

© CC  Коллектив авторов, 2020  
УДК 618.2/3-006.36-089  
DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-59-62

## ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ МИОМЫ МАТКИ У БЕРЕМЕННОЙ

И. Е. Хатьков, В. В. Цвиркун, Ю. Н. Пономарева, Е. А. Логинова\*

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Поступила в редакцию 25.04.19 г.; принята к печати 01.04.20 г.

Миома матки является распространенным заболеванием у женщин репродуктивного периода. По данным разных авторов, частота миомы матки при беременности варьирует от 0,1 до 12,5 %. В статье представлен случай лечения беременной пациентки с гигантской миомой матки, по поводу которой была успешно выполнена миомэктомия при сроке беременности 14–15 недель.

**Ключевые слова:** миома матки, миомэктомия, беременность, лапаротомия, опухоль матки

**Для цитирования:** Хатьков И. Е., Цвиркун В. В., Пономарева Ю. Н., Логинова Е. А. Органосохраняющее хирургическое лечение гигантской миомы матки у беременной. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2020;179(2): 59–62. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-59-62.

\* **Автор для связи:** Екатерина Александровна Логинова, ГБУЗ «МКНЦ имени А. С. Логинова» ДЗМ, 111123, Россия, Москва, ш. Энтузиастов, д. 86. E-mail: e.loginova@mknc.ru.

## ORGAN-PRESERVING SURGICAL TREATMENT OF GIANT UTERINE MYOMA IN A PREGNANT WOMAN

Igor E. Khatkov, Victor V. Tsvirkun, Yuliya N. Ponomareva, Ekaterina A. Loginova\*

Moscow Clinical Scientific Center named after Loginov, Moscow, Russia

Received 25.04.19; accepted 05.02.20

Uterine myoma is the most common benign disease in the women of the reproductive period. According to different authors, the rate of uterine myoma in pregnancy is estimated from 0.1 to 12.5 %. We present the case of successful laparotomy myomectomy at 14–15 weeks of gestational age.

**Keywords:** uterine myoma, myomectomy, pregnancy, laparotomy, tumor of the uterus

**For citation:** Khatkov I. E., Tsvirkun V. V., Ponomareva Yu. N., Loginova E. A. Organ-preserving surgical treatment of giant uterine myoma in a pregnant woman. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2020;179(2):59–62. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-2-59-62.

\* **Corresponding author:** Ekaterina A. Loginova, Moscow Clinical Scientific Center named after Loginov, 86, shosse Entuziastov, Moscow, 11123, Russia. E-mail: e.loginova@mknc.ru.

**Введение.** Миома матки является наиболее частой доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы. По данным разных авторов [1, 2], частота миомы матки находится в пределах от 24 до 50 %. Согласно данным зарубежной статистики [3, 4], 7–8-я женщина из 10 имеют миому матки.

Увеличение заболеваемости миомой матки и более частое ее выявление в молодом возрасте обусловили рост числа беременных женщин с миомой матки в структуре акушерских стационаров. По данным разных авторов [5–8], миома матки при беременности встречается от 0,1 до

12,5 %, и у 10–30 % этих женщин развиваются осложнения во время беременности и (или) родов [8–10]. При наличии миомы матки течение беременности ассоциировано с высоким риском ее прерывания на всех сроках гестации, с развитием фетоплацентарной недостаточности, отслойки плаценты, с нарушениями положения и предлежания плода. Рост миоматозных узлов во время беременности может приводить к сдавлению и нарушению функции смежных органов. Роды при наличии миомы матки могут осложняться несвоевременным излитием околоплодных вод,

