

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ ГИГАНТСКИХ УЗЛОВ

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

PREGNANCY AFTER CONSERVATIVE MYOMECTOMY OF GIANT NODES

E.N. Zarubina, T.A. Chernyshenko, F.V. Nenachov, D.N. Bakanova, N.A. Kolesnik, N.D. Ilyina
Central Clinical Hospital with Out-Patient Unit of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

Аннотация

Представлен клинический случай успешного родоразрешения женщины 32 лет после лапароскопической операции по удалению гигантских миоматозных узлов. Блестяще выполненная операция и тщательное наблюдение за течением беременности в условиях многопрофильной больницы позволили осуществить репродуктивную функцию после тяжелых осложнений во время предыдущей беременности.

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

Abstract

A clinical case of the successful delivery in a woman, aged 32, after laparoscopic surgery for removal of giant myomatous nodes is described. After an excellently performed surgery and careful monitoring of pregnancy in a multidisciplinary hospital, patient's reproductive function was restored after severe complications during previous pregnancy.

Keywords: uterine fibroid, myomectomy, laparoscopic surgery, pregnancy, caesarean section.

Ссылка для цитирования: Зарубина Е.Н., Чернышенко Т.А., Ненахов Ф.В., Баканова Д.Н., Колесник Н.А., Ильина Н.Д. Беременность после консервативной миомэктомии гигантских узлов. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2025; 4: 145–148.

Множественные миомы матки – это несколько доброкачественных опухолевых разрастаний, исходящих из миометрия [1]. Размеры миомы могут варьировать от бессимптомных мелких узлов до крупных образований, вызывающих опасные осложнения. Клиническое значение для репродуктивного здоровья женщины определяется характеристиками миомы: ее размером, локализацией (интрамуральная, субмукозная, субсерозная), а также степенью ее влияния на функции матки. Средний возраст выявления заболевания – 32–34 года, а пик заболеваемости приходится к началу менопаузы [2].

По данным Минздрава России, примерно у 70% женщин репродуктивного возраста диагностируют миому матки, чаще всего – у женщин моложе 30 лет, но заболеваемость в этой возрастной группе составляет 0.9–1.5%.

В большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет точную оценку его истинной распространенности, однако у 25% пациенток репродуктивного возраста наблюдаются клинические проявления миомы, такие как обильные, длительные или нерегулярные менструации, боль внизу живота и в поясничной области перед и во время менструации, нарушения мочеиспускания, нарушения функции кишечника с необходимостью проведения лечебных мероприятий [3]. Явная тенденция откладывания беременности на более поздний период, наметившаяся в последнее десятилетие, проявилась в увеличении процента выявления миомы матки у женщин, планирующих беременность. В ряде случаев (небольшой размер узлов, их субсерозное расположение, отсутствие узлов в зоне имплантации, стабильное состояние миомы, отсутствие деформации полости матки)

множественная миома матки не препятствует наступлению беременности и развитию плода, однако повышается частота осложнений беременности и родов, например повышенного риска самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, аномалии положения плода, дисфункции плаценты и послеродовых кровотечений. Кроме того, во время беременности улучшается кровоснабжение миоматозных узлов, что способствует их быстрому росту. Согласно данным различных исследований, миома матки и беременность диагностируется у 0.4–6% женщин [4]. При больших миомах матки применяются различные хирургические методы, включая органосохраняющие операции (миомэктомия) и радикальные (гистерэктомия). Выбор метода зависит от размеров миомы, ее расположения, возраста пациентки и ее репродуктивных планов [5]. В последнее время хирурги все чаще сталкиваются с технически сложными операциями ввиду больших размеров миоматозных узлов у молодых пациенток с нереализованной репродуктивной функцией и настойчивого желания женщины сохранить орган, несмотря на сомнительный прогноз фертильности в будущем [6]. Выполнять подобные операции с использованием лапароскопического доступа позволяет современный уровень развития эндоскопической хирургии. Многочисленные наблюдения и многолетний опыт проведения подобных операций позволили выделить преимущества данного метода по сравнению с традиционной хирургией, в первую очередь это быстрая послеоперационная реабилитация с восстановлением репродуктивной функции [7].

