

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Г.Т. РАСУЛОВА, Д.Т. ТУРСУНОВА, Ш.Х. ВАХОБОВА, Ф.К. ОДИНАЕВА

Отделение патологии беременности № 2, Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии, Душанбе, Республика Таджикистан

В статье представлен случай благоприятного исхода беременности и родов у пациентки с большой миомой матки. Миома матки, особенно при значительных размерах, создаёт неблагоприятные условия для внутриутробного развития плода и его адекватного роста. Немаловажным фактором, помимо размеров, является её локализация относительно полости матки, места плацентации. В ходе гестационного процесса важно знать обо всех особенностях опухолевидного образования. Весьма значимой в подобного рода случаях является система перенаправления пациенток на более высокий уровень оказания перинатальной помощи, где есть необходимые условия для должного контроля за состоянием плода, характером и размерами опухоли, а также, наличие специалистов для проведения оперативного родоразрешения любой степени сложности и в любое время суток. Соответствующая терапия, качественное антенатальное наблюдение, стационарное лечение при возникших осложнениях, предоперационная госпитализация, а также оперативные вмешательства (кесарево сечение и консервативная миомэктомия) позволили сохранить беременность, сохранить орган и провести родоразрешение в доношенном сроке беременности жизнеспособным плодом.

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

Для цитирования: Расулова ГТ, Турсунова ДТ, Вахобова ШХ, Одинаева ФК. Клинический случай ведения беременности и родов при миоме матки. *Вестник Авиценны*. 2019;21(2):343-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-2-343-346>.

CLINICAL CASE OF PREGNANCY AND BIRTH IN UTERINE FIBROIDS

G.T. RASULOVA, D.T. TURSUNOVA, SH.KH. VAKHOBOVA, F.K. ODINAEVA

Department of Pregnancy Pathology № 2, Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Dushanbe, Republic of Tajikistan

In the article, a case of a favorable outcome of pregnancy and childbirth in a patient with large uterine fibroids is presented. Uterine fibroids, especially at large sizes, create unfavorable conditions for fetal development and its adequate growth. An important factor, in addition to size, is its localization relative to the uterine cavity, the place of the placenta. During the gestational process, it is important to be aware of all the features of tumor-like formation. Very significant in such cases is the system of redirecting patients to a higher level of perinatal care, where there are the necessary conditions for proper control of the condition of the fetus, the nature and size of the tumor, as well as the presence of specialists to carry out prompt delivery of any degree of difficulty and at any time of the day. Appropriate therapy, high-quality antenatal care, inpatient treatment for complications, pre-operative hospitalization, as well as surgical interventions (C-section and conservative myomectomy) allowed preserving pregnancy, preserving the organ and carrying out delivery in the full term of pregnancy by a viable fetus.

Keywords: Pregnancy, uterine fibroids, C-section, conservative myomectomy.

For citation: Rasulova GT, Tursunova DT, Vakhobova ShKh, Odinaeva FK. Klinicheskiy sluchay vedeniya beremennosti i rodov pri miome matki [Clinical case of pregnancy and birth in uterine fibroids]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2019;21(2):343-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-2-343-346>.

ВВЕДЕНИЕ

Миома матки – самая распространённая доброкачественная гормонозависимая опухоль, растущая из незрелых миоцитов¹. Данной патологией страдают 25-30% женщин старше 35 лет. Как показывают отечественные исследователи, нередко миома матки сочетается с доброкачественными новообразованиями яичников [1]. Бесплодие как первичное, так и вторичное – нередкое явление при данном заболевании [1]. Проблема приобретает всё большую актуальность в связи с омоложением контингента больных с миомой матки, с одной стороны, и поздним планированием беременности – с другой, когда значительно повышается риск возникновения миомы матки.

В ряде случаев возникает целый ряд проблем – само наступление беременности на неблагоприятном фоне, её вынаши-

вание при больших размерах узлов, имплантация в месте локализации миомы. Особо остро также стоит проблема изыскания возможности органосохраняющих операций, так как пациентки стараются избежать удаления матки, желая сохранить фертильность [2]. Современные методы обследования позволяют легко выявлять опухоли женской половой системы, иногда уже при наличии беременности [3]. Так, частота выявления миомы матки у беременных, по данным различных авторов, достигает 0,5-7% [4].

Наиболее частыми осложнениями миомы матки во время беременности являются тромбоз вен таза из-за сдавливания миоматозными узлами больших размеров, истмико-цервикальная недостаточность при шеечно-перешеечной локализации узлов, плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, плотное прикрепление плаценты, задержка развития плода, неправильное положение и предлежание плода. Течение беременности на фоне миомы матки больших размеров осложняется большим процентом потерь беременности [5]. Имеется ряд исследований, где изучены

¹ МЗ и СЗН РТ, Ассоциация акушеров-гинекологов РТ. Лейомиома (миома) матки: клиника, диагностика, тактика лечения (клинический протокол). Душанбе; 2017. 87 с.

