

UTERINE FIBROIDS AND REPRODUCTIVE FUNCTION DISORDERS

Huseynova Z.S. (Republic of Azerbaijan) Email: Huseynova350@scientifictext.ru

*Huseynova Zeynab Sadikh kizi - Candidate of Medical Sciences, Obstetrician-Gynecologist,
CLINICAL MATERNITY HOSPITAL NAMED AFTER SH. ALESKEROVA № 5,
Doctoral Student,
AZERBAIJAN MEDICAL UNIVERSITY, BAKU, REPUBLIC OF AZERBAIJAN*

Abstract: *in the structure of gynecological diseases uterine fibroids is one of the first places. Its frequency, according to different authors, ranges from 24 to 50%. The saddest consequence of this disease in women of reproductive age is infertility. Infertility both primary and secondary - a common phenomenon in this disease. According to the authors, primary infertility occurs in 18-24% of patients, and secondary infertility-in more than 25% of cases.*

There are numerous cases of pregnancy with a successful outcome in multiple myoma.

The main factors of reproductive dysfunction in uterine myoma are hormonal changes that occur in the woman's body due to changes in various parts of the unified functional system of the hypothalamus - pituitary - ovaries-uterus. It is shown that 56-60% of patients with uterine myoma have anovulatory cycles with different degrees of estrogen saturation or two-phase menstrual cycles with luteal phase insufficiency.

It should be noted that a certain role in the development of infertility in uterine fibroids is played by mechanical factors. According to some researchers, the high frequency of abnormal uterine peristalsis in the middle of the luteal phase may be the cause of infertility associated with uterine myoma intramural type.

Keywords: *reproductive dysfunction, myoma, endometrial hyperplasia.*

МИОМА МАТКИ И НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ Гусейнова З.С. (Азербайджанская Республика)

*Гусейнова Зейнаб Садых кызы - кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог,
Клинический родильный дом им. Ш. Алескеровой № 5,
докторант,
Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджанская Республика*

Аннотация: *в структуре гинекологических заболеваний миома матки занимает одно из первых мест. Частота ее, по данным разных авторов, колеблется от 24 до 50%. Самым печальным последствием этого заболевания у женщин репродуктивного возраста является бесплодие. Бесплодие как первичное, так и вторичное - нередкое явление при данном заболевании. По данным авторов, первичное бесплодие встречается у 18-24% пациенток, а вторичное-более чем в 25% случаев.*

Известны многочисленные случаи беременности с благополучным исходом при множественной миоме. Основными факторами нарушения репродуктивной функции при миоме матки считают гормональные изменения, возникающие в организме женщины вследствие изменений в различных отделах единой функциональной системы гипоталамус – гипофиз – яичники - матка. Показано что, у 56-60% больных с миомой матки выявляются ановуляторные циклы с различной степенью эстрогенной насыщенности или двухфазные менструальные циклы с недостаточностью лютеиновой фазы.

Надо отметить, что определенную роль в развитии бесплодия при миоме матки играют механические факторы. По мнению некоторых исследователей, высокая частота аномальной перистальтики матки в середине лютеиновой фазы может быть одной из причин бесплодия, связанной с миомой матки интрамурального типа.

Ключевые слова: *нарушения репродуктивной функции, миома, гиперплазия эндометрия.*

Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половых органов женщины и занимает значительное место среди причин нарушения репродуктивной функции. Отмечается заметный рост частоты заболевания миомой матки, особенно среди женщин репродуктивного возраста [2, 4].

В структуре гинекологических заболеваний миома матки занимает одно из первых мест. Частота ее, по данным разных авторов, колеблется от 24 до 50%. Самым печальным последствием этого заболевания у женщин репродуктивного возраста является бесплодие. Бесплодие как первичное, так и вторичное - нередкое явление при данном заболевании. По данным авторов первичное бесплодие встречается у 18-24% пациенток, а вторичное-более чем в 25% случаев [2, 4, 5].

Известны многочисленные случаи беременности с благополучным исходом при множественной миоме.

Основными факторами нарушения репродуктивной функции при миоме матки считают гормональные изменения, возникающие в организме женщины вследствие изменений в различных отделах единой функциональной системы гипоталамус – гипофиз – яичники - матка. Показано что, у 56-60% больных с миомой матки выявляются ановуляторные циклы с различной степенью эстрогенной насыщенности или двухфазные менструальные циклы с недостаточностью лютеиновой фазы [9].

Надо отметить что, определенную роль в развитии бесплодия при миоме матки играют механические факторы. По мнению некоторых исследователей, высокая частота аномальной перистальтики матки в середине лютеиновой фазы может быть из причин бесплодия, связанной с миомой матки интрамурального типа [4, 8].

