

**ОПЫТ МИОМЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Каменских Гаяне Валерьевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Велигуров Герман Германович
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Аникина Татьяна Анатольевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Туриченко Ольга Витальевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Цель. Оптимизировать тактику ведения беременных с миомой матки.

Материал и методы. Изучено течение беременности на фоне имеющейся миомы матки, проведен ретроспективный анализ анамнестических данных, особенностей и тактики ведения беременности, а также показаний к миомэктомии.

Результаты. Во время беременности у 90 женщин произведена миомэктомия в отсроченном порядке в связи с нарушением питания узла и быстрым ростом опухоли. В одном случае миомэктомия выполнена в экстренном порядке в связи с внутрибрюшным кровотечением из надрывов сосудов брюшины, кровоснабжающих миоматозный узел. Пациентки состояли на учете в женской консультации в первом триместре и получали гестагены в связи с угрозой прерывания беременности.

Заключение. В связи с «омоложением» распространения миомы матки учащаются случаи ее выявления во время беременности. При узлах более 5 см необходимо консультирование до 12 нед беременности в родовспомогательных учреждениях III уровня с целью выбора оптимальной тактики ведения. При больших размерах миоматозных узлов предусмотрены соблюдение последовательности обследования согласно протоколу УЗИ и своевременное назначение антикоагулянтов для профилактики тромбозных осложнений.

Ключевые слова: МИОМА И БЕРЕМЕННОСТЬ, МИОМЭКТОМИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ФЕТОПАТИЯ, РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ

**EXPERIENCE OF MYOMECTOMY
IN PREGNANCY. CASE REPORT**

Kamenskikh Gayane Valeryevna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

Veligurov German Germanovich
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

Anikina Tatiana Anatolyevna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

Turichenko Olga Vitalievna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

Aim of the study. Optimisation the tactics of managing pregnant women with uterine myoma.

Material and methods. The course of pregnancy against the background of existing uterine fibroids was studied; a retrospective analysis of anamnestic data, features and tactics of pregnancy management, as well as indications for myomectomy was carried out.

Results. During pregnancy, 90 women underwent delayed myomectomy due to malnutrition of the node and rapid tumor growth. In one case, myomectomy was performed on an emergency basis due to intra-abdominal bleeding from tears in the peritoneal vessels supplying the myomatous node. The patients were registered in the antenatal clinic in the first trimester and received gestagens in connection with the threat of termination of pregnancy.

Conclusion. In connection with the "rejuvenation" of the spread of uterine fibroids, the cases of its detection during pregnancy are becoming more frequent. For nodes over 5 cm consultation required before 12 weeks of gestation in obstetric institutions III level in order to choose the optimal management tactics. With large sizes of myomatous nodes, the sequence of examination according to the ultrasound protocol and the timely administration of anticoagulants for the prevention of thromboembolic complications are provided.

Key words: MYOMA AND PREGNANCY, MYOMECTOMY DURING PREGNANCY

Миома матки – доброкачественное новообразование из мышечно-соединительной ткани матки [1–5]. Это наиболее распространенная опухоль матки у женщин репродуктивного возраста [2]. Частота распространения миомы матки в общей популяции колеблется в пределах 7,8–28 % в структуре других доброкачественных опухолей половых органов. По данным разных авторов распространенность случаев сочетания беременности и миомы матки составляет от 0,5 до 6 % [2, 4, 6, 10].

В последнее время прослеживается тенденция «омоложения» миомы матки, поэтому эта проблема стала актуальной для женщин репродуктивного возраста и нерожавших. У женщин в возрасте 20–25 лет от всех заболеваний половых органов 13–18 % случаев приходится на миому матки [3, 7, 8].

