

©Л. Б. Маркін, Т. В. Фартушок

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ВИПАДОК ДОНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ У ВАГІТНОЇ З ВЕЛИЧЕЗНОЮ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ, ПРООПЕРОВАНОЮ ПІД ЧАС ДАНОЇ ВАГІТНОСТІ

ВИПАДОК ДОНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ У ВАГІТНОЇ З ВЕЛИЧЕЗНОЮ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ, ПРООПЕРОВАНОЮ ПІД ЧАС ДАНОЇ ВАГІТНОСТІ. Жінки, у яких вагітність перебігає на фоні лейоміоми матки, становлять групу високого ризику по виникненню акушерських та перинатальних ускладнень, у зв'язку з чим у найбільш небезпечні терміни вагітності рекомендується госпіталізація у спеціалізований акушерський стаціонар. Доцільно виключити тактику пасивного спостереження за жінками дитородного віку з лейоміомою матки. У жінок дитородного віку з лейоміомою матки рекомендується проводити органозберігаючі операції в об'ємі лейоміомектомії з метою збереження репродуктивної функції жінки.

СЛУЧАЙ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННОЙ С БОЛЬШОЙ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ, ПРООПЕРИРОВАННОЙ ВО ВРЕМЯ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. Женщины, беременность у которых протекает на фоне лейомиомы матки, входят в группу высокого риска по возникновению акушерских и перинатальных осложнений, в связи с чем в наиболее угрожающие сроки беременности рекомендуется госпитализация в специализированный акушерский стационар. Целесообразно исключить тактику пассивного наблюдения за женщинами детородного возраста с лейомиомой матки. У женщин детородного возраста с лейомиомой матки рекомендуется проводить органосохраняющие операции в объеме лейомиомэктомии с целью сохранения репродуктивной функции женщины.

A CASE OF FULL-TERM PREGNANCY IN A PREGNANT WOMAN WITH A HUGE UTERINE LEIOMYOMA OPERATED DURING THE PREGNANCY. Pregnant women that ran against the backdrop of uterine leiomyoma are in a high risk group for the obstetric and perinatal occurrence complications. Therefore, it is recommended a specialized obstetric hospitalization at the most dangerous pregnancy terms. It is advisable to exclude the passive supervision tactic for the childbearing age women with uterine leiomyoma. It is recommended a volume of leiomyomectomy organ saving operations for such cases in order to preserve the reproductive woman function.

Ключові слова: лейоміома матки, перинатальні ускладнення, органозберігаючі операції, репродуктивна функція.

Ключевые слова: лейомиома матки, перинатальные осложнения, органосохраняющие операции, репродуктивная функция.

Key words: leiomyoma of uterus, perinatal complications, organ saving operations, reproductive function.

ВСТУП. Лейоміома матки – це доброякісна пухлина з м'язової і сполучної тканини. Вона виникає в результаті того, що клітини матки спонтанно починають активно ділитися. Причини цього явища до кінця не з'ясовані, проте встановлено, що воно стимулюється гормонами і пов'язане, передусім, із підвищеною секрецією естрогенів [1]. Проте нормальний вміст естрогенів і прогестерону в крові не завжди однозначно свідчить про відсутність лейоміоми. Це пов'язано з тим, що місцеві зміни рівня естрогенів у матці не відображаються або дуже незначно відображаються на вмісті гормонів цієї групи в крові [2]. Зустрічається лейоміома досить часто, за даними статистики, її виявляють у 20 % всіх жінок, які досягнули 30-річного віку. В останні роки лейоміома помолоділа. Якщо колись вона вважалась захворюванням зрілих жінок, то зараз лікарі виявляють великі вузли навіть у 20-річних незайманих дівчаток [3]. Причому в більшості випадків у стінці матки з'являється не один, а зразу декілька пухлинних вузлів різної величини. Якщо з'являється один вузол, то чекай і другого, і третього. Тому лікарі називають лейоміому множинною пухлиною. Оскільки головна причина захворювання – гормональний зсув, лейоміоми практично ніколи не турбують молодих дівчат і жінок у клімактеричному віці [4]. Проте з 25 до 50 років шанси отримати її досить великі. Вона з'являється тільки в репродуктивному періоді, коли яєчники виробляють