возникающие на фоне миомы матки осложнения беременности. Почти каждая третья беременность имеет признаки фетоплацентарной недостаточности, хронической гипоксии и гипотрофии плода [5, 6].

Консервативная миомэктомия во время беременности является операцией выбора, позволяющей сохранить беременность, только в тех случаях, когда течение беременности осложняется некрозом миоматозного узла [7, 8]. Кесарево сечение при наличии миомы матки, нередко заканчивается расширением объёма оперативного вмешательства (миомэктомия, удаления матки) [9].

Клинический случай

Пациентка М., 39 лет, поступила в отделение патологии беременных № 2 в апреле 2018 г. с диагнозом: «Беременность 16 недель; миома матки; отягощённый гинекологический анамнез; дефицит массы тела». Из гинекологического анамнеза выявлено своевременное наступление менархе и нормальный менструальный цикл. Половая жизнь с 32 лет, брак 1, неродственный. Из гинекологических заболеваний отмечает миому матки, первичное бесплодие в течение 7 лет. Данная беременность первая. Последняя менструация – с 16.12.17 г.

Настоящая беременность с ранних сроков сопровождалась угрозой прерывания, клиническими проявлениями которой были ноющие боли внизу живота, пояснице. В связи с нарастанием интенсивности болей и быстрым ростом высоты дна матки (ВДМ), не соответствующим гестационному сроку, больная направлена из одного из районов в ТНИИ акушерства, гинекологии и перинатологии. При поступлении: ВДМ – 28 см. Данные клинических и биохимических параметров крови – в пределах нормы. При ультразвуковом исследовании плода дано следующее заключение: «Беременность 17 недель. Длина шейки матки – 27 мм. Миома матки». При этом указана локализация и размеры миоматозного узла, его положение относительно полости матки. Как указано в описании, узел располагался субсерозно и исходил из дна матки, больше справа, достигая в размерах 171×165 мм, не деформировал полость матки. Необходимо отметить, что размеры узла на данном гестационном сроке превышали размеры самой матки, соответствующей 17 неделям беременности.

Учитывая наличие миомы матки больших размеров, первую беременность в 39 лет, укорочение шейки матки, клинические проявления угрозы выкидыша, назначена гормональная терапия гестагенами, направленная на сохранение беременности. За время госпитализации несколько нивелировались явления угрозы прерывания беременности, хотя и сохранялись жалобы

на боли внизу живота, связанные, по-видимому, с уменьшением пространственных соотношений в брюшной полости вследствие быстрого роста матки на фоне огромного миоматозного узла. Пациентка выписана на 10-е сутки под наблюдение акушера-гинеколога по месту жительства. Даны рекомендации.

В ходе дальнейшего наблюдения проводилось консультирование пациентки и текущие осмотры в условиях консультативной поликлиники ТНИИ АГиП, равно как и антенатальное наблюдение по месту жительства. Кратность визитов определялась нестандартностью клинической ситуации в конкретном случае, также на каждый последующий визит в НИИ беременная приглашалась заведомо (указывался срок следующего визита).

В 34 недели беременная повторно госпитализирована в отделение патологии беременности НИИ АГиП с жалобами на боли внизу живота. При осмотре – матка возбудима, положение плода поперечное, головка плода справа. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Над маткой, больше справа, плотно прилегающая к ней, контурируется образование тугоэластической консистенции, достигающее до области эпигастрия, несколько болезненное при пальпации (рис. 1).

Гемодинамические показатели в момент поступления и в процессе наблюдения находились в пределах нормы. По клинико-лабораторным показателям выявлена анемия лёгкой степени.

При ультразвуковом исследовании в дне визуализируется миоматозный субсерозный узел гигантских размеров (181×177 см). Предполагаемый вес плода 2129±318 г. Заключение: «Беременность 34 недели. Поперечное положение плода. Гигантская миома матки. Нарушение маточного кровотока (систолическое соотношение в артерии пуповины – 2,0, в правой маточной артерии – 2,86, в левой маточной артерии – 3,05). В клинике проведена профилактика респираторного дистресса плода дексаметазоном по схеме, коррекция нарушений маточно-плацентарного кровотока, антианемическая терапия, продолжена гормональная терапия. В течение 4-5 дней госпитализации возбудимость матки нивелировалась, остались боли в правом подреберье и в области желудка, больше после приёма пищи и связанные со значительными размерами миомы.

Учитывая большие размеры миоматозного узла и вероятность органоуносящей операции, решено было пролонгировать беременность до доношенного срока в интересах плода. Учитывая высокие риски, как для матери, так и для плода, решено продолжить наблюдение в условиях стационара III уровня.

