

Российский университет дружбы народов  
Медицинский институт  
Кафедра: Акушерства и гинекологии  
Заведующий кафедрой: д.м.н, профессор  
Радзинский Виктор Евсеевич

# Беременность и миома матки

# Беременность и рак шейки матки

Подготовила: Катыба Ю.М.

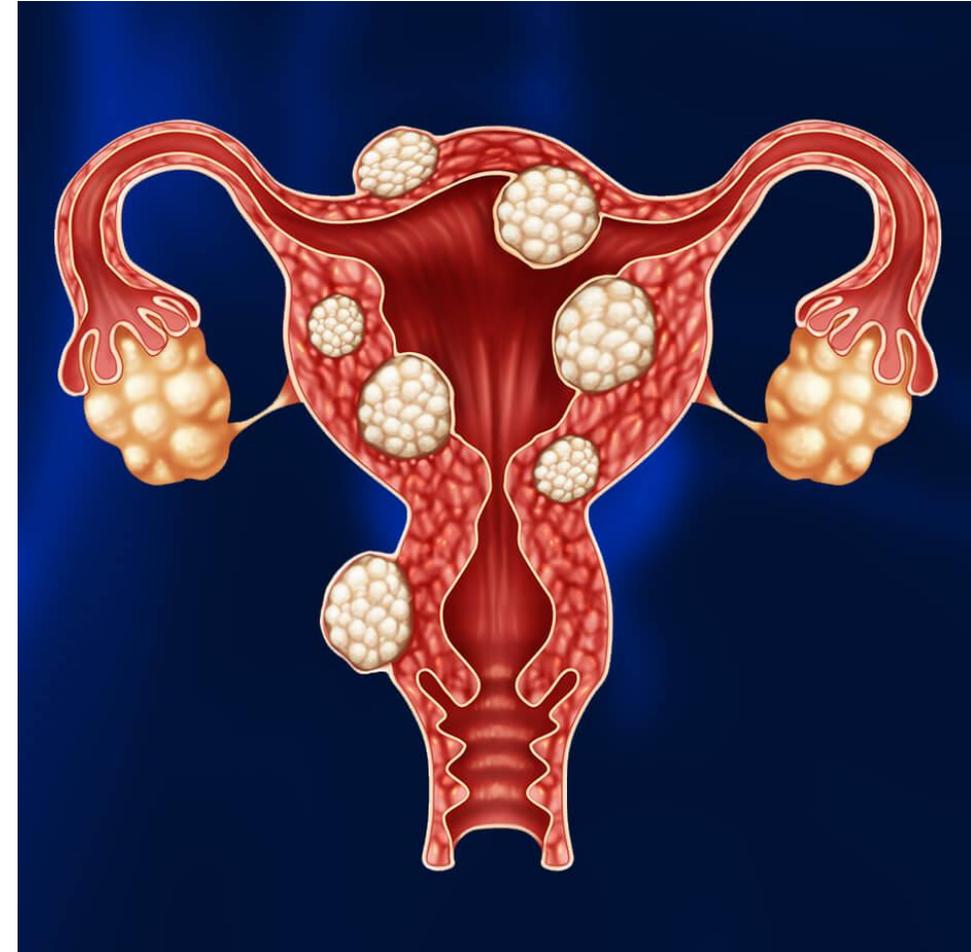
Группа: МЛ-605

Преподаватель: д.м.н., профессор Оразмурадов А.А.

# Определение

**Миома матки** - доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки.

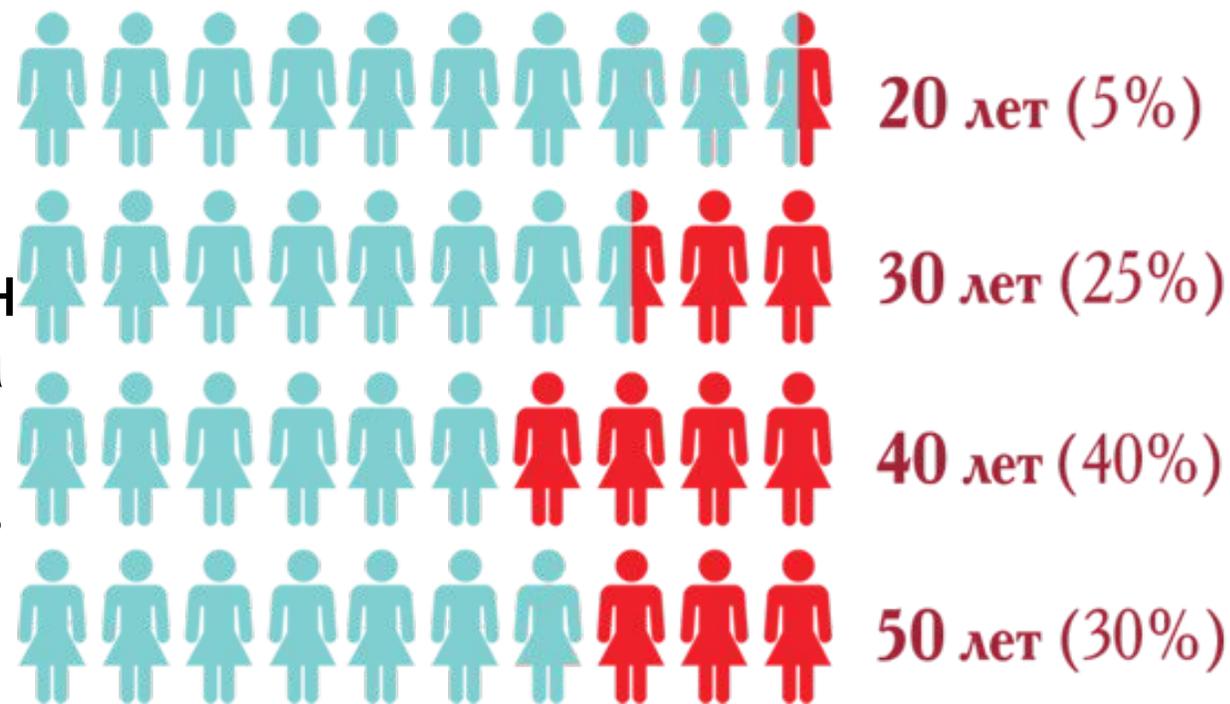
Одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей женской половой сферы.