У молодых женщин (20–25 лет) миома матки нередко имеет активный характер: быстрый рост, образование множественных миоматозных узлов, увеличение их размеров во время беременности, что в значительной степени осложняет ее течение и родов [2, 5, 9, 10, 11]. Бессимптомное течение миомы длительное время может привести к ее обнаружению во время обследования [11–13]. Удаление миоматозных узлов у женщин без других вероятных причин бесплодия приводит к наступлению беременности у каждой второй пациентки [9, 14]. Во время планирования беременности у женщин с миомой необходима миомэктомия при размерах узла более 5 см. Это способствует восстановлению анатомической целостности матки, кровоснабжению и ее сократительной способности [11, 14–17].

У 68,8 % пациенток во время беременности отмечается быстрый рост узлов, а у каждой пятой выявляют прогестеронзависимую опухоль (соотношение уровня экспрессии рецепторов к прогестерону и эстрадиолу – 6,0 и выше) [11]. У части пациенток миому матки обнаруживают во время беременности, и они относятся к высокой группе риска [18]. Беременность с миомой матки может протекать бессимптомно и не вызывать осложнений ни

во время беременности, ни в родах. В большинстве случаев у пациенток возникают осложнения, как со стороны беременности, так и миоматозного узла, что предусматривает необходимость стационарной помощи и оперативного лечения [11–15, 19].

При лечении угрожающего выкидыша у беременных с миомой необходимо назначение гестагенов, однако отсутствуют данные об их влиянии на рост миоматозных узлов. В настоящее время большое значение в патогенезе миомы матки отводится прогестерону. Более 90 % клеток миомы матки содержат рецепторы к этому гормону [11, 14, 17]. Рост узлов при беременности связан с патогенетическими механизмами: гиперплазией и гипертрофией миометрия, а также высокой чувствительности опухоли к гестагенам [20]. У одной пациентки могут быть миоматозные узлы с различной скоростью роста. Особенно быстрый их рост отмечают в первом (с 7 нед) и во втором триместрах беременности, а в третьем триместре происходит уменьшение размеров миоматозного узла [21, 22].

При осложнениях во время беременности, обусловленных миомой матки, необходимо проведение миомэктомии до 22 нед, после этого срока учитывают интересы плода. Оптимальный срок для этой операции – 16–19 нед беременности, когда отмечают высокую концентрацию прогестерона, вырабатываемого плацентой [11, 15]. Миомэктомию во время беременности выполняют лапаротомическим или лапароскопическим способами [23]. В большинстве случаев отдают предпочтение лапаротомическому доступу [22–24].

Миомэктомию во время беременности проводят, как правило, отсроченно, когда сохраняется болевой синдром на фоне лечения или отмечается быстрый рост узла [25, 26]. Хирургическое удаление миоматозных узлов при беременности с помощью миомэктомии выполняют в экстренных случаях на фоне некроза узла, перекрута его с разрывом, а также на фоне внутрибрюшного кровотечения в результате надрывов сосудов серозы [26, 27].

Цель исследования: оптимизировать тактику ведения беременных с миомой матки для улучшения прогнозов вынашивания беременности.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ карт стационарных больных – беременных с миомой матки. С 2019 по 2022 г. в перинатальном центре (ПЦ) ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» под наблюдением находились 233 беременные с миомой матки. Миомэктомия во время беременности была проведена у 90 пациенток. Основные показания для выполнения миомэктомии: нарушение питания узла, быстрый рост, внутрибрюшное кровотечение. Все беременные состояли на учете в женской консультации, начиная с первого триместра. У всех женщин беременность протекала на фоне угрозы прерывания, требующей госпитализации. Пациентки получали гестагены с первой половины беременности. Средний возраст женщин – $(32,2 \pm 4,3)$ года, менархе – $12,7 \pm 0,9$, начало половой жизни – $(20 \pm 3,5)$ года.

Результаты

У 68 (76 %) обследованных женщин менструальная функция не была нарушена, у 20 (22 %) пациенток отмечали обильные менструации, только у двух пациенток (2 %) – задержки менструации до 2–3 мес (рисунок 1).

