

Удаление миоматозного узла больших размеров при беременности (клинический случай)

Е.Н. Зарубина*, Т. А. Чернышенко, Е.В. Ненахов, Д.Н. Баканова, Н.А. Колесник
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва

Removal of a large myomatous node in a pregnant woman (a clinical case)

E.N. Zarubina*, T.A. Chernyshenko, E.V. Nenakhov, D.N. Bakanova, N.A. Kolesnik
Central Clinical Hospital with Outpatient Health Center, Moscow, Russia

E-mail: zarubinaelena1@gmail.com

Аннотация

Среди осложнений беременности наибольшую проблему для вынашивания представляет миома матки. Тактика ведения таких женщин бывает часто затруднительна и неоднозначна. Статья посвящена выбору метода оперативного удаления миоматозного узла больших размеров при нарушении его питания во время беременности. Операция позволила женщине сохранить репродуктивный орган - матку, благополучно доносить беременность и родить здорового доношенного ребенка.

Ключевые слова: миома матки, беременность, миомэктомия, кесарево сечение.

Abstract

A Among pregnancy complications, the greatest problem for carrying a baby is uterine myomas. The tactics of managing such women is often difficult and complicated. The article describes approaches to choosing a surgical technique for removing a large myomatous node with impaired blood flow during pregnancy. The performed surgery preserved the reproductive organ - uterus, promoted a safe delivery with a full-term healthy baby.

Key words: uterine myoma, pregnancy, myomectomy, cesarean section

Ссылка для цитирования: Зарубина Е.Н., Чернышенко Т.А., Ненахов Е.В., Баканова Д.Н., Колесник Н.А. Удаление миоматозного узла больших размеров при беременности (клинический случай). *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2021; 2: 65-69.

«Наши представления о физической реальности никогда не могут быть окончательными, и мы всегда должны быть готовы менять эти представления». А. Эйнштейн.

Распространенность миомы матки колеблется в широких пределах. Клинически миома матки проявляется у 30-35% женщин старше 35 лет [1]. Классификация миом матки основана на их локализации: субсерозная, субмукозная, интерстициальная, интралигаментарная, паразитирующая [2, 3]. Причины возникновения миомы матки до настоящего времени окончательно не установлены [4].

Количество женщин с миомой матки с каждым годом растет, и акушерам-гинекологам все чаще приходится решать вопрос о тактике ведения беременности и родов у таких пациенток [5]. На фоне этой патологии протекает около 4% беременностей. У 10-40% беременных с миомой матки развиваются осложнения: прерывание беременности, гипотрофия и анатомические по-

вреждения плода, преждевременные роды, кровотечения в послеродовом периоде. При этом у 22-32% женщин происходит рост узлов. В отдельных случаях при возникновении осложнений (некроз узла, его инфаркт, перекрут ножки узла, сращение его с тазовой брюшиной) может развиваться клиническая картина острого живота [6].

Нарушение кровоснабжения в миоматозных узлах объясняется в основном механическими факторами (перекрут, перегиб, сдавление опухоли). Однако существуют особенности гемодинамики в период беременности: значительное снижение кровотока в матке, особенно выраженное в области межмышечного миоматозного узла, повышение сосудистого тонуса в сосудах малого калибра, выраженное затруднение венозного оттока, снижение скорости кровенаполнения артериального и венозного русла. Клиническим проявлением изменения гемодинамики матки является повышение тонуса миометрия, легкая

возбудимость матки, наличие тянущих болей, иногда спастического характера. Предрасполагающим фактором при этом является увеличение размеров миоматозных узлов в процессе роста матки во время беременности. К асептическому некрозу почти всегда присоединяется инфекция, проникающая в узел гематогенным или лимфогенным путем.

Мы приводим случай пациентки с огромным, на наш взгляд, миоматозным узлом, субсерозно-интерстициально расположенным и достигшим своих максимальных размеров при 15 нед первой беременности. У пациентки было получено согласие на публикацию. Причиной поступления в стационар явилась развернувшаяся картина острого живота, связанная с нарушением питания узла. Суть хирургического метода лечения при данной картине заключалась в немедленном оперативном вмешательстве и удалении узла при сохранении желанной, самопроизвольно наступившей первой беременности. Казалось бы, предпочтительным методом в данном случае являлся лапаротомический доступ, с последующим восстановлением стенки матки, описанный в доступной литературе, однако врачи приняли смелое решение о более щадящем лапароскопическом доступе [4, 7, 8, 11,12].