Однако общепризнано, что данная операция является сложной, для ее осуществления необходимы соответ-

ствующее техническое обеспечение и отточенные хирургические навыки врача. Кроме того, одним из частых осложнений при выполнении миомэктомии лапароскопическим доступом является интраоперационное кровотечение [8]. Поэтому благодаря методу временной окклюзии внутренних подвздошных артерий, запатентованному К.С. Пучковым и соавт. в 2009 г., существует возможность временно перекрывать кровоток, снижая перфузию в миометрии, что способствует точному определению границ узла и снижению объема интраоперационной кровопотери с последующим полноценным ушиванием дефекта миометрия с наложением двух- и трехрядных швов [9]. Эффективность клиппирования маточных артерий перед выполнением миомэктомии отмечена многими хирургами, а качество наложения шва на дефект стенки матки после энуклеации узла с применением современного шовного материала позволяет достичь оптимальных результатов [10].

По последним данным, частота наступления самопроизвольной беременности у пациенток после стандартной миомэктомии лапароскопическим доступом колеблется от 43 до 61% и зависит от количества, локализации, выбранного доступа оперативного вмешательства и опыта хирурга.

Однако в дальнейшем это неизбежно создает проблему несостоятельности рубца на матке даже во время беременности, хотя разрывы после консервативной миомэктомии являются редким, но чрезвычайно серьезным осложнением [11, 12].

Клинический случай

Представлен клинический случай успешного родоразрешения женщины 32 лет после лапароскопической операции по удалению гигантских миоматозных узлов.

Пациентка Э., 31 год, поступила в гинекологическое отделение № 2 акушерско-гинекологического корпуса Центральной клинической больницы (АГК ЦКБ) в связи с угрозой прерывания беременности на сроке 19 недель и множественной миомой матки (рис. 1).

До наступления беременности к врачам не обращалась. В течение недели пациентке была проведена терапия, направленная на пролонгирование самопроизвольно наступившей беременности, в результате которой она была выписана с прогрессирующей беременностью сроком 20 недель. Однако на сроке 25–26 недель у пациентки произошла антенатальная гибель плода с последующими самопроизвольными родами в московском городском роддоме. При выписке из роддома рекомендовано оперативное лечение по поводу миомы матки.

Через три месяца после родов пациентка обратилась в гинекологическое отделение № 1 ЦКБ, где было произведено хирургическое вмешательство: гистероскопия, лапароскопическая миомэктомия. При гистероскопии визуализировано отсутствие деформации полости матки. При лапароскопии обнаружено: матка увеличена до 13 недель из-за множественных миоматозных узлов, два из которых были размерами до 8–9 см в диаметре. Во время проведения операции вскрыта брюшина над маточными сосудами, на маточные артерии и ворончатозовые связки наложены временные клеммы. Миометрий вскрыт по передней стенке (рис. 2). Извлечен конгломерат узлов до 10 см в диаметре. Проведено ушивание передней стенки матки отдельными викриловыми швами в два