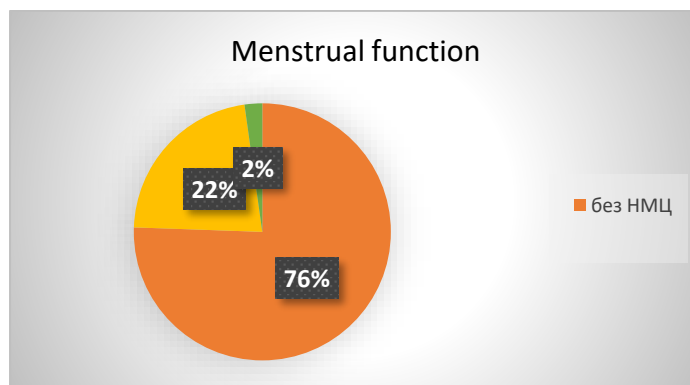


Рисунок 1 – Изменение показателей менструальной функции

Первая беременность была обнаружена у 39 женщин (42 %), у 34 пациенток (37 %) – вторая беременность, а в 17 случаях (21 %) – третья и более (рисунок 2).

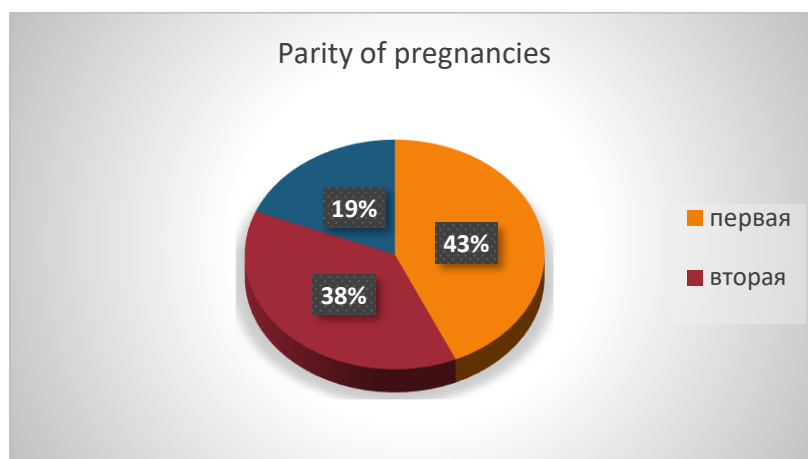


Рисунок 2 – Паритет беременности у обследованных женщин

Прегравидарную подготовку проводили у 18 беременных (20 %). Миому матки до беременности диагностировали у 70 (78 %) женщин, у остальных 20 (22 %) пациенток миома впервые была выявлена во время настоящей беременности (рисунок 3).

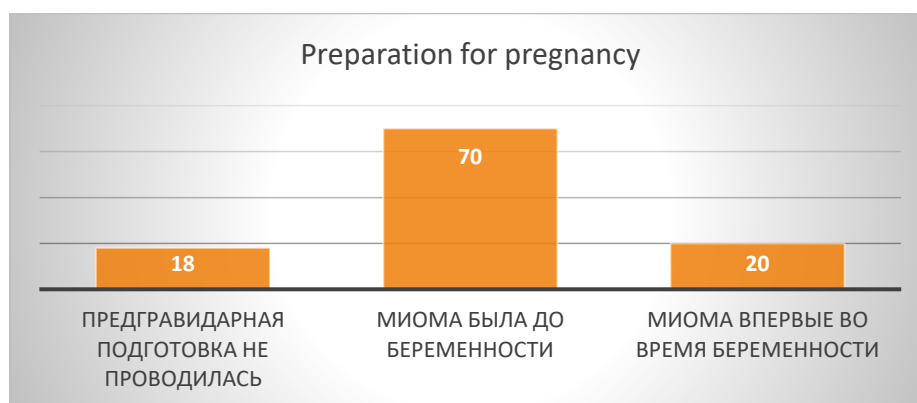


Рисунок 3 – Прегравидарная подготовка к беременности у обследованных женщин с миомой матки

При впервые выявленной миоме у 64 (71 %) пациенток размеры миоматозных узлов были менее 30 мм, у 18 (20 %) женщин миома была средних размеров – от 31 до 50 мм, а у 8 (9 %) – более 51 мм (рисунок 4). Для выполнения миомэктомии во время беременности учитывали размеры узлов – 46–160 мм.