# Эпидемиология

- Миому матки выявляют в среднем у 80% женщин (по данным аутопсийных исследований).
- Клинически миома матки проявляется у 30–35% женщин в возрасте после 35 лет; в два раза чаще встречается у представителей чёрной расы.
- Среди беременных миома матки встречается у 0,5–6 %.

## Риск возникновения миомы матки:



# Факторы риска

## Факторы риска, связанные с развитием миомы

Фактор	Риск	Авторы
Раннее менархе	Увеличивает	Marshall et al. 1988a
Отсутствие родов в анамнезе	То же	Parazzini et al. 1996a
Возраст (поздний репродуктивный период)	То же	Marshall et al. 1997
Ожирение	То же	Rosset al. 1986
Афроамериканская раса	То же	Baird et al. 1998
Прием тамоксифена	То же	Deligdisch, 2000
Высокий паритет	Снижает	Lumbiganon et al., 1996
Менопауза	То же	Samadi et al., 1996

# Классификация

## По отношению к мышечному слою

- Интрамуральные
- Субмукозные
- субсерозные
- Межсвязочные
- Шеечные

Классификация миомы



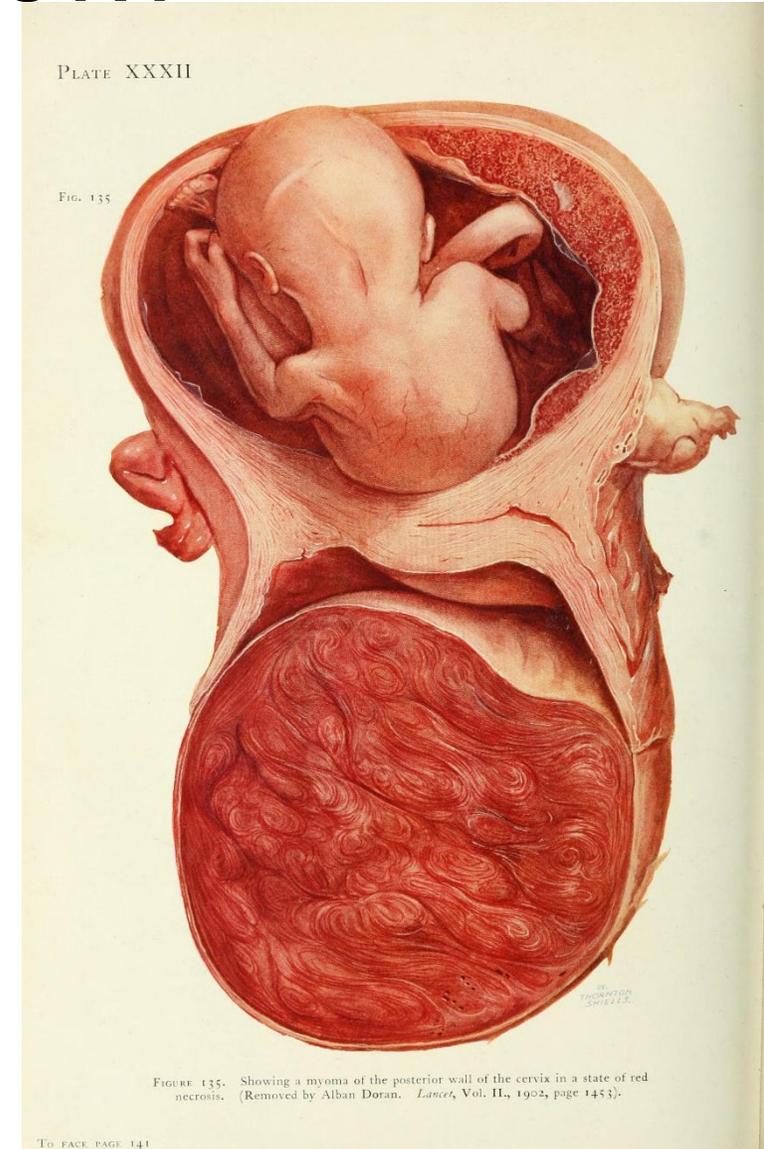
## По степени дифференцировки

- обычная лейомиома
- клеточная лейомиома
- причудливая лейомиома
- лейомиобластома
- эпителиоидная лейомиома
- внутрисосудистый лейомиоматоз
- пролиферирующая лейомиома
- лейомиома с явлениями предсаркомы (малигнизирующаяся)

# Миома матки при беременности

## Патогенез

- Увеличение объема узлов **в первые 8 нед** беременности может быть связано с клеточной гиперплазией и гипертрофией.
- **С 8-й нед** изменение объема узлов миомы связано с отеком ткани, нарушениями гемо- и лимфодинамики, деструктивными изменениями и некрозом.