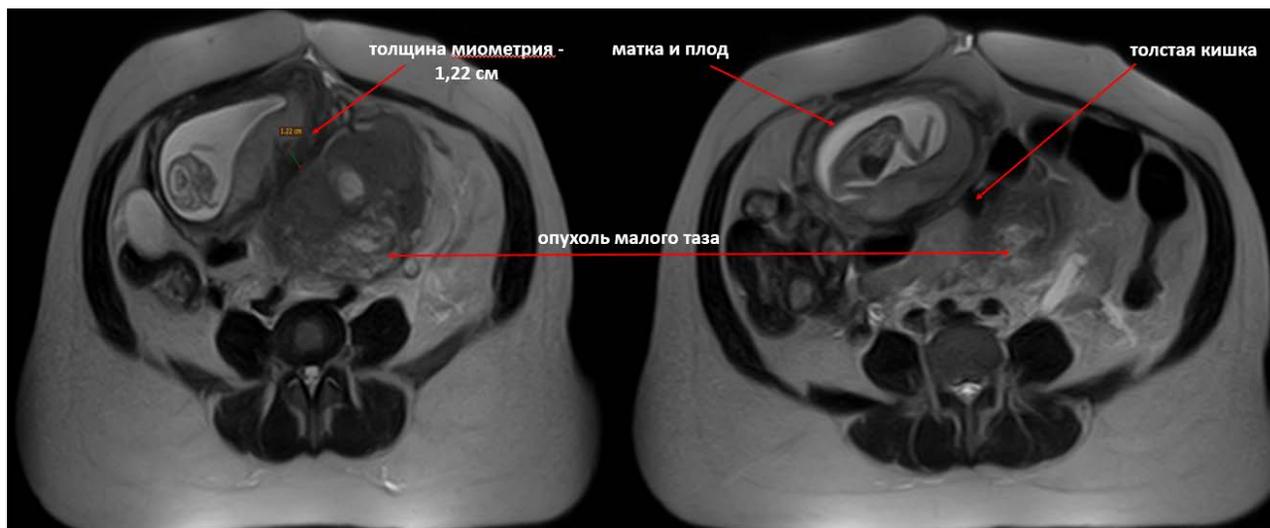


Рис. 1. МРТ органов малого таза: опухоль прилежит к задней стенке матки  
 Fig. 1. MRI of the pelvic organs: the tumor is attached to the back wall of the uterus

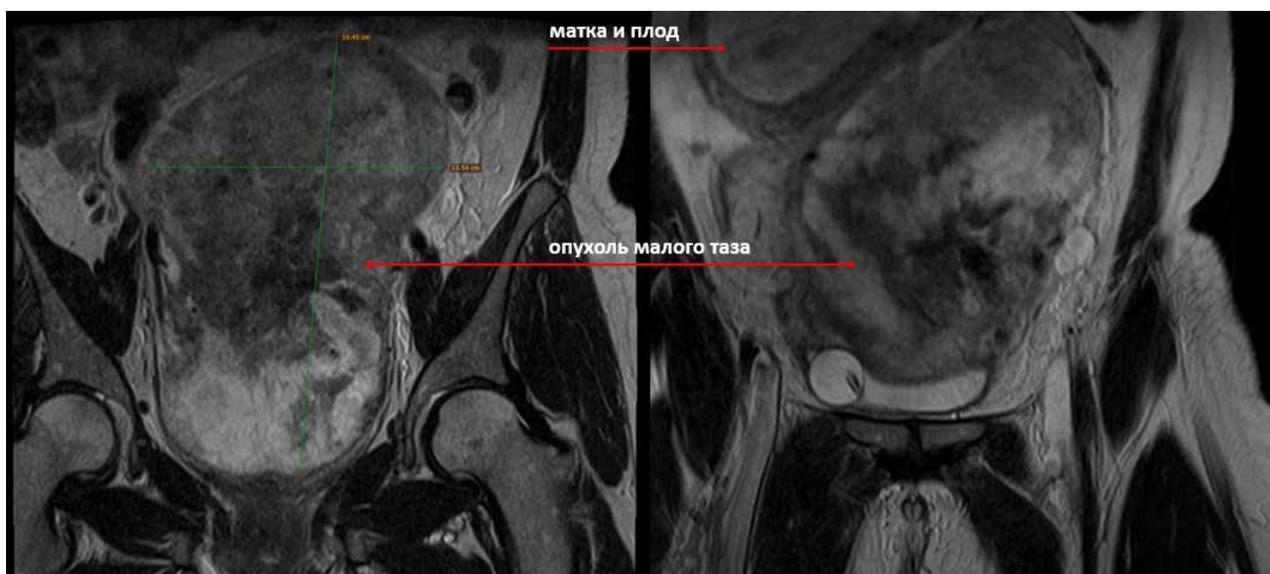


Рис. 2. МРТ органов малого таза: кистозно-солидная опухоль расположена в полости малого таза и гипогастрии, прилежит к задней стенке матки

