et al. Uterine rupture in pregnancies following myomectomy: A multicenter case series. *Obstet Gynecol Sci.* 2016;59(6):454-62.
  11. Buyanova SN, Gukasyan SA, Yudina NV. Миомэктомия во время беременности: показания и особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация. *РМЖ Мать и Дитя.* 2014;19:14-28. (in Russ).
  12. Pergialiotis V, Sinanidis I, Louloudis IE. Perioperative Complications of Cesarean Delivery Myomectomy: A Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017 Dec;130(6):1295-1303. doi: 10.1097/AOG.0000000000002342.
  13. O' Sullivan R, Abder R. Myomectomy at the time of cesarean delivery. *Ir J Med Sci.* 2016;185(4):973-75.
  14. Zhao R, Wang X, Zou L, Zhang W. Outcomes of Myomectomy at the Time of Cesarean Section among Pregnant Women with Uterine Fibroids: A Retrospective Cohort Study. *Biomed Res Int.* 2019 Mar 10;2019:7576934. doi: 10.1155/2019/7576934.
- Адрес для корреспонденции**  
246000 Республика Беларусь,  
г. Гомель, ул. Ланге, 5  
Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПК и П.  
Тел./факс: (0232) 35-98-38  
Тел. моб.: +375 29 3892807  
e-mail: natatali@yandex.ru  
Громыко Наталья Леонидовна
- Сведения об авторах**  
Громыко Н.Л., к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФПК и П учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет».  
Захаренкова Т.Н., к.м.н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ФПК и П учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет».  
Лызикова Ю.А., к.м.н., доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФПК и П учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет».  
Герасименко Г.Н., заведующий женской консультацией филиала №11 учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника»
- Address for correspondence**  
5 Lange Street, 246000,  
Gomel, Republic of Belarus,  
Gomel State Medical University,  
Department of Obstetrics and Gynecology with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining,  
Tel./fax: (0232) 35-98-38  
Mob.: +375 29 3892807  
E-mail: natatali@yandex.ru  
Gromyko Nataliya Leonidovna
- Information about the authors**  
Gromyko N.L., PhD, assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining of the educational institution «Gomel State Medical University».  
Zaharenkova T.N., PhD, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining of the educational institution «Gomel State Medical University».  
Lyzikova Yu.A., PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining of the educational institution «Gomel State Medical University».  
Gerasimenko G.N., Head of the Maternity Center of Branch No.11 of the public health institution «Gomel Central City Out-Patient Clinic».

Поступила 23.10.2019

УДК 618.331-009.613.7:616.36-008.8

## ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Я. И. Бик-Мухаметова, Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

Внутрипеченочный холестаз беременных — наиболее частая патология печени во время беременности. Данное заболевание имеет сложный многофакторный патогенез, в основе которого лежит наследственная предрасположенность, недостаток селена в пище и некорректная реакция организма беременной женщины