# Ранние сроки беременности



Множественные миомы матки увеличивают процент выкидышей по сравнению с наличием одного узла.

Выкидыши чаще бывают у женщин с миомой матки, расположенной в теле матки, реже прерывание беременности диагностируют при расположении миомы в области нижнего сегмента матки.

# Ранние сроки беременности

## Кровотечения

- Риск кровотечения возрастает (60%), если плацента формируется под узлом или близко к нему.

## Преждевременные роды

- Расположение плаценты на миоматозном узле представляется фактором риска преждевременных родов, и не является фактором риска преждевременного излития вод.

# Ранние сроки беременности

## Отслойка плаценты

- Риск отслойки плаценты увеличивается в 3 раза у женщин с миомой матки. Подслизистые миомы, ретроплацентарные миомы и миомы объемом  $>200$  см<sup>3</sup> рассматривают независимыми факторами риска отслойки плаценты.

## Предлежание плаценты

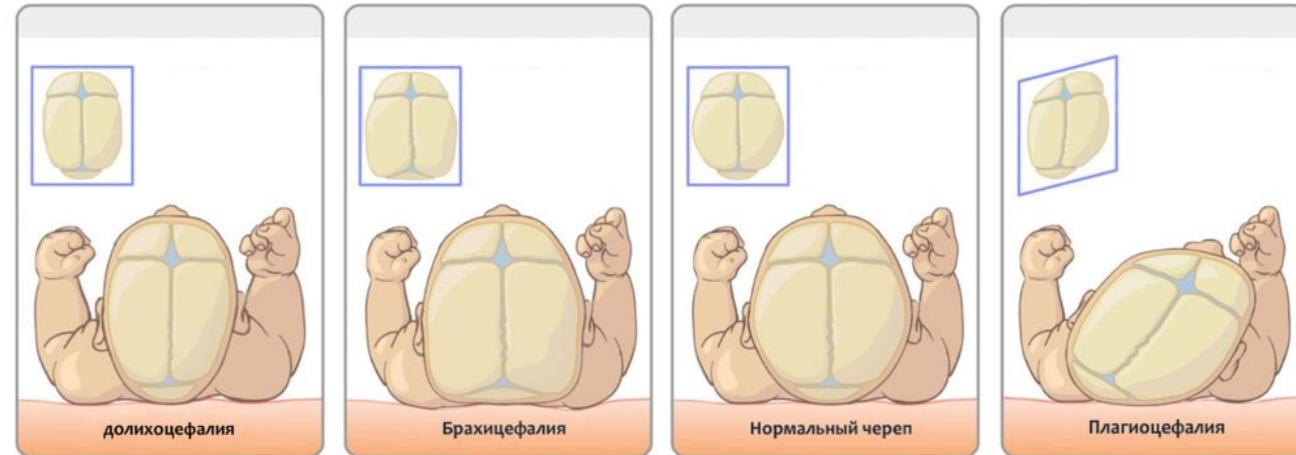
- Миома матки в 2 раза увеличивает риск предлежания плаценты.

# Задержка роста плода и аномалии плода

Миома матки оказывает повышенный риск на формирование маловесного плода.

Ряд аномалий развития плода был зарегистрирован у женщин с большими подслизистыми миомами:

- долихоцефалия (боковое сжатие черепа плода)
- кривошея (аномальное скручивание шеи)
- укорочение конечностей плода.