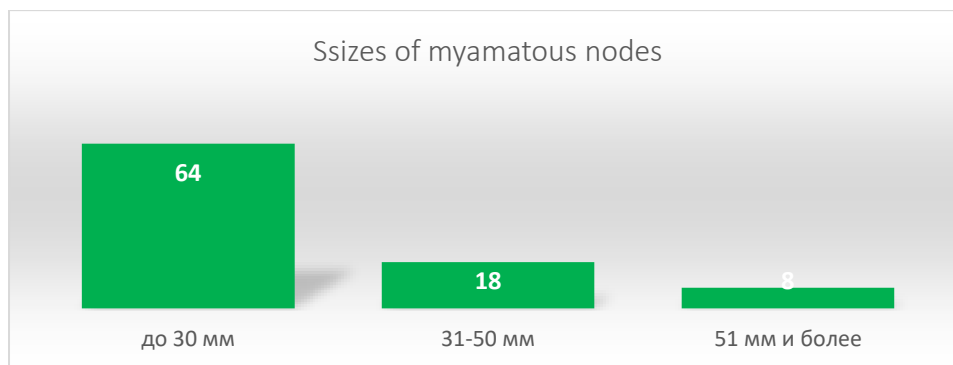


Рисунок 4 – Размеры миоматозных узлов у обследованных женщин при выполнении миомэктомии

У 80 беременных наблюдали экстрагенитальные заболевания. Из них у 15 (19 %) пациенток отмечали ожирение; у 4-х (5 %) – гипертоническую болезнь, у 4-х (5 %) – узловой зоб, эутиреоз; анемия была у 48 (60 %), миопия – у 9 (11 %) женщин. Срок гестации при проведении миомэктомии составлял 16–20 нед. В одном случае миомэктомия была проведена в 5 нед по экстренным показаниям. В двух (3 %) случаях течение беременности осложнилось ее прерыванием до 22 нед. У 97 % (88) беременных доношенный срок был завершён родоразрешением. В одном случае это были консервативные роды, в 86 случаях проводили отсроченные операции, выполнена одна экстренная операция в связи с внутрибрюшным кровотечением (рисунок 5).



Рисунок 5 – Исходы беременностей у обследованных женщин

Клинический случай

Беременная Н., 38 лет, находилась на стационарном лечении в перинатальном центре ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2). Переведена из районной ЦРБ в экстренном порядке с диагнозом: Беременность 16 нед. Миома матки. Нарушение питания узла. Из анамнеза: в детстве ветряная оспа, ОРВИ. Менархе – с 13 лет. Менструальная функция не нарушена. К гинекологу не обращалась в последние 10 лет. В анамнезе – одно кесарево сечение. Настоящая беременность вторая, наступила самостоятельно, без подготовки. На учет по беременности встала в 8 нед. Впервые выявлена миома матки в 12 нед: субсерозный узел по правой боковой стенке размерами 88 × 66 × 72 мм. В связи с болевым синдромом находилась на стационарном лечении по месту жительства с диагнозом: Беременность 14–15 нед. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Миома матки.

Пациентка получала спазмолитики, магниезиальную терапию, микролизированный прогестерон – 400 мкг интравагинально. Была выписана в удовлетворительном состоянии. Через три дня появились резкие боли в правой половине живота, была экстренно госпитализирована в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. Хирургическая патология была исключена. По данным УЗИ – признаки миомы матки с деструкцией: по правой боковой стенке обнаружен миоматозный узел (79 × 72 × 76 мм) с кистозными образованиями, прогрессирующая беременность 16–17 нед. С учетом сохраняющегося болевого синдрома, стабильного состояния беременная была переведена в перинатальный центр ККБ № 2.