естрогени. Поки яєчники функціонують, лейоміома росте, в кращому випадку – перебуває в стабільному стані. В постменопаузі лейоміоми вже не виникають, а ті невеликі вузли, які до того часу в жінки вже є, починають зменшуватися в розмірах [5]. Те, що лейоміоми стали частіше виникати, пов'язано, очевидно, зі способом життя – з високим темпом, великими навантаженнями. Особливо різко ця ймовірність виростає під час вагітності, при запальних процесах статевих органів і загальному зниженні імунітету [6]. Лейоміому матки можуть спровокувати спадкова схильність, проблеми з менструальним циклом, непліддя, невиношування вагітності, порушення обміну речовин (ожиріння, цукровий діабет), численні аборти, крім того, вчені не так давно виявили, що існує прямий зв'язок між лейоміомою матки і стресами [7]. Лейоміома матки переважно перебігає безсимптомно, проте іноді жінку можуть турбувати надто значні кровотечі при менструації, порушення циклу, болі внизу живота або в попереку. Існують деякі ознаки, за якими жінка може запідозрити у себе міому матки. Значна кровотеча може призвести до анемії, пухлинний вузол може стискати сусідні органи, й іноді з'являються біль, проблеми з сечовипусканням, виникають закрепи [8]. Якщо лейоміома не повністю занурена в стінку матки, то можливий перекут «ніжки», в такому випадку жінці загрожує некроз пухлини, її запалення і розрив, ззовні це проявляється кровотечами,

гострим болем у животі і різким підвищенням температури. Іншими проблемами лейоміоми є проблеми з зачаттям, виношуванням вагітності і при пологах [9]. Для визначення розміру лейоміоми використовують аналогію з вагітністю. Лікування лейоміоми залежить від віку і планів пацієнтки. Якщо протягом багатьох років лейоміома не збільшується, і вагітні жінка не збирається, то багато лікарів пропонує лікувати пухлину таблетками. Гормональні препарати дозволяють сповільнити, а в деяких випадках і зупинити ріст пухлини. Молодим жінкам, які хочуть мати дитину, лікарі радять не відкладати операцію. Органозберігаюча операція – це міомектомія, коли вирізають тільки самі вузли: матка при цьому не пошкоджується і в подальшому можлива нормальна вагітність [10]. Якщо ж пухлинні вузли дуже великі або їх надто багато, то доводиться проводити видалення всієї матки. Вагітна стала на облік у жіночу консультацію у терміні вагітності 12–13 тижнів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під спостереженням перебувала першовагітна 41 року, яка була скерована 4 міською жіночою консультацією у гінекологічне відділення Львівської обласної клінічної лікарні для обстеження і вирішення подальшої тактики ведення вагітності. Вагітна перебувала у гінекологічному відділенні з вересня 2014 року до середини січня 2015 року. Їй проводився повний клініко-лабораторно-інструментальний комплекс обстежень відповідно до діючих протоколів № 582, 620.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Пацієнтка О., 41 рік, жителька міста Львова, поступила у гінекологічне відділення Львівської обласної клінічної лікарні за скеруванням жіночої консультації з діагнозом І вагітність 16–17 тижнів. Загроза переривання вагітності. Лейоміома матки великих розмірів. Пацієнтка поступила у стані середньої важкості, вагітна займала вимушене положення, важко пересувалася, зважаючи на великі розміри лейоміоми матки. Основними скаргами були оперізувальні болі внизу живота та в попереку, періодичні головні болі, затримка випорожнення, утруднене відходження газів, здуття живота.