# Ведение во время беременности

- Во II триместре беременности миома матки может быстро увеличиваться



нарушение кровоснабжение  
опухоли



Боль, локальное напряжение

**МЫШЦ ЖИВОТА**

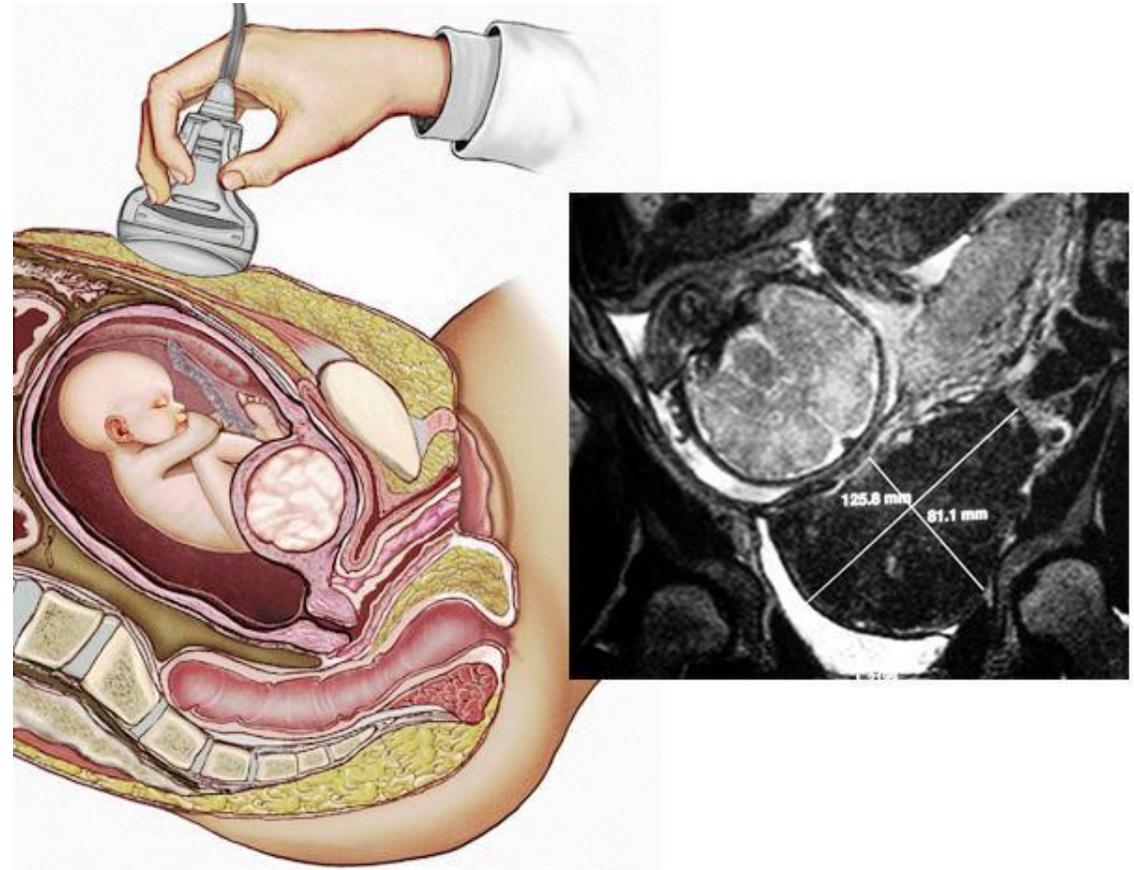
Лечение: постельный режим, гидратация,  
анальгетики (парацетамол)

- УЗИ каждые 4 нед до родов.
- При локализации миомы в задней стенке матки более выражена тазовая боль, беременность чаще осложняется выкидышами, кровотечениями на ранних сроках беременности.

# Диагностика

Анамнез. При расспросе необходимо обратить внимание на:

- наличие факторов риска;
- длительность и особенность течения заболевания;
- детородную функцию;
- характерные жалобы (боли в низу живота и пояснице);
- анемию;
- нарушение функций соседних органов.



# Диагностика

## Лабораторные исследования:

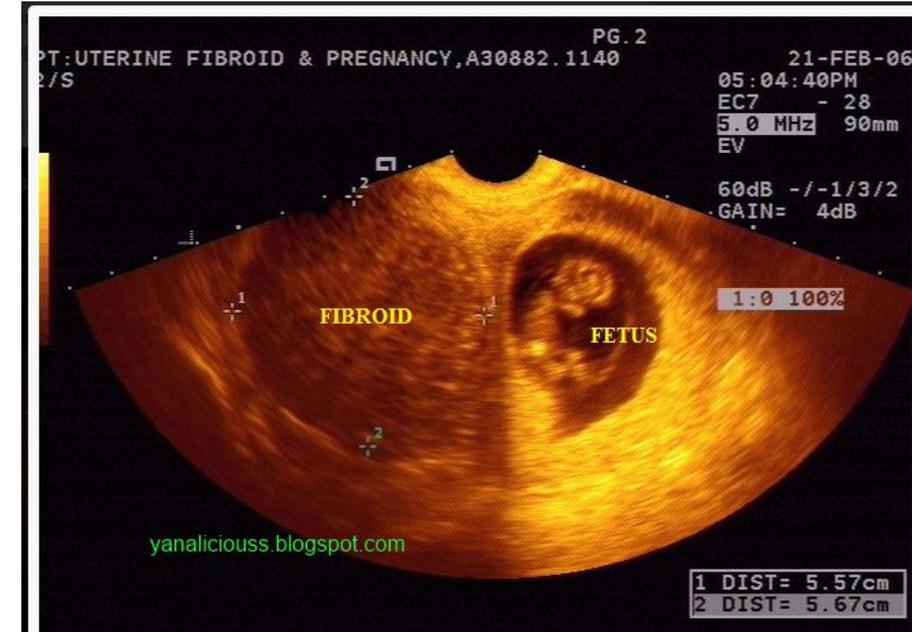
- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- гемостазиограмма.

**Инструментальные исследования.** Ключевое значение для своевременной диагностики миомы имеет УЗИ.

## Сроки выполнения УЗИ:

- I триместр – факт установления, 12–13-я неделя беременности;
- II триместр – 23–24-я неделя беременности;
- III триместр – 31–32 и 36–37-я неделя беременности.

УЗИ вне установленных сроков выполняют по показаниям.



# Роды и родоразрешение

## Миома может вызвать:

- Слабость родовой деятельности
- Неправильное предлежание плода
- Создавать препятствие для прохождения плода по родовым путям.
- Послеродовое кровотечение
- Задержка плаценты

# Роды и родоразрешение

При отсутствии жалоб пролонгировать беременность можно до 38–39 нед, после чего осуществляется плановое кесарево сечение.

*Показания к миомэктомии во время кесарева сечения:*

- субсерозные узлы на тонком основании в любой доступной локализации;
- субсерозные узлы на широком основании (исключая нижний сегмент);
- крупные (>10 см) узлы количеством не более 5;
- расположенный интрамурально либо с центрипетальным ростом миоматозный узел размерами >10 см (не >1 узла);
- хороший доступ к узлу различной локализации, исключая интрамуральные с размерами <5 см.