При поступлении в стационар пациентка предъявляла жалобы на боли внизу живота. Артериальное давление 125/80 d = s, пульс 88 уд./мин. Температура – 36,7 °С. Кожные покровы бледные. Живот поддут, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

В отделении гинекологии пациентка была полностью обследована: в общеклиническом анализе крови – лейкоцитоз (лейкоциты – $14,86 \cdot 10^9/\text{л}$),

анемия второй степени (эритроциты – $2,7 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 79 г/л), С-реактивный белок – 146,15 мг/л.

По данным УЗИ: по правому ребру матки, в области плацентарной площадки при цветной доплерография (ЦДК) определяются расположенные рядом два интерстициально-субсерозных узла размерами $90 \times 76 \times 89$ мм и 48×41 мм, неоднородной структуры с периферическим кровотоком. Миометрий в области узлов недостаточно дифференцирован. По левому ребру визуализируется субсерозный миоматозный узел (44×31 мм), с активным кровотоком – индекс резистентности (ИР) составляет 0,65. По передней стенке в средней трети обнаружен интерстициальный узел – 13 мм, по задней стенке – 14 мм. Толщина плаценты по правой боковой стенке – 35 мм. Индекс амниотической жидкости – 10 см. Анатомия плода без особенностей. Внутренний зев закрыт. Заключение: прогрессирующая беременность – 16 нед, некроз миоматозного узла, кровотечение (рисунок 6).

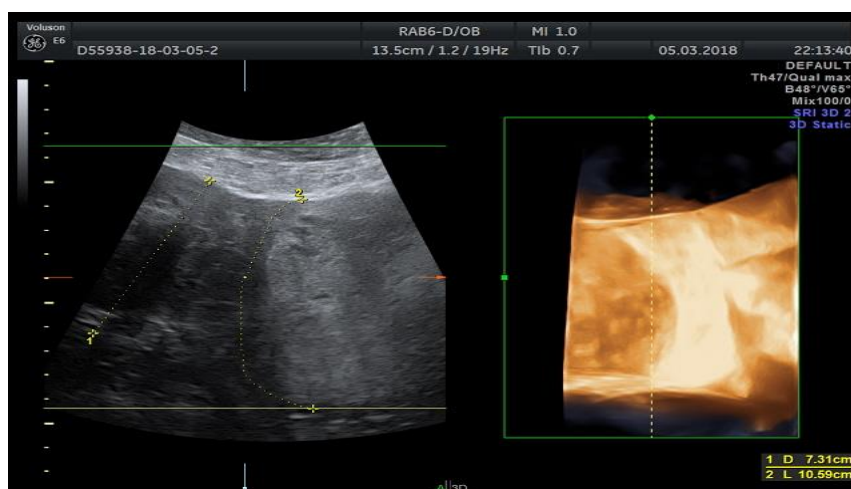


Рисунок 6 – Прогрессирующая беременность, некроз миоматозного узла с кровотечением

Был выставлен клинический диагноз: Беременность 15–16 нед. Внутривнутрибрюшное кровотечение. Миома матки. Некроз узла. Анемия второй степени. В экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом была произведена операция: нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка справа. При

вскрытии брюшной полости обнаружено 600 мл темной крови со сгустками. Результат ревизии брюшной полости – по правой боковой стенке матки выявлен субсерозный миоматозный узел в диаметре 9,0 см, на тонкой ножке, отечный, размягченный. По задней стенке в области перешейка обнаружен субсерозный узел в диаметре 7,0 см, с выраженной сосудистой сетью, синюшного цвета, среди них кровоточащие сосуды (рисунок 7).