З анамнезу виявлено, що про наявність лейоміоми матки пацієнтка знає протягом останніх 6-ти років. Напередодні вагітності (за місяць до настання вагітності) проведено УЗД, при якому виявлено наявність лейоміоми матки розмірами 16x17 см по правому ребру матки, додатки без особливостей. Також в анамнезі у 2006 році проведена апендектомія, у 2008 році перенесена ДТГ, у 2010 році перенесений правобічний гідронефроз за рахунок стиснення сечовода лейоміоматозним вузлом.

Вагітна стала на облік у жіночу консультацію у терміні вагітності 12–13 тижнів. У зв'язку з погіршенням загального стану і самопочуття була скерована на госпіталізацію у Львівську обласну клінічну лікарню. В умовах Львівської обласної клінічної лікарні вагітна була обстежена і оглянута консилиумом лікарів акушерів-гінекологів. Оглянута суміжними спеціалістами – кардіологом, окулістом, хірургом, урологом, неврологом, нефрологом, терапевтом. Діагностовано анемію легкого ступеня, вегетосудинну дистонію за змішаним типом, недостатність кровообігу І ступеня, часткову механічну кишкову непрохідність. При УЗД-обстеженні органів малого таза діагностовано маткову вагітність, 16–17 тижнів, виміряти розміри лейоміоматозного вузла не вдалося, враховуючи те, що він виходить за межі монітора УЗД-апарата. Візуально роз-

міри живота відповідали розмірам доношеної вагітності. Вагітна займала вимушене положення, важко пересувалася, зважаючи на болі.

У зв'язку з наростанням явищ часткової кишкової непрохідності, а саме затримкою випорожнення, утрудненим відходженням газів, здуттям живота, було скликано консилиум і вирішено провести оперативне втручання, об'єм якого вирішиться після розтину черевної порожнини. Через тиждень при І вагітності в терміні 17–18 тижнів було проведено лапаротомію за Пфаненштільем. При ревізії органів малого таза виявлено пухлину величиною доношеної вагітності, яка виходила з правого ребра матки і доходила до правого підбер'я. Зі значними технічними труднощами вдалося провести консервативну лейоміомектомію і зберегти вагітну матку з прогресуючою вагітністю. Доказом прогресуючої вагітності було проведення в умовах операційної УЗД і виявлення серцебиття плода. Проведено дренивання черевної порожнини. При зважуванні лейоміоматозного вузла його маса склала 4 кг 200 г (рис. 1).



Рис. 1. Лейоміома матки.

У подальшому в післяопераційному періоді проводилося ретельне спостереження за станом вагітної. В післяопераційному періоді двічі проводилася гемотрансфузія еритромасою в кількості 500 мл, плазмою в кількості 200 мл, і другий раз переливалася еритромасою в кількості 100 мл. Післяопераційний період ускладнився явищами часткової кишкової непрохідності. Вагітна з цього приводу консультована декілька разів хірургами. Отримувала прозерин, гіпертонічні клізми, дефенорм. З метою попередження загрози викидня отримувала токолітичну терапію (гініпрал), зберігаючу терапію (утрожестан, інжеста), антибактеріальну терапію (вільпрафен), пробіотики (лаціум), антианемічну терапію (сорбіфер), була проведена профілактика РДС плода. Після зняття болювого синдрому вагітній, враховуючи віковий ценз і першу вагітність, проведено УЗД в умовах медико-генетичного центру і там же медико-генетичне консультування. Діагностовано І вагітність 24–25 тижнів, ознаки передчасного дозрівання плаценти. Лейоміома матки по передній стінці діаметром 2 см. Отримувала дезагреганти (курантил). У терміні вагітності 31–32 тижні діагностовано порушення плодово-плацентарного кровоплину ІА ступеня, отримувала серміон, венотоніки (нормовен), тівортін. Періодично

матка приходила в тонус, що вимагало призначення токолітичної терапії. Впродовж всієї вагітності жінка перебувала у стаціонарі і отримувала зберігаючу терапію. Вагітна доносила вагітність у тазовому передлежанні. У терміні вагітності 39–40 тижнів вагітна була розроджена шляхом операції кесаревого розтину, зважаючи на рубець на матці. Народився хлопчик у тазовому передлежанні масою 3750 г, довжиною 54 см, 9/10/10 балів за Апгар. У задовільному стані вагітна виписана під спостереження лікаря жіночої консультації.