*Показания к кесареву сечению:*

- расположение миоматозных узлов в полости малого таза (шеечные миомы);
- большие множественные внутримышечные миоматозные узлы;
- сочетание миомы матки с другими заболеваниями и осложнениями беременности, которые служат показаниями к этой операции;
- угрожаемые состояния плода;
- наличие рубца на матке после миомэктомии со вскрытием полости матки, особенно по задней стенке и осложненным течением послеоперационного периода;
- миоматозные узлы, препятствующие нормальному вставлению и продвижению плода (центрипетальный рост, субмукозная локализация опухоли);
- нарушение питания и некроз миоматозного узла;
- подозрение на малигнизацию миоматозного узла.

# Показания для экстирпации матки

Множественная миома с низким расположением узлов (шеечные, перешеечные)

Малигнизация узла, подтвержденная гистологически во время операции

Необходимость одновременного удаления придатков матки (опухоли яичников, тубоовариальные образования).

# Лечение

## Цели лечения

- Пролонгирование беременности
- Снижение тонуса матки;
- Терапия, направленная на улучшение фетоплацентарного кровотока
- Рождение здорового ребенка

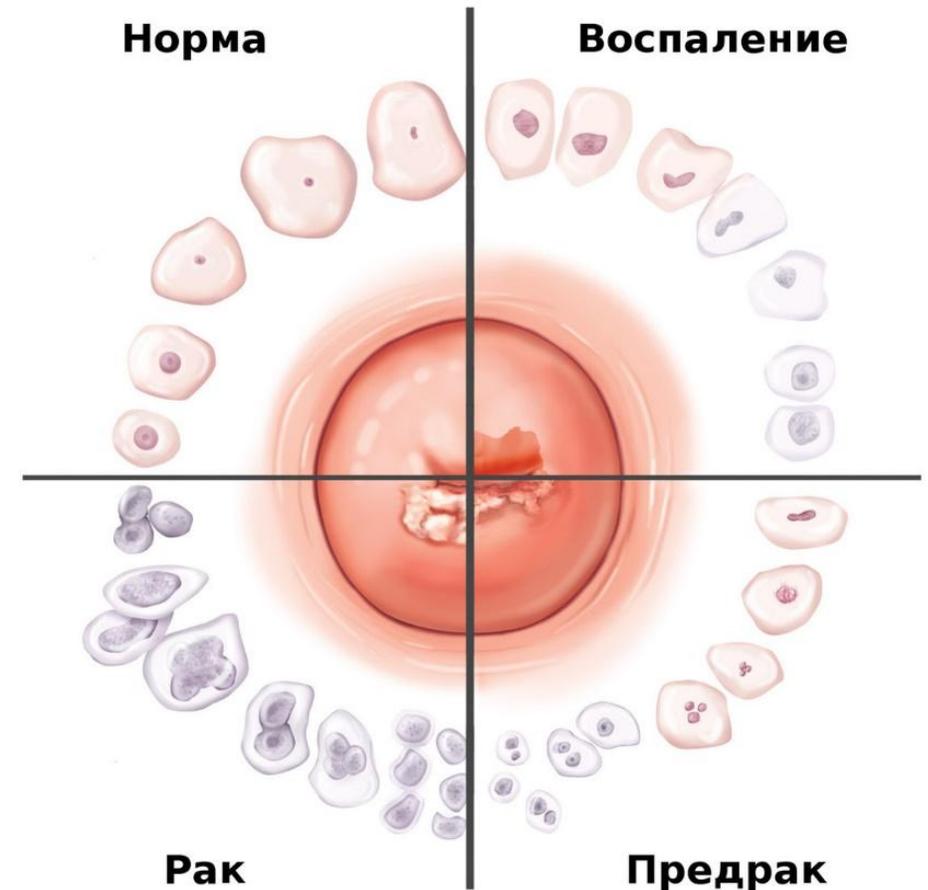
## Лечение

- **Токолитики:** гексопреналин 0,5 мг перорально, 4–6 раз в сутки вместе с верапамилом (10 мг) или 2 мл гексопреналина (5 мкг на 1 мл) в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида, внутривенно введение осуществлять при помощи инфузомата со скоростью 3–6 мл/ч.
- **Профилактика фетоплацентарной недостаточности:** витаминотерапия, препараты магния (магний В6), дипиридамола (курантил), пентоксифиллин (трентал).

# Рак шейки матки и беременность

## Понятия «рак» и «беременность»

- Обнаружение рака во время беременности (I, II, III триместр)
- Выявление злокачественного процесса в сроки до 6 месяцев после медицинского аборта
- Диагностика карциномы в течение 12 месяцев после родов.



# Рак шейки матки и беременность

- Рак шейки матки является наиболее распространенным злокачественным новообразованием, диагностируемым во время беременности, частота его составляет от 0,45 до 1,0 на 1000 родов.