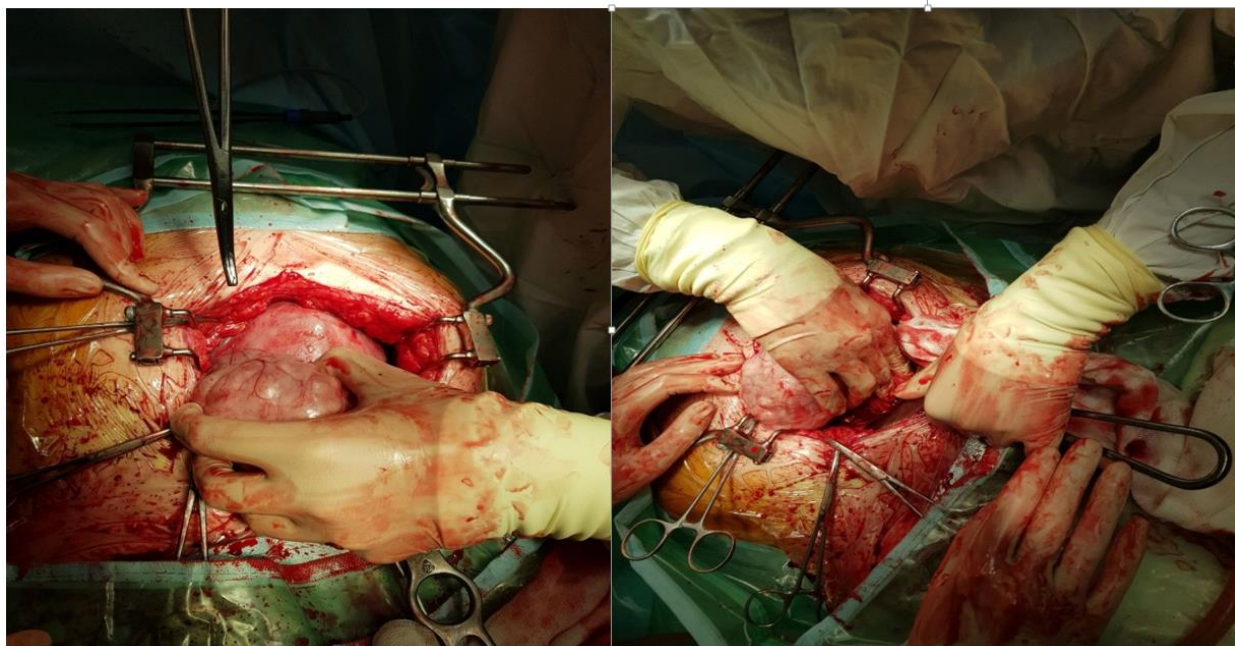


Рисунок 7 – Проведение нижнесрединной лапаротомии с обходом пупка справа

Пациентке произведена миомэктомия. Ложе узлов ушито узловыми викриловыми швами в два ряда. Интраоперационно проводили гемотрансфузию. Контроль УЗИ: беременность прогрессирует, признаков отслойки плаценты нет. Проведено дренирование и послойное ушивание раны.

В послеоперационном периоде у пациентки Н. явления перитонизма исчезли на третьи сутки. Она получала антибактериальную, инфузионную терапию, направленную на стимуляцию кишечника, обезболивание, гормональную поддержку микронизированным прогестероном – 200 мкг в сутки интравагинально. Продолжили лечение анемии, проводили профилактику тромбоэмболических осложнений низкомолекулярными гепаринами. По-

слеоперационный период протекал без особенностей. Заживление швов выполняли первичным натяжением. Патолого-гистологическое исследование включало некроз узла.