Fig. 2. MRI of the pelvic organs: the cystic solid tumor is located in the pelvic cavity and hypogastrium, lying on the back wall of the uterus

кровотечением, нарушением сократительной активности миометрия, субинволюцией матки в послеродовом периоде [11–14]. Имеются сообщения о спонтанных разрывах миоматозных узлов во время беременности или после родов. Последняя публикация представлена A. Swartha-Deen et al. (2017) [15] и описывает успешное выполнение миомэктомии у женщины с разрывом миомы матки больших размеров (10 см) через 2 дня после самопроизвольных родов.

Первые сообщения о выполнении миомэктомии во время беременности опубликованы A. Ammussat (1840) и A. L. Atlee (1845) [12]. Современные методы лечения позволяют успешно выполнять органосохраняющие операции на матке во время беременности с сохранением не только репродуктивной функции, но и долгожданной беременности.

В 2017 г. был опубликован систематический обзор [16], в котором проанализированы результаты миомэктомии во время беременности по данным 63 зарубежных публикаций. В исследование были включены 197 беременных женщин с миомой матки, которым выполнены хирургические вмешательства. Сообщается о последующем успешном родоразрешении у 93 % (n=184) пациенток. У 7 % (n=13) женщин произошли самопроизвольный выкидыш или антенатальная гибель плода. Интра- или послеоперационные осложнения были представлены внутрибрюшным кровотечением (n=3), гнойно-септическими осложнениями (n=1).

Приводим наше клиническое наблюдение. Пациентка С., 36 лет, поступила в Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова в декабре 2016 г. переводом из гинекологического отделения городской больницы Москвы



Рис. 3. Гигантская миома матки в сроке беременности 14–15 недель

Fig. 3. Giant uterine myoma in 14–15 weeks pregnancy

с диагнозом: «Злокачественное новообразование малого таза? Беременность 14–15 недель». Из анамнеза: данная беременность у пациентки 4-я. В 2006 и 2009 г. – срочные самопроизвольные роды, 1-я беременность – медицинский аборт. На сроке гестации 8–9 недель было выявлено образование в полости малого таза небольших размеров, не исключалась опухоль яичника. Уровень онкомаркёра СА-125 соответствовал референсному значению – 24 Ед/мл. В сроке 14–15 недель экстренно была госпитализирована в гинекологическое отделение городской больницы Москвы в связи с повышением температуры до 38,3 °С, болями в поясничной области, нарушением мочеиспускания. По данным ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии, в полости малого таза и гипогастрии выявлены кистозно-солидное образование размерами 212×154×83 мм, без признаков инвазии в прилежащие органы и ткани, двусторонняя гидронефротическая трансформация и сдавление мочевого пузыря (рис. 1; 2). При исследовании с контрастным препаратом отмечалось активное накопление контрастного препарата стромой опухолевого образования. На основании комплексного обследования нельзя было исключить, что опухоль исходит из задней стенки матки.

Имелись предположения о наличии шеечно-перешеечного миоматозного узла с нарушением кровообращения или солитарной опухоли полости малого таза. Данные комплексного обследования не позволяли исключить злокачественную опухоль малого таза. В условиях городской клинической больницы проводилась антибактериальная, спазмолитическая, токолитическая, антикоагулянтная терапия с положительной динамикой в виде нормализации температуры тела, восстановления пассажа мочи, купирования болей. Учитывая невозможность исключить злокачественное образование малого таза, принято решение о необходимости хирургического лечения с интраоперационным решением вопроса о возможности сохранения беременности.