Описание клинического случая

Пациентка К., 36 лет, поступила в гинекологическое отделение ЦКБ с жалобами на боли внизу живота, усиливающиеся в течение последних 4 дней, Срок беременности 15 нед, беременность первая, наступила самопроизвольно. В течение 5 последних лет при осмотрах находили миоматозный узел размером до 3 см. По данным УЗИ обнаружена картина прогрессирующей маточной беременности 15 нед и 1 день (рис. 1) и интерстициально – субсерозный миоматозный узел размером 73x54x76 мм неоднородной структуры (рис. 2).

При влагалищном исследовании тело матки увеличено до 20 нед беременности за счет миоматозного узла, болезненного при пальпации. Учитывая нарушение питания в огромном узле при беременности 15-16 нед произведено оперативное вмешательство на фоне антибактериальной и дезинтоксикационной терапии. При лапароскопии обнаружено: матка увеличена до 16 нед беременности, неправильной формы за счет субсерозных миоматозных узлов на основании шириной 2 см, размерами 80x90x90 и 40x30x30 мм, расположенных по передней стенке матки в проекции круглой связки. На основания миоматозных узлов наложены петлевые лигатуры. Узлы



Рис. 1. УЗИ плода в 15-16 нед беременности некроза тканей узла.



Рис. 2. УЗИ миоматозного узла, признаки некроза тканей узла.

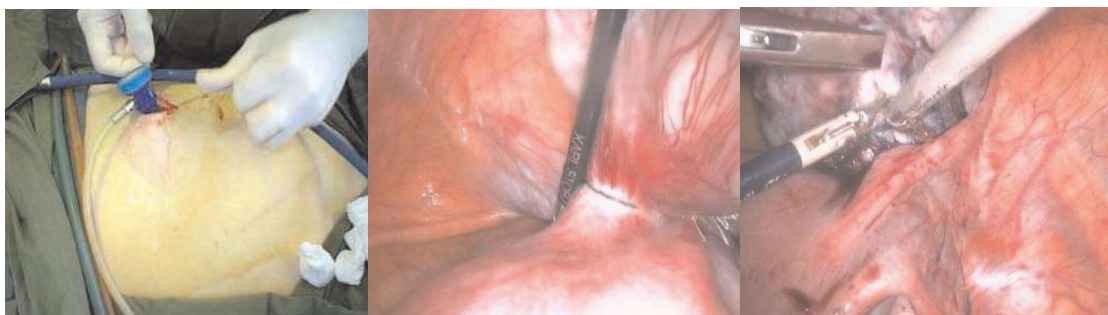


Рис. 3. Введение троакара, наложение петлевой лигатуры на основание узла, удаление препарата с помощью морцелятора.

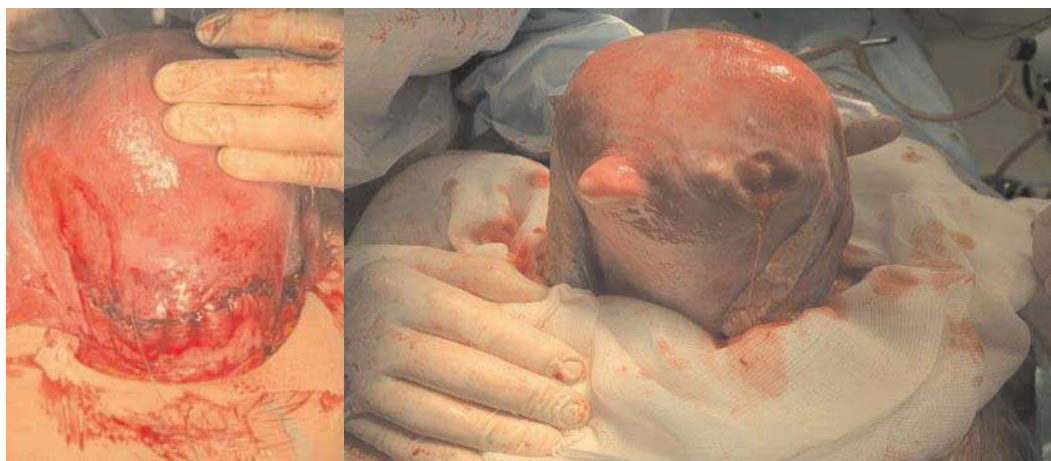


Рис. 4. Состояние матки после кесарева сечения. Вид спереди и сзади.