Беременность сохранена, и в сроке 37 недель проведено оперативное родоразрешение. Нижнесрединным доступом 06.09.2018 г. произведена лапаротомия. При вскрытии брюшной

Рис. 1 Внешний вид живота беременной: матка с доношенной беременностью и миоматозным узлом: а – вид сверху; б – вид сбоку



а



б



Рис. 2 Макропрепарат – миома матки: а – вид узла в целом; б – вид узла на разрезе

полости обнаружена матка синюшной окраски, ротированная вправо, увеличенная до доношенного срока. С большими техническими сложностями матка выведена в рану, полость её вскрыта поперечным разрезом. За головку извлечён живой, доношенный мальчик массой 2990 г и ростом 49 см. Оценка по шкале Апгар – 7/7 баллов. Обнаружен исходящий из области правого угла матки плотный с отёком и расширенными сосудами миоматозный узел. Без вскрытия полости матки, с техническими сложностями, ввиду больших размеров узла, произведена консервативная миомэктомия. Ложе узла ушито двухрядными викриловыми швами. Размеры миоматозного узла составили 20×16×18 см, вес – 3011 г. (рис. 2). Область правого параметрия и малого таза дренирована активным дренажом. Общая кровопотеря оперативного родоразрешения и миомэктомии составила 1200 мл.

Следует отметить, что вес удалённого миоматозного узла даже несколько превысил вес доношенного новорождённого. При гистологическом исследовании: лейоматозный узел с дистрофией ткани, местами с элементами некроза.

Послеоперационный период протекал без особенностей. При УЗИ на 3 сутки после операции выявлена субинволюция матки, по поводу которой продолжалась утеротоническая терапия до 5 суток госпитализации. Больная выписана на 7 сутки послеоперационного периода с сохранённой маткой и живым ребёнком.

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на благоприятный исход вышеописанного случая, необходимо отметить, что своевременная диагностика опухоле-

видных образований женской половой сферы позволяет выявлять их на ранних стадиях возникновения, тем самым создавая возможности для терапии, направленной на предупреждение роста узлов, неблагоприятно влияющих на течение гестационного процесса в последующем. Имеется немало исследований, где изучены возникающие на фоне миомы матки осложнения беременности [5, 6, 8]. Так, наиболее частыми осложнениями являются угроза прерывания беременности (30-50%), самопроизвольные аборты (14-35%), преждевременные роды (30-40%), нарушение питания миоматозного узла в I триместре (70-80%), во II триместре (15-25%). Беременность с локализацией плаценты в проекции миоматозного узла обуславливает высокий (8,3%) риск развития частичной отслойки нормально расположенной плаценты. Почти каждая третья имеет признаки фетоплацентарной недостаточности, хронической гипоксии и гипотрофии плода [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всё вышеуказанное диктует необходимость выявления объёмных образований и их лечения до наступления беременности с целью создания условий для благоприятного исхода беременности, снижения риска потерь беременности и грозных акушерских осложнений. В случаях же наступления беременности при наличии миомы матки больших размеров, ухудшающей прогноз для исхода беременности, целесообразно назначение соответствующей терапии, наблюдения и родоразрешения данного контингента в стационарах III уровня.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Расулова Гульнора Таирджановна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая отделением патологии беременности № 2, Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

Турсунова Дильбар Темурджановна, кандидат медицинских наук, ординатор отделения патологии беременности № 2, Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

Вахобова Шамсия Хусейновна, ординатор отделения патологии беременности № 2, Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

AUTHOR INFORMATION

Rasulova Gulnora Tairdzhanovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pregnancy Pathology № 2, Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology

Tursunova Dilbar Temurdzhanovna, Candidate of Medical Sciences, Resident of the Department of Pregnancy Pathology № 2, Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology

Vakhobova Shamsiya Khuseynovna, Resident of the Department of Pregnancy Pathology № 2, Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology

Одинаева Фотима Кодировна, ординатор отделения патологии беременности № 2, Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ **АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:**

Расулова Гульнора Таирджановна

кандидат медицинских наук, доцент, заведующая отделением патологии беременности № 2, Таджикский Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии

734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Турсунзаде, 31
Тел.: +992 (918) 610409
E-mail: g_rasulova@list.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: РГТ
Сбор материала: ТДТ, ОФК
Анализ полученных данных: РГТ
Подготовка текста: ВШХ
Редактирование: РГТ
Общая ответственность: РГТ

Поступила 15.03.2019
Принята в печать 26.06.2019

Odinaeva Fotima Kodirovna, Resident of the Department of Pregnancy Pathology № 2, Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology

Information about the source of support in the form of grants, equipment, and drugs

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest

✉ **ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:**

Rasulova Gulnora Tairdzhonovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Pregnancy Pathology № 2, Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology

734002, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 31 Tursunzadeh str.
Tel.: +992 (918) 610409
E-mail: g_rasulova@list.ru

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: RGT
Data collection: TDT, OFK
Analysis and interpretation: RGT
Writing the article: VShKh
Critical revision of the article: RGT
Overall responsibility: RGT

Submitted 19.12.2018
Accepted 26.06.2019