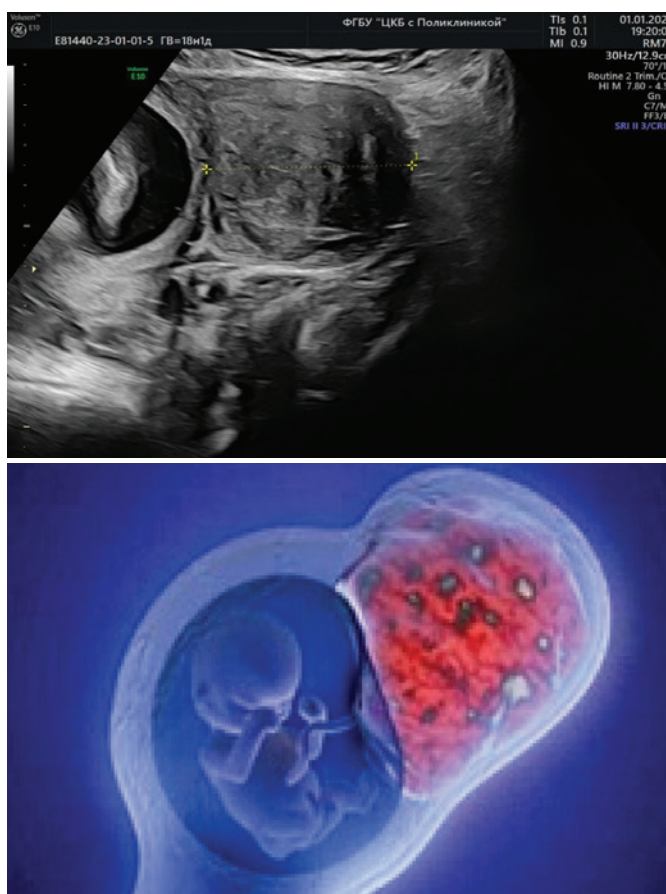


Рис. 1. Беременность 19 недель. Миома матки

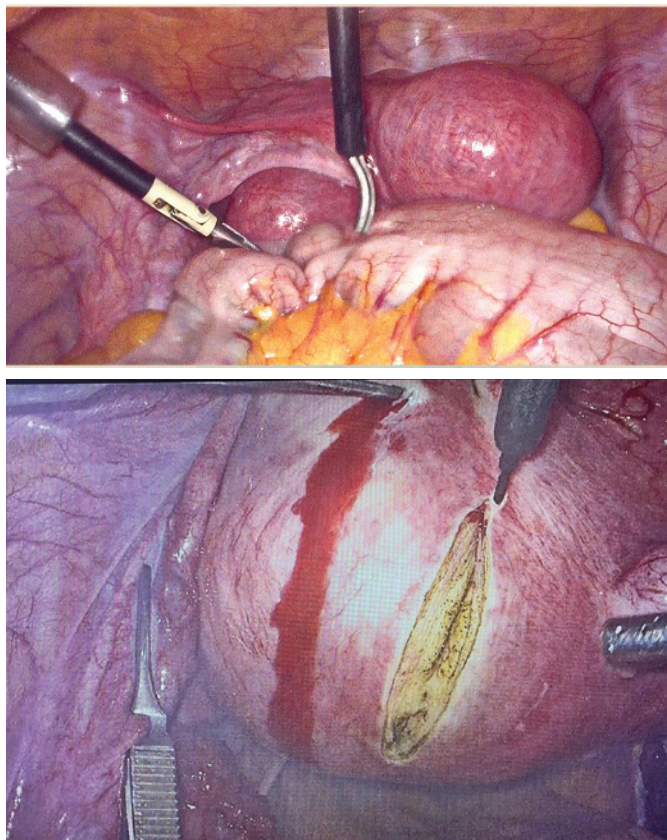


Рис. 2. Операция лапароскопическим доступом: удаление гигантских миоматозных узлов