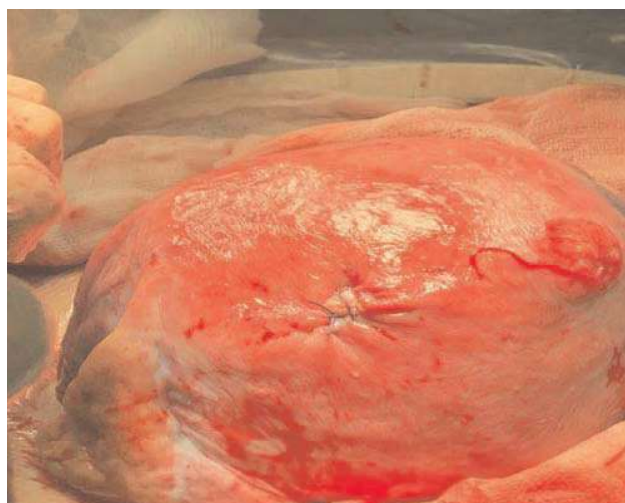


Рис. 5. Вид матки сзади после удаления субсерозного узла.

отсечены от основания с помощью коагуляции и УЗ-энергии скальпеля Harmonik [13]. Ложе узлов зашито отдельными швами монокрил. Перитонизация за счет круглой связки. Препараты удалены через расширенный порт левого троакара с помощью морцелятора. Установлен дренаж [14].

Ход операции: удаление узла больших размеров лапароскопическим доступом (Рис. 3).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью.

В дальнейшем беременность протекала под наблюдением акушеров-гинекологов без осложнений. Проводился УЗ-контроль за состоянием стенки матки, в сроках беременности 35-36 нед отмечалось незначительное уменьшение толщины мышечного слоя в области наложения швов. Диагностировано плевистое прикрепление пуповины. В 37- 38 нед в связи с началом родовой деятельности, с наличием рубца на матке после консервативной миомэктомии и с учетом плевистого

прикрепления пуповины произведено плановое кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по Гусакову. Родился живой доношенный мальчик массой тела 3070, длиной 50 см с оценкой по шкале Апгар 9-10 баллов. Во время операции после сокращения матки отмечено лишь небольшое «покраснение» тканей в области наложения швов при удалении узлов по передней и задней стенке (Рис. 4, 5). Произведено удаление еще одного субсерозного узла [15] размером 40x30x30 мм.

Послеродовый период протекал гладко, без антибактериальной терапии с профилактикой тромботических осложнений препаратом из группы низкомолекулярных антикоагулянтов. Выписана на 5-е сутки вместе с ребенком в удовлетворительном состоянии. При осмотре через месяц после кесарева сечения – состояние роженицы и малыша вполне удовлетворительное. УЗИ-картина послеродовой матки представлена на рис. 6. Вскармливание - грудное.



Рис. 6. УЗ-изображение матки на 25-й день после кесарева сечения.

Обсуждение

Удаление узлов больших размеров при беременности, а тем более с нарушением питания является чрезвычайно сложной задачей. Возможны ранение сосудов, повреждение мышечного слоя матки, инфекционные осложнения, прерывание беременности в послеоперационном периоде. Каждый случай такой патологии обсуждается консилиумом акушеров-гинекологов, анестезиологов и врачей УЗ-диагностики: помимо размеров узлов, необходимо учитывать их локализацию, протяженность основания, состояние плода, параметры его гемодинамики и возможности дальнейшего развития.

В доступной нам литературе мы не нашли материалов по удалению узлов больших размеров при беременности лапароскопическим доступом.

В настоящей статье описан случай хирургического вмешательства при данной патологии, впервые примененный в нашем лечебном учреждении. Основной задачей которого явились безопасность операции, снижение ее травматичности и ранняя реабилитация пациентки с сохранением беременности.

Заключение

Грамотное ведение беременности и родов демонстрирует достижения современной медицины и меняет устоявшиеся каноны в отношении доступа оперативного вмешательства при миомах большого размера во время беременности. Ювелирная техника хирургов при удалении миоматозных узлов больших размеров с применением современного инструментария лапароскопическим доступом позволила женщине прекрасно перенести послеоперационный период в 15-16 нед беременности, пролонгировать ее без ослож-

нений и завершить рождением здорового доношенного ребенка. Кроме того, удалось сохранить и восстановить репродуктивный орган - матку для возможности наступления последующих беременностей.