Результаты УЗИ при выписке пациентки Н.: прогрессирующая беременность – 17 нед. Количество околоплодных вод нормальное, индекс амниотической жидкости – 16 см. Плацента по передней стенке матки, по правой боковой стенке на 37 мм выше внутреннего зева. Толщина плаценты – 28 мм. Свободной жидкости в малом тазу не обнаружено. Допплерометрия: индекс резистентности (ИР) артерии пуповины – 0,69 у. е, маточных артерий – 0,63–0,65 у. е; средней мозговой артерии – 0,78. Нарушений гемодинамики не выявлено. Длина шейки матки – 39 мм, внутренний зев закрыт.

Пациентка Н. в удовлетворительном состоянии была выписана на 10-е сут после операции под наблюдение врача женской консультации. Были предложены рекомендации продолжить прием микронизированного прогестерона, низкомолекулярных гепаринов в профилактической дозе, контроль УЗИ в перинатальном центре ККБ № 2 в 20–24 нед.

В доношенном сроке пациентка была родоразрешена в плановом порядке операцией кесарева сечения. Родился мальчик – 3050 г, 54 см, 8–9 баллов по шкале Апгар.

На шестые сутки пациентка была выписана домой с ребенком.

Заключение

Беременные с миомой матки наблюдаются по поводу невынашивания беременности, неоднократно госпитализируются в родильные дома. Им проводят постоянную терапию угрозы прерывания беременности и ставят диагноз нарушения питания узла, когда не купируются признаки угрожающего выкидыша.

Беременные с миомой матки относятся к группе высокого риска, поэтому при отсутствии болевого синдрома им в плановом порядке проводят

обязательную маршрутизацию в консультативном отделении перинатального центра. У беременной при размерах миоматозного узла более 5 см необходима консультация до 12 нед беременности для выбора оптимальной тактики ведения.

При появлении болевого синдрома в первую очередь исключают нарушение питания в миоматозном узле и дифференцированно проводят гормональную поддержку.

У беременных с миомой матки болевой синдром связан с дегенеративными процессами, необходимо учитывать риски тромбозных осложнений для своевременного назначения низкомолекулярных гепаринов.

При ведении беременных с миомой в протокол УЗИ включают исследования, предусматривающие определение размеров, локализации и характера миоматозных узлов, кровотока в них, а также измерение толщины миометрия между узлом и амниотической полостью. Полученные результаты определяют выбор метода лечения миомы матки при беременности.

Список литературы

1. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация: клинические рекомендации (протокол лечения), 2015.
2. Современные подходы к лечению миомы матки / Л. Ю. Карахалис, Е. И. Дубинина, Н. С. Папова, Н. В. Биттар, Е. А. Журавлева, О. В. Туриченко // Акушерство и гинекология. – 2015; 11: 95–101.
3. The management of uterine leiomyomas / G. A. Vilos, C. Allaire, P. Y. Laberge et al. // J. Obstet. Gynaecol. Can. – 2015; 37:157–181.
4. Радзинский В. Е. Миома матки: курс на органосохранение / В. Е. Радзинский, Г. Ф. Тотчиев // Информационный бюллетень. – М.: Редакция журнала Status Praesens, 2014. – С 15–18.
5. Лебедев В. А. Спорные и нерешенные вопросы лечения и профилактики миомы матки у больных репродуктивного периода / В. А. Лебедев, А. И. Давыдов, В. М. Пашков // Трудный пациент. – 2013. – Т. 11, № 8–9. – С. 14–19.
6. Bendifallah S. Myomectomy for infertile women: the role of surgery / S. Bendifallah, J. L. Brun, H. J. Fernandez // Gynecol. Obstet Biol Reprod. – 2011. – P. 885–90.
7. Myomas and reproductive function. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with The Society of Reproductive Surgeons