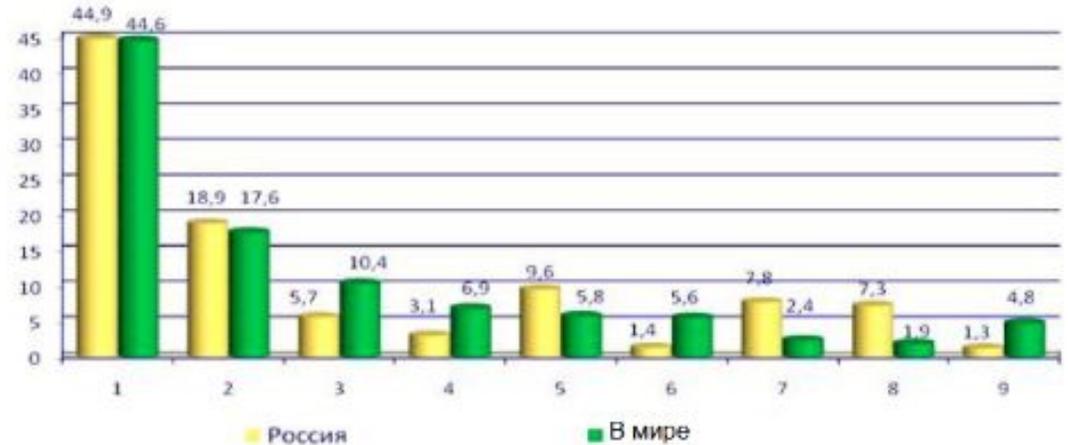
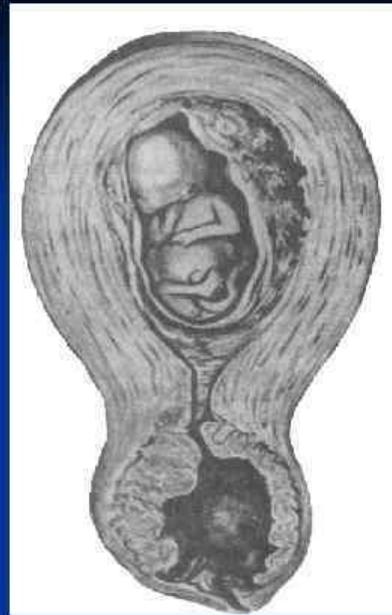


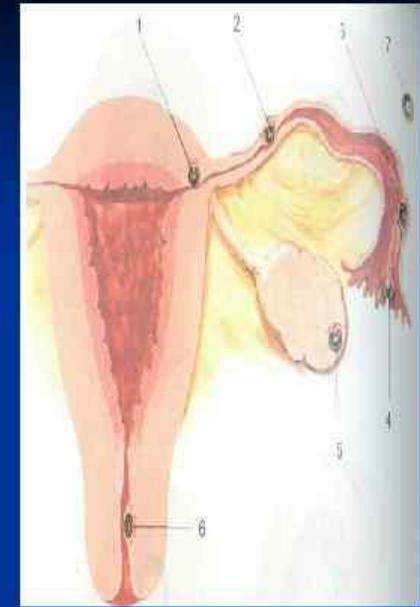
Рис. 1. Частота сочетаний злокачественных опухолей с беременностью в мире и в России: 1 — рак шейки матки; 2 — рак молочной железы; 3 — рак желудка и толстой кишки; 4 — саркома; 5 — лимфома; 6 — рак яичников; 7 — рак щитовидной железы; 8 — меланома; 9 — другие

# Клиническая картина

- При раке шейки матки (РШМ) у беременных наиболее часто наблюдаются следующие симптомы:
- патологические вагинальные кровотечения (63 %)
- влагалищные выделения (13 %)
- посткоитальные кровотечения (4 %)
- боль в области таза (2 %).



Рак шейки матки  
с распадом



Беременность  
и рак шейки матки

# Диагностика

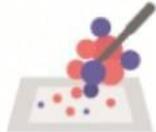
## ОТЛИЧИЯ PAP-МАЗКА И ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ

Цитологическое исследование традиционного мазка из шейки матки (PAP-мазок)

Полученный эпителиально-клеточный материал



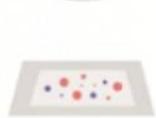
Неравномерное распределение материала на стекле