На момент поступления в МКНЦ при осмотре: живот увеличен в объеме соответственно сроку доношенной беременности, матка соответствует 14–15 неделям беременности, отклонена вправо. Пальпаторно в гипо- и мезогастрии определялось больших размеров плотное, неподвижное, безболезненное образование. При ультразвуковом исследовании за маткой выявлено образование размерами 160×106×200 мм с ровными, четкими контурами, неоднородной структуры с анэхогенными включениями, васкуляризованное; плацента и живой плод соответствовали сроку гестации. С целью подготовки к операции проводилась терапия, направленная на пролонгирование беременности. На сроке 15 недель гестации на



Рис. 4. Удаленная гигантская миома матки

Fig. 4. Removed giant uterine myom

базе Московского клинического научно-практического центра под комбинированной анестезией была выполнена срединная лапаротомия. В ходе операции обнаружено: позади матки располагается образование размерами 24×18×20 см, в капсуле, прилежащее к задней стенке матки и исходящее на тонком основании из шеечно-перешеечной области матки. Принято решение об удалении опухоли со срочным гистологическим исследованием (рис. 3; 4).

По результатам срочного гистологического исследования, получены данные о доброкачественности образования, в связи с чем принято решение о сохранении матки и беременности. Ложе опухоли восстановлено нитью Викрил 3-0 в два ряда: 1-й непрерывный мышечно-мышечный, 2-й – непрерывный серозно-мышечный. Продолжительность операции составила 160 мин, кровопотеря – 400 мл. При плановом гистологическом исследовании поставлен диагноз «Лейомиома матки». Через 3 дня после хирургического лечения при контрольном ультразвуковом исследовании подтверждена прогрессирующая маточная беременность сроком 15 недель без гемодинамических нарушений и признаков угрозы прерывания беременности, область швов в проекции удаления опухоли без патологических образований и гематом. В дальнейшем для проведения терапии, направленной на пролонгирование беременности, пациентка была переведена в гинекологическое отделение городской клинической больницы Москвы. Беременность завершилась удачным оперативным родоразрешением в сроке 38 недель с рождением живого доношенного мальчика с высокой оценкой по В. Апгар. Интраоперационно по задней стенке матки на уровне нижнего сегмента визуализирована зона послеоперационного рубца, представленная тканью белесоватого цвета, звездчатой формы, размерами 4,0×4,5 см, стенка матки в области рубца без структурных изменений.

**Заключение.** Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует сложности диагностики впервые выявленных во время беременности образований матки и придатков. Мультидисциплинарный подход предопределил успешную тактику ведения беременной с опухолью малого таза гигантских размеров. Успешно выполненная реконструктивно-пластическая операция с удалением гигантского миоматозного узла позволила сохранить долгожданную беременность и обеспечить возможность дальнейшего пролонгирования беременности и успешного родоразрешения.

**Конфликт интересов**

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest**

The authors declare no conflict of interest.

**Соответствие нормам этики**

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

**Compliance with ethical principles**

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

**ЛИТЕРАТУРА**

- Кулаков В. И., Шмаков Г. С. Миомэктомия и беременность. М. : МЕДпресс-информ, 2001. 344 с.
- Сидорова И. С. Миома матки. М. : МИА, 2003. 256 с.
- Bulun Serdar E. Uterine fibroids // *Nat. Engl. J. Med.* 2013. Vol. 3, № 369 (14). P. 1344–1355. Doi: 10.1056/NEJMra1209993.
- Zepiridis L. I., Grimbizis G. F., Tarlatzis B. C. Infertility and uterine fibroids // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2015. Vol. 6934 (15). P. 235–237. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.12.001.
- Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Буянова С. Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М. : Миклош, 2005. 162 с.
- Кулагина Н. В., Кустаров В. Н. Результаты консервативного лечения больших миомой матки // *Рос. семейный врач.* 2005. Т. 9, № 2. С. 49–52.
- Lee H. J., Norwitz E. R., Shaw J. Contemporary management of fibroids in pregnancy // *Rev. Obstet. Gynecol.* 2010. Vol. 3. P. 20.
- Milazzo G. N., Catalano A., Badia V. et al. Myoma and myomectomy : Poor evidence concern in pregnancy // *J. Obstet Gyn. Res.* 2017. Vol. 43 (12). P. 1789–1804. Doi: 10.1111/jog.13437.
- Deveer M., Deveer R., Engin-Ustun Y. Comparison of pregnancy outcomes in different localizations of uterine fibroids // *Clin. Exp. Obstet. Gyn.* 2012. Vol. 39. P. 516–518.
- Vilos G. A., Allaire C., Laberge P. Y. The management of uterine leiomyomas // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2015. Vol. 37. P. 157–181. Doi: 10.1016/S1701-2163(15)30338-8.
- Репродуктивный прогноз при миоме матки / С. Н. Буянова, Л. С. Логутова, Е. П. Бабунашвили, Т. Н. Горбунова // *Рос. вестн. акушера-гинеколога.* 2003. Т. 3, № 4. С. 47–49.
- Буянова С. Н., Логутова Л. С., Щукина Н. А. и др. Миомэктомия вне и во время беременности : показания, особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация // *Рос. вестн. акушера-гинеколога.* 2013. № 2. С. 95–100.
- Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. и др. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки // *Рос. вестн. акушера-гинеколога.* 2005. Т. 5, № 2. С. 74–76.
- De Carolis S., Fatigante G., Ferrazzani S. Uterine myomectomy in pregnant women // *Fetal Diagn. Ther.* 2001. Vol. 16, № 2. P. 116–119. Doi: 10.1159/000053893.