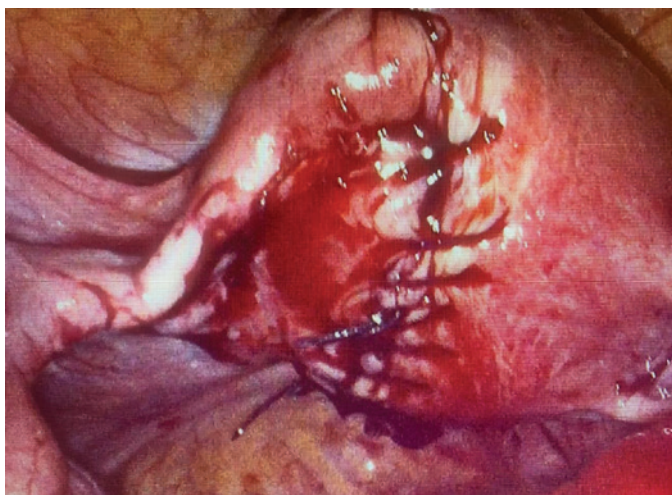


Рис. 3. Восстановление миометрия трехрядным швом



Рис. 4. Извлечение живой доношенной девочки

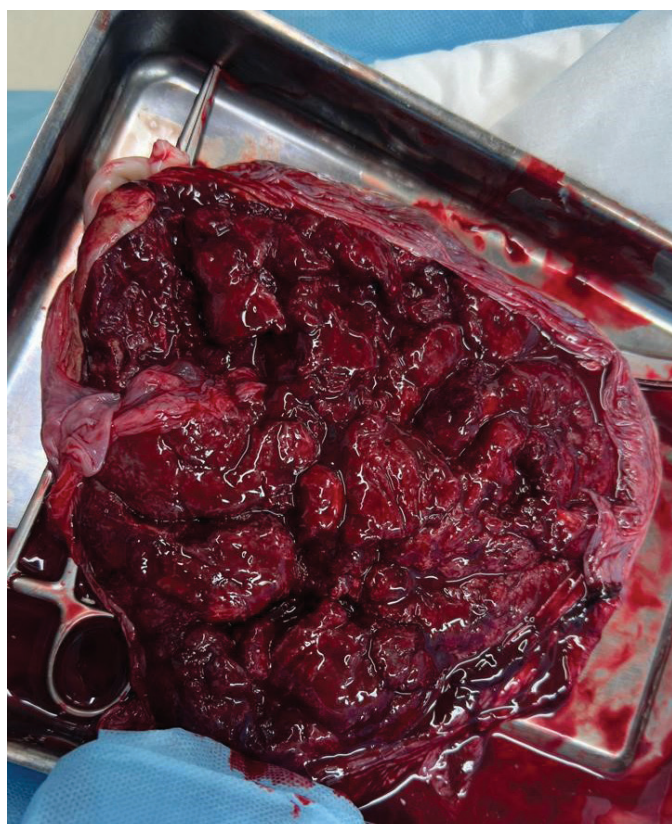


Рис. 5. Отсутствие целостности извлеченной плаценты

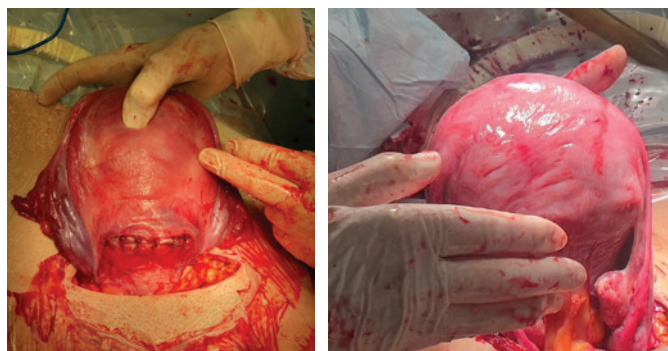


Рис. 6. Швы на послеродовой матке

ряда. Вскрыт миометрий по задней стенке: удален конгломерат узлов до 8 см, а также узел в области перешейка до 3 см в диаметре. Миометрий восстановлен трехрядными швами (рис. 3). На матку наложена гемостатическая салфетка surgical. В брюшную полость погружен эндобэг для морцелляции и удаления узлов. Эндоскоп и морцеллятор извлечены. Кровопотеря составила 350 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. На пятый день после операции пациентка выписана из стационара с рекомендациями планирования беременности не ранее чем через шесть месяцев.

Через пять месяцев после операции при контрольном ультразвуковом исследовании (УЗИ) в полости матки обнаружен полип размерами 1.5 мм с кровотоком. В условиях стационара произведена гистероскопическая полипэктомия с положительным эффектом. Через семь месяцев после операции по удалению узлов наступила самопроизвольная беременность, которая протекала под тщательным наблюдением акушеров-гинекологов АГК ЦКБ. Поскольку плацента располагалась по задней стенке матки, из толщи которой был удален гигантский узел, проследить состояние миометрия по данным УЗИ было очень затруднительно. В связи с этим большое значение придавалось клиническому наблюдению и определению тонуса матки по данным кардиотокографии плода.