- American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama. *Fertil Steril.* – 2008; 125–130.
8. Тактика ведения беременности у женщин с центрипетальным ростом крупных миоматозных узлов / М. А. Ботвин, Н. М. Побединский, А. Д. Липман и др. // *Акушерство и гинекология.* – 2004. – № 1. – С. 24–27.
 9. Айламазян Э. К. Гинекология: учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 132 с.
 10. Беременность и прогестеронзависимая миома матки / В. И. Краснопольский, П. В. Сергеев, Н. Д. Гаспарян и др. // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2003. – № 3:3. – С. 5–57.
 11. Доброкачественные заболевания матки / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, В. М. Пашков, В. А. Лебедев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 281 с.
 12. Kumar R. R. The utility of caesarean myomectomy as a safe procedure: a retrospective analysis of 21 cases with review of literature / R. R. Kumar, M. Patil, S. Sa // *J. Clin. Diagn. Res.* – 2014. – P. 108–119.
 13. Bendifallah S. Myomectomy for infertile women: the role of surgery / S. Bendifallah, J. L. Brun, H. Fernandez. *J. Gynecol // Obstet. Biol. Reprod. (Paris).* – 2011. – Dec. – Vol. 40 (8). – P. 885–901.
 14. Fagherazzi S. Pregnancy outcome after laparoscopic myomectomy / S. Fagherazzi, S. Borgato, M. Bertin, A. Vitagliano et al. // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* – 2014. – Vol. 41 (4). – P. 375–379.
 15. Миомэктomia – метод выбора органосберегающего лечения больных аденомиозом при больших размерах матки / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, В. М. Пашков, В. А. Лебедев, И. А. Клиндухов // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2007. – 6 (5). – С. 109–12.
 16. Myomas and reproductive function. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with The Society of Reproductive Surgeons American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama. *FertilSteril*, 2008; 90:125–30.
 17. Адамян Л. В. Новые фармакологические возможности лечения миомы матки / Л. В. Адамян, М. М. Сонова, Н. М. Шамугия // *Проблемы репродукции : материалы VIII Международного конгресса по репродуктивной медицине.* – М., 2014. – С. 21–23.
 18. Миома матки у больных молодого возраста: клинико-патогенетические особенности / И. С. Сидорова, А. Л. Унанян, Е. А. Коган, Т. Д. Гуриев // *Акушерство, гинекология и репродукция.* – 2010. – №1.
 19. Тихомиров А. Л. Патогенетическое обоснование профилактики миомы матки / А. Л. Тихомиров, А. А. Леденкова, А. Е. Батаева // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2011. – С 75–78.
 20. Кулаков В. И. Оперативная гинекология – хирургические энергии / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян, О. А. Мынбаев. – М.: Медицина, 2000. – С. 37–41.
 21. Адамян Л. В. Современные аспекты лечения миомы матки / Л. В. Адамян, Э. Р. Ткаченко // *Мед. кафедра.* – 2003. – № 4. – С. 110–118.
 22. Guidelines Committee of the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons / H. Yumi // *Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy: this statement was reviewed and approved by the Board of Governors of the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), September 2007. It was prepared by the SAGES Guidelines Committee. Surg Endosc.* – 2008; 22:849–861.

23. *Тихомиров А. Л.* Дифференцированный подход к лечению больных миомой матки / *А. Л. Тихомиров, Ч. Г. Олейник* // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 74–81.
24. *Tan Y. L.* Rare postpartum ruptured degenerated fibroid: a case report / *Y. L. Tan, A. Naidu* // *J Obstet. Gynaecol. Res.* – 2014; 40:1423–1425.
25. *Deshpande G.* A case of torsion of gravid uterus caused by leiomyoma / *G. Deshpande, R. P. M. Kaul* // *Case Rep Obstet Gynecol.* – 2011; 2011:206418. doi: 10.1155/2011/206418.
26. Receptors of hypothalamic-pituitary-ovarian-axis hormone in uterine myomas / *D. Plewka, J. Marczyński, M. Morek et al.* // *BioMed. Res Int.* – 2014; 2014:521313. doi: 10.1155/2014/521313.
27. Laparoscopic approach to fibroid torsion presenting as an acute abdomen in pregnancy / *A. Currie, E. Bradley, M. McEwen et al.* // *JSLs.* – 2013; 17:665–667.