Неполное прокрашивание клеточного материала



Высыхание препарата после взятия мазка. Высокая частота артефактов



Большая доля (до 20-40%) ложноотрицательных заключений



Жидкостная цитология шейки

Полученный эпителиально-клеточный материал



Материал попадает в стабилизирующем растворе



Транспортировка в лабораторию в оптимальных условиях



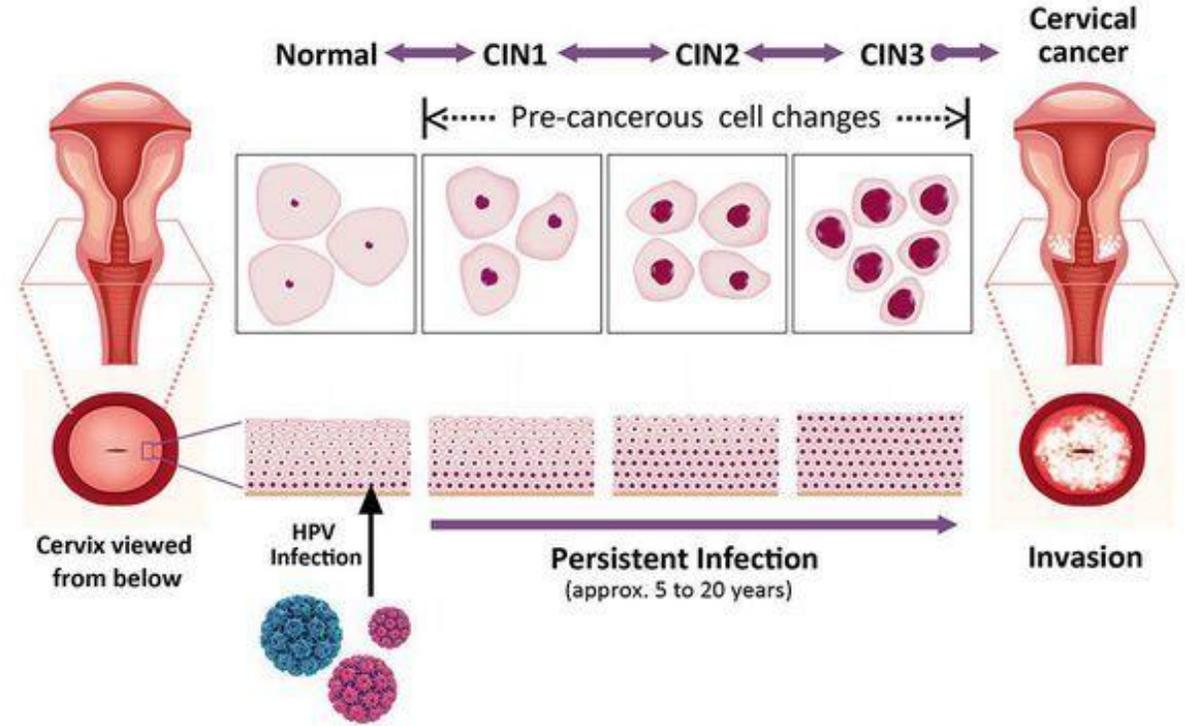
Приготовление стандартизованного монослойного мазка



Повышение качества цитологического мазка



## The Natural History of HPV Infection



- Цитологические образцы сложнее интерпретировать во время беременности, однако внутриэпителиальные поражения цитологически идентичны таковым у небеременных женщин.

# Инструментальные исследования

- При подозрении на опухолевый процесс после цитологического скрининга и кольпоскопии необходима биопсия шейки матки.