Приведенный клинический случай показывает, что лапароскопическая миомэктомия при беременности, даже больших узлов, является безопасным и эффективным методом лечения.

Литература

1. Ищенко А. И., Ботвин М. А., Ланчинский В. И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение // М.: Видар-М. — 2010. — С. 244. [Ishchenko A. I., M Botvin. A., V Lanchinsky. I. Uterine fibroids: etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment //Moscow: Vidar-M.-2010. — 2010. — P. 244. In Russian].
2. Marret H. et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. — 2012. — V. 165. — №. 2. — P. 156-164. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.07.030.
3. Vilos G. A. et al. The management of uterine leiomyomas // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. — 2015. — V. 37. — №. 2. — P. 157-178. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30338-8.
4. Кулаков В. И., Шмаков Г. С. Миомэктомия и беременность // М.: МЕДпресс-информ. — 2001. [Kulakov. I., Shmakov G. S. Myomectomy and pregnancy //Moscow: MEDpress-inform. — 2001. In Russian].
5. Klatsky P. C. et al. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery //American journal of obstetrics and gynecology. — 2008. — V. 198. — №. 4. — P. 357-366. doi: 10.1016/j.ajog.2007.12.039.
6. Coronado G. D., Marshall L. M., Schwartz S. M. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study //Obstetrics & Gynecology. — 2000. — V. 95. — №. 5. — P. 764-769. doi: 10.1016/S0029-7844(99)00605-5
7. Буянова С. Н. и др. Миомэктомия вне и во время беременности: показания, особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2013. — Т. 13. — №. 2. — С. 95-100. [Buyanova S. N. et al. Myomectomy outside and during pregnancy: indications, features of surgical tactics and anesthesia, preoperative preparation and rehabilitation //Russian bulletin of the obstetrician-gynecologist. — 2013. — V. 13. — №. 2. — P. 95-100. In Russian].
8. Иванов А. В. и др. Миома матки и миомэктомия// М.:Открытый мир. — 2010. [Ivanov A.V. et al. Uterine fibroids and myomectomy //Moscow: Open world. —2010. In Russian].
9. Логутова Л. С., Краснополяский В. И., Буянова С. Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки //М.: Миклош. — 2005. [Logutova L. S., Krasnopolsky V. I., Buyanova S. N. Reproductive problems of the operated uterus. — 2005. In Russian].
10. Штох Е. А., Цхай В. Б. Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска //Сибирское медицинское обозрение. — 2015. — №. 1 (91). [Shtokh E. A., Tskhai V. B. Uterine fibroids. Current understanding of pathogenesis and risk factors //Siberian Medical Review. — 2015. — №. 1 (91).]
11. Краснополяский В. И. Оперативная гинекология. — 2010. МЕДпресс —информ. — 2013. — С.32. [Krasnopolsky V. I. Operative gynecology. — 2010. MEDpress-inform. — 2013. — P.32. In Russian].
12. van der Kooij S. M., Ankum W. M., Hehenkamp W. J. K. Review of nonsurgical/minimally invasive treatments for uterine

fibroids //Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. – 2012. – V. 24. – №. 6. – P. 368-375. doi: 10.1097/GCO.0b013e328359f10a

13. Варданян В. Г. и др. Современные аспекты миомэктомии с использованием хирургических энергий //Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. – 2002. – С. 59-63. [Vardanyan V. G. et al. Modern aspects of myomectomy using surgical energies //Laparoscopy and hysteroscopy in gynecology and obstetrics. – 2002. – P. 59-63. In Russian].

14. Sizzi O. et al. Italian multicenter study on complications of laparoscopic myomectomy //Journal of Minimally Invasive

Gynecology. – 2007. – V. 14. – №. 4. – P. 453-462. doi: 10.1016/j.jmig.2007.01.013.

15. Vergani P. et al. Large uterine leiomyomata and risk of cesarean delivery //Obstetrics & Gynecology. – 2007. – V. 109. – №. 2. – P. 410-414.2. doi: 10.1097/01.AOG.0000250470.78700.f0.