ВИСНОВКИ. Жінки, у яких вагітність перебігає на фоні лейоміоми матки, становлять групу високого ризику по виникненню акушерських та перинатальних ускладнень, у зв'язку з чим у найбільш небезпечні терміни вагітності рекомендується госпіталізація у спеціалізований акушерський стаціонар: у першому триместрі вагітності у 6–10 тижнів вагітності, у другому триместрі у 18–20 тижнів вагітності, у третьому триместрі в терміні 24–28 тижнів вагітності, 32–34 тижні вагітності та безпосередньо перед пологома. Прогностично несприятливим є пере-

біг вагітності у жінок з наявністю гігантських та великих субсерозно-інтерстиціальних лейоміоматозних вузлів множинної лейоміоми матки. Найбільш частими ускладненнями вагітності у жінок з лейоміомою матки є пізні гестози, фетоплацентарна недостатність, внутрішньо-утробна затримка розвитку плода, неправильні положення та передлежання плода, анемії вагітних. Специфічними ускладненнями вагітності у жінок із лейоміомою матки є виникнення гострих вторинних змін у вузлах та швидкий ріст пухлини. Доцільно виключити тактику пасивного спостереження за жінками дітородного віку з лейоміомою матки. У жінок дітородного віку з лейоміомою матки рекомендується проводити органозберігаючі операції в об'ємі лейоміомектомії з метою збереження репродуктивної функції жінки.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальше вдосконалення нових методів діагностики й лікування дозволить більш детально уточнити анатомічну ситуацію та збільшить можливість збереження репродуктивної функції жінок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бурлей В. А. Воздействие медикаментозной терапии на процессы пролиферации и апоптоза у больных с миомой матки (обзор литературы) / В. А. Бурлей, С. В. Павлович // Проблемы репродукции. – 2014. – № 1. – С. 13–18.
2. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки // Практическая гинекология / [Л. В. Адамян, Э. Р. Ткаченко, С. И. Киселев и др.] ; под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. – М., 2001. – С. 89–115.
3. Коханевич Є. В. Групи ризику щодо раку ендометрію в менопаузі / Є. В. Коханевич // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 1 (додаток). – С. 150–151.
4. Эндокринная гинекология (клинические очерки) / под ред. Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольского. – К. : Заповіт, 2013. – 303 с.
5. Кулаков В. И. Миомэктомия и беременность / В. И. Кулаков, Н. И. Шмаков. – М., 2001. – 191 с.
6. Савицкий Г. А. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. – СПб.: Элби Сиб., 2010. – 236 с.
7. Сидорова И. С. Миома матки / И. С. Сидорова. – М., 2005. – 190 с.
8. Пуртов И. И. Влияние образа жизни беременных женщин на их заболеваемость / И. И. Пуртов // Гигиена и санитария. – 2009. – № 5. – С. 62–63.
9. Васильева Т. П. О методических подходах к разработке модели обусловленности здоровья женщин во время беременности / Т. П. Васильева, В. А. Васин, Л. А. Дубинская // Пробл. соц. гигиены. – 2009. – № 1. — С. 20–22.
10. Vertolini G., Zang M., Gruber G. Hysteroscopy in the evaluation of patient with recurrent pregnancy loss: a cohort study in a primary care population // Surg. Endosc. – 2014. – № 18:12. – P. 1782–1784.

Отримано 12.02.16