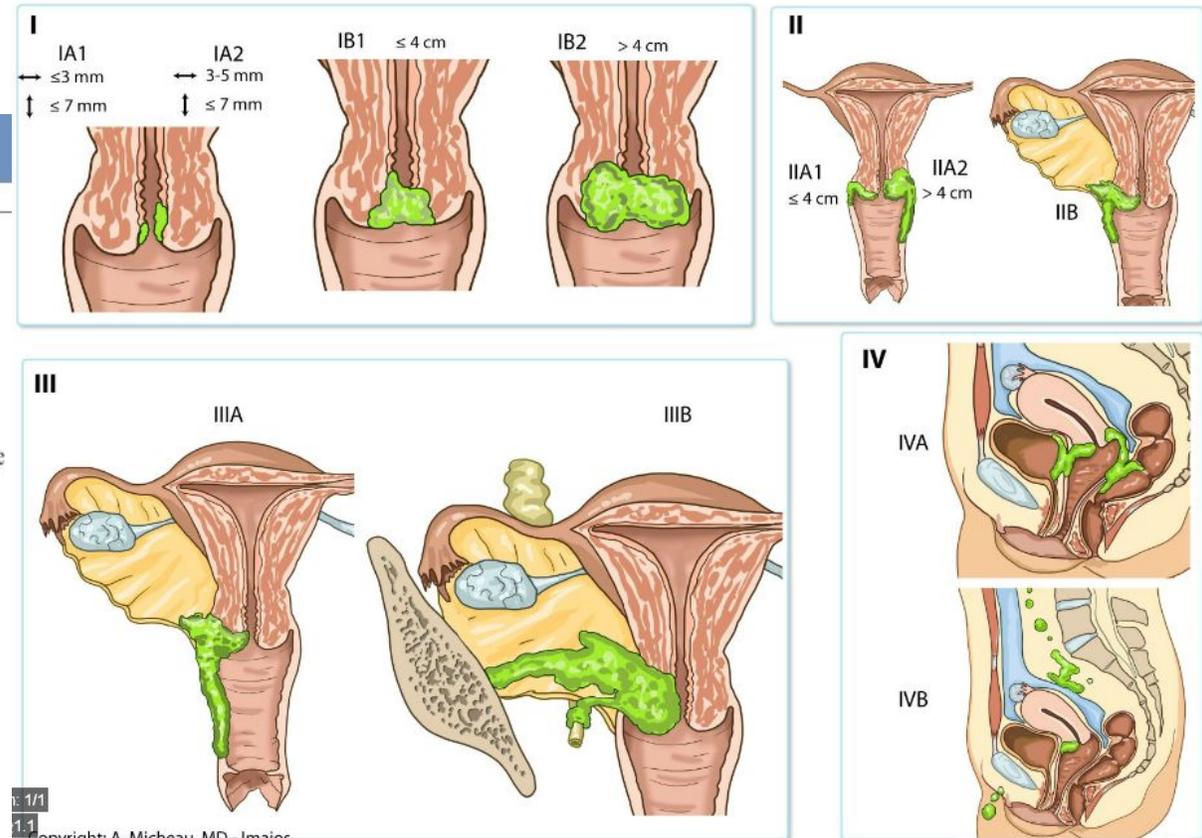


# Классификация FIGO

## Стадии развития рака шейки матки

Стадия	Описание
Преинвазивная карцинома	Карцинома <i>in situ</i>
Стадия 0	
Инвазивная карцинома	
Стадия I	Без видимого распространения
Ia	Микроинвазивная карцинома
Ib	Остальные случаи, относящиеся к стадии I
Стадия II	Опухоль распространена за пределы шейки, не переходит на тазовую стенку. Могут быть поражены верхние две трети влагалища
IIa	Не отмечается поражения параметрия
IIb	Отмечается поражение параметрия
Стадия III	Опухоль распространена на боковую тазовую стенку и на нижнюю треть влагалища. Сюда же относятся случаи гидронефроза или дисфункция почек (если не обнаружены другие причины) <a href="http://meduniver.com">meduniver.com</a>
IIIa	Боковая тазовая стенка не затронута
IIIb	Затронута боковая тазовая стенка, наблюдается гидронефроз и дисфункция почек
Стадия IV	Карцинома распространена за пределы тазовой области; поражена слизистая мочевого пузыря или прямой кишки
IVa	Поражены близлежащие органы
IVb	Поражены отдаленные органы

FIGO Classification - Carcinoma of the cervix uteri



1/1  
11

Copyright: A. Micheau, MD - Imaios

# Тактика лечения

На определение тактики лечения больных раком шейки матки во время беременности влияют пять факторов:

- стадия (FIGO, TNM);
- размер опухоли;
- гистологический подтип опухоли;
- срок беременности на момент установления диагноза;
- пожелания пациентки в отношении продолжения беременности.

# Цервикальная интраэпителиальная неоплазия 3-й степени и преинвазивный рак



# Микроинвазивный рак шейки матки

При незаинтересованности в пролонгировании беременности, но при желании сохранить фертильность — медицинский аборт, через 4–8 недель — конизация шейки матки;

При желании сохранить беременность и фертильность — сохранение беременности и через 4–8 недель после родов (влагалищных или абдоминальных) — конизация шейки матки;

# Инвазивный рак шейки матки Ia2, Ib, IIa, IIb

До 20 недель беременности у пациенток, не желающих сохранить беременность, показана расширенная гистерэктомия, а при ее желании сохранить беременность — лапароскопическая лимфаденэктомия.

После 20 недель рекомендовано пролонгирование беременности до 32–35 недель, затем кесарево сечение (в 32–35 недель) с одномоментной расширенной гистерэктомией (операция Вертгейма).



# Рак шейки матки III, IV стадий

До 20 недель:  
наружное  
облучение и  
химиотерапия,  
после спонтанного  
аборта (при 40 Гр) —  
химиолучевая  
терапия.

После 20 недель:  
кесарево сечение с  
расширенной  
гистерэктомией  
(операция  
Вертгейма), затем  
химиолучевая  
терапия.

# Неoadъювантная химиотерапия во время беременности

- Во время беременности она может применяться для предотвращения прогрессирования онкологического процесса при вынужденной отсрочке радикального лечения.

Препараты	Эффекты
Алкалоиды растений: винкристин, винбластин, винорельбин	Преждевременные роды, внутриутробная задержка роста плода [23]. Дефект в межпредсердной перегородке [24]
Антрациклиновые антибиотики: доксорубицин, даунорубицин, адриамицин, идарубицин, эпирубицин, дактиномицин, блеомицин, митоксантрон	Прерывание беременности на любом сроке, транзиторная нейтропения новорожденных и сепсис [25]. Транзиторная миелосупрессия [24, 25]
Алкилирующие агенты: циклофосфамид, бусульфан, ифосфамид, хлорамбуцил, кармустин, дакарбазин	Отсутствие пальцев ног, аномалии глаз, расщепленное небо [26]. Агрезия пищевода, аномалия нижней полой вены [27]. Пилорический стеноз, почечная агенезия [23]
Антиметаболиты: метотрексат, 5-фторурацил, аминоптерин, цитарабин, меркаптопурин	Спонтанные аборты [9, 18]. Вентрикуломегалия, микроцефалия, синдактилия, задержка роста плода [20, 23, 26]
Препараты платины: цисплатин и карбоплатин	Потеря слуха, респираторный дистресс-синдром [20, 28]
Трастузумаб	Нарушение функции почек [20, 25]. Дыхательная недостаточность, смерть новорожденного [9]

# Тактика ведения после органосохраняющей терапии

Для сохранения фертильности:

- конизация шейки матки
- ампутация шейки матки
- радикальная вагинальная трахелэктомия
- радикальная абдоминальная трахелэктомия
- неоадъювантная химиотерапия + конизация.

- Основное условие органосохраняющего лечения — соблюдение правил онкологической радикальности выполняемых операций (до 2 см, плоскоклеточный рак).

# Прогноз

Показатели пятилетней выживаемости:

при IA стадии приближаются к 100%

при IB–IIA стадии после радикальной гистерэктомии 87–92%

при IIB стадии — 62–76%

при III стадии — 30–50%

при IV стадии — 0–15%

# Список литературы

- Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018
- Голицына Ю. С., Шмаков Р. Г., Хабас Г. Н., Оводенко Д. Л. Рак шейки матки и беременность: основные принципы диагностики, лечения и ведения беременности // Доктор.Ру. 2018. № 2 (146). С. 15–19.
- Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации. – 2015г
- Беременность и миома матки. Клинические рекомендации. А.В. Козаченко, С.Н. Буянова, И.А. Краснова.– 2015г