По мнению авторов, миома матки может быть причиной бесплодия, когда узел располагается в области трубного угла, сдавливает интерстициальную часть трубы и нарушает ее проходимость. Предполагается, что при этом затрудняется продвижение в полости матки сперматозоидов, а после оплодотворения — поступление эмбриона через маточные трубы в полость матки, также нарушается процесс имплантации у больных миомой матки. Кроме того, нарушения рецепторного аппарата, возникающие у больных с миомой матки, могут препятствовать адекватной подготовке эндометрия к реализации генеративной функции [4, 9]. Были предложены различные теории, чтобы объяснить механизм влияния миомы матки на процесс имплантации эмбриона. Согласно одной из них нарушение экспрессии ангиогенных факторов при наличии миомы матки может влиять на низкий уровень имплантации эмбрионов. Некоторые авторы рассматривают в качестве возможной причины нарушения имплантации и раннего развития эмбриона у больных с миомой матки изменение содержания в эндометрии вазоактивных веществ, а также нарушение экспрессии в опухолевой ткани генов, участвующих в этих процессах (инсулиноподобного фактора роста; фактора, регулирующего синтез ретиноидов и др.) [6]. Аналогичным образом изменения в эндометрии, опосредованные воспалением и влиянием факторов, участвующих в процессе фиброза также могут оказывать негативное воздействие на процесс имплантации эмбриона. Кроме того, миома матки может повлиять на экспрессию эндометриальных генов (например, НОХА 10), нарушая окно имплантации [6, 8, 9].

В ряде исследований показано что, у больных с миомой матки меняется васкуляризация миометрия и эндометрия. Выявлено, что при данном заболевании происходит изменение активности ангиогенеза и нарушение микроциркуляции в интактном миометрии, что сопровождается снижением резистентности кровотоку в артериях миометрии и маточных артериях.

Таким образом, на снижение репродуктивной функции у больных с миомой матки могут влиять самые разнообразные факторы. При этом в большинстве случаев наблюдается их сочетания [1]. Несмотря на существование множества способов лечения пациенток с миомой матки и нарушением репродуктивной функции, эффективность этих методов до сих пор остается предметом дискуссий.

Многие специалисты признают, что интрамуральное расположение миоматозных узлов способствует снижению фертильности, но результаты оперативного лечения при этом являются неоднозначными [7]. Поэтому необходимо проведение рандомизированных исследований, чтобы оценить эффективность миомектомии у пациенток с нарушением репродуктивной функции, сосредоточив внимание на локализацию, размеры, количество миоматозных узлов, близость этих узлов к эндометрию и характер их кровоснабжения.

Список литературы / References

1. *Асатурова А.В.* Современные подходы к диагностике гиперпластических процессов эндометрия на основе молекулярно-биологических исследований: Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2011: 25.
2. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: Руководство / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. 2 изд. М. : ГЭОТАР_Медиа, 2010. 784.
3. *Borja de Mozota D., Kadhel P., Janky E.* Fertility, pregnancy outcomes and deliveries following myomectomy: experience of a French Caribbean University Hospital. Arch Gynecol Obstet, 2014 Mar; 289 (3): 681-686.
4. *Ciavattini A., Di Giuseppe J., Stortoni P., Montik N. et al.* Uterine Fibroids: patogenesis and Interactions with Endometrium and Endometrial Junction. Obstet. Gynecol. Int., 2013; 173:184.
5. *Exacoustos C., Brienza L., Digiovanni A. et al.* Adenomyosis three- dimensional sonographic findings of the junctional zone and correlaion with histology. Ultrasound Obstet Gynecol., 2011; 37(4): 471-9.
6. *Kunz G., Herbertz M., Beil D., Huppert P., Leyendecker G.* Adenomyosis as a disorder of the early and late human reproductive period. Reprod Biomed Online, 2007; 15:681–685.
7. *Metwally M., Cheong Y.C., Horne A.W.* Surgical treatment of fibroids for subfertility. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14; 11: CD003857.
8. *Yoshino O., Hayashi T., Osuga Y., Orisaka M. et al.* Decreased pregnancy rate is linked to abnormal uterine peristalsis caused by intramural fibroids. Hum. Reprod., 2010. Oct; 25(10): 2475-2479.

9. *Yoshida S., Ohara N., Xu Q. et al.* Cell-type specific actions of progesteron receptor modulators in the regulation of uterine leiomyoma growth. *Semin Reprod. Med.*, 2010; 28 (3): 260-273.