В 37 недель беременности пациентка была госпитализирована в АГК ЦКБ, где проведено кесарево сечение по Пфанненштилю с разрезом матки в нижнем маточном сегменте. Извлечена живая доношенная девочка массой 3040 г в целом плодном пузыре (рис. 4). Ребенок приложен к груди матери на операционном столе. Из особенностей операции: обращало на себя внимание отсутствие целостности плаценты, которая располагалась по задней стенке в области удаленного узла (рис. 5). Разрез на матке ушит викриловыми швами. При осмотре: матка правильной формы без видимых дефектов (рис. 6).

Послеродовый период протекал без осложнений. На пятые сутки родильница и девочка в удовлетворительном состоянии были выписаны домой. Грудное вскармливание продолжалось до четырех месяцев.

По данным УЗИ малого таза через три месяца после родов: матка сократилась до нормальных размеров с сохранением четкой полости (рис. 7).

Заключение

Ведение беременности в подобных случаях должно предусматривать тщательное дородовое наблюдение, аппаратный контроль состояния рубца на матке, пла-

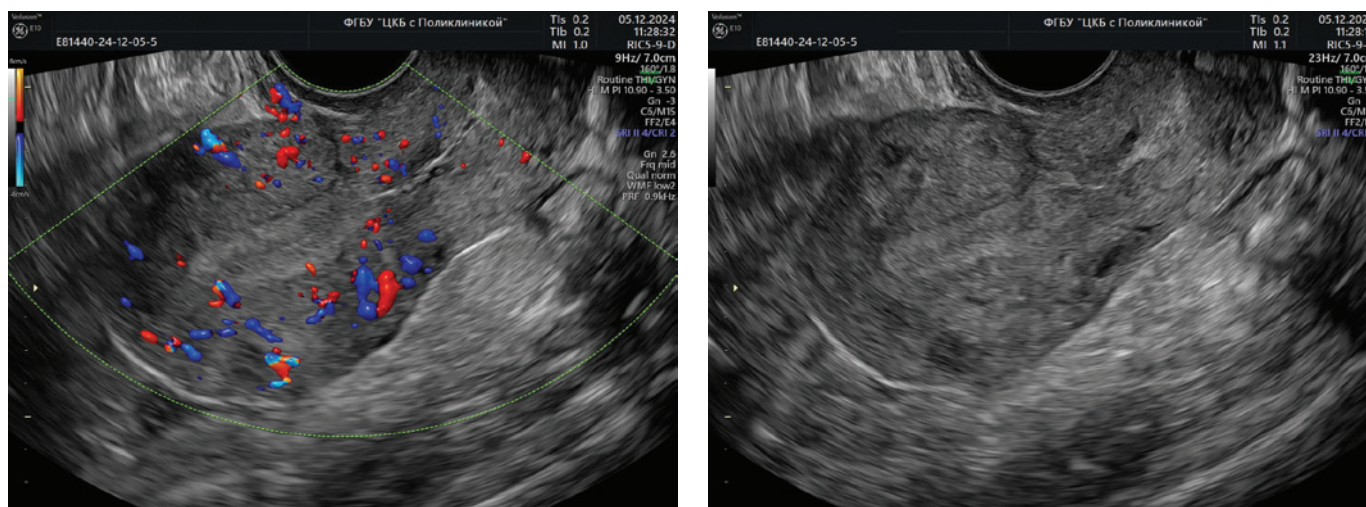


Рис. 7. УЗИ матки через три месяца после кесарева сечения: матка сократилась до нормальных размеров с сохранением четкой полости

новое родоразрешение в стационарах высокого (третьего) уровня.

В представленном клиническом случае тщательное наблюдение акушеров за течением беременности и работа высокопрофессиональных хирургов-гинекологов с «ювелирным» исполнением операции позволили женщине с тяжелой патологией матки в 32 года осуществить свою репродуктивную функцию и уйти из многопрофильного стационара с живым и здоровым ребенком.

Литература

1. Machado-Lopez A. et al. Molecular and cellular insights into the development of uterine fibroids // *Int. J. Mol. Sci.* – 2021. – V. 22. – No 16. – P. 8483. DOI: 10.3390/ijms22168483.
2. Карамян Р.А. и др. Миома матки: взгляд на проблему // *Медицинский вестник Юга России.* – 2022. – Т. 13. – № 2. – С. 18–25. [Karamyan R.A. et al. Uterine fibroids: a look at the problem // *Medical Bulletin of the South of Russia.* – 2022. – V. 13. – No 2. – P. 18–25. In Russian]. DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-2-18-25.
3. Миома матки. Клинические рекомендации. Утверждены Минздравом РФ 02.11.2020 г. [Uterine Myoma. Clinical Guidelines. Approved by the Russian Ministry of Health on November 2, 2020. In Russian]. <https://health.pnzreg.ru/zdrav/klinicheskie-protokoly-akusherstvo-i-ginekologiya/%D0%9C%D0%B8%D0%BE%D0%BC%D0%B0%20%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B8.pdf>.
4. Доброхотова Ю.Э. и др. Течение беременности и родов у пациенток с миомой матки // *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева.* – 2025. – Т. 12. – № 1. – С. 5–14. [Dobrokhotova Yu.E. et al. The course of pregnancy and childbirth in patients with uterine fibroids // *Archives of Obstetrics and Gynecology named after V.F. Snegirev.* – 2025. – V. 12. – No 1. – P. 5–14. In Russian]. DOI: 10.17816/aog630676.
5. Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии: руководство для врачей / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян. – М.: Медицина. – 2000. – 384 с. [Kulakov V.I. Endoscopy in gynecology: a guide for doctors / V.I. Kulakov, L.V. Adamyan. – M.: Medicine. – 2000. – 384 p. In Russian].
6. Ванке Н.С. Оценка эффективности эндохиргических органосберегающих операций у больных с миомой матки: дисс. ... канд. мед. наук. – М.: ГУЗ МОНИИАГ. – 2008. – 118 с. [Vanke N.S. Evaluation of the effectiveness of endosurgical organ-preserving operations in patients with uterine fibroids: diss. ... PhD. – Moscow: State Healthcare Institution MONIAG. – 2008. – 118 p. In Russian].
7. Rosetti A. et al. Developments in techniques for laparoscopic myomectomy // *JCLS.* – 2007. – V. 11. – No 1. – P. 34–40.
8. Sizzi O. et al. Italian multicenter study on complications of laparoscopic myomectomy // *J. Minim. Invas. Gynecol.* – 2007. – V. 14. – No 4. – P. 465–462. DOI: 10.1016/j.jmig.2007.01.013.
9. Патент 2407467 Российская Федерация, МПК А 61B017/42. Способ лапароскопической миомэктомии / К.В. Пучков. – № 2009126946/14; заявл. 13.07.2009; опубл. 27.12.2010; бюл. № 36. [Patent 2407467 Russian Federation, IPC A 61B017/42. Method of laparoscopic myomectomy / K.V. Puchkov. – No 2009126946/14; declared 13.07.2009; published 27.12.2010; bulletin No 36. In Russian].
10. Angioli R. et al. A new type of absorbable barbed suture for use in laparoscopic myomectomy // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2012. – V. 117. – No 3. – P. 220–223. DOI: 10.1016/j.ijgo.2011.12.023.
11. Корсак В.С. и др. Полный разрыв матки во время беременности после лапароскопической миомэктомии (описание случая) // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2005. – Т. LIV. – № 2. – С. 108–112. [Korsak V.S. et al. Complete rupture of the uterus during pregnancy after laparoscopic myomectomy (case report) // *Journal of Obstetrics and Women's Diseases.* – 2005. – V. LIV. – No 2. – P. 108–112. In Russian].
12. Culture N. et al. Frequency of uterine rupture at delivery and accompanying for the mother and the newborn // *Vojnosanit. Pregl.* – 2009. – V. 66. – No 8. – P. 635–638. DOI: 10.2298/vsp0908635c.