- Swarray-Deen A., Mensah-Brown S. A., Coleman J. Rare complication of fibroids in pregnancy: Spontaneous fibroid rupture // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2017. Vol. 43 (9). P. 1485–1488. Doi: 10.1111/jog.13405.
- Basso A., Catalano M. R., Loverro G. et al. Uterine Fibroid Torsion during Pregnancy : A Case of Laparotomic Myomectomy at 18 Weeks' Gestation with Systematic Review of the Literature // *Rep. Obstet. Gynecol.* 2017. P. 970–982. Doi: 10.1155/2017/4970802.

**REFERENCES**

- Kulakov V. I., Shmakov G. S. Myomectomy and pregnancy. Moscow, Medpress-inform, 2001:344. (In Russ.).
- Sidorova I. S. Uterine fibroids. Moscow, MIA, 2003:256. (In Russ.).
- Bulun Serdar E. Uterine fibroids. *Nat. Engl. J. Med.* 2013;3(369(14)):1344–1355. Doi: 10.1056/NEJMra1209993.
- Zepiridis L. I., Grimbizis G. F., Tarlatzis B. C. Infertility and uterine fibroids. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2015;6934(15):235–237. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.12.001.
- Krasnopolsky V. I., Logutova L. S., Buyanova S. N. Reproductive problems of the operated uterus. Moscow, Miklosh, 2005:162. (In Russ.).
- Kulagina N. V., Kustarov V. N. Results of conservative treatment of patients with uterine myoma. *Russian family doctor.* 2005;9(2):49–52. (In Russ.).
- Lee H. J., Norwitz E. R., Shaw J. Contemporary management of fibroids in pregnancy. *Rev Obstet. Gynecol.* 2010;3:20.
- Milazzo G. N., Catalano A., Badia V., Mallozzi M., Caserta D. Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy. *J. Obstet Gyn. Res.* 2017;43(12):1789–1804. Doi: 10.1111/jog.13437.
- Deveer M., Deveer R., Engin-Ustun Y. Comparison of pregnancy outcomes in different localizations of uterine fibroids. *Clin. Exp. Obstet. Gyn.* 2012;39:516–518.
- Vilos G. A., Allaire C., Laberge P. Y. The management of uterine leiomyomas. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2015;37:157–181. Doi: 10.1016/S1701-2163(15)30338-8.
- Buyanova S. N., Logutova L. S., Babunashvili E. L., Gorbunova T. N. Reproductive prognosis for uterine fibroids. *Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist.* 2003;3(4):47–49. (In Russ.).
- Buyanova S. N., Logutova L. S., Shchukina N. A., Mgeliasvili M. V., Yudina N. V., Gukasyan S. A., Akhvediani K. N., Chechneva M. A., Ermolaeva E. E. Myomectomy in pregnancy and non-pregnancy: indications, the specific features of surgical policy and anesthesia, and preoperative preparation and rehabilitation. *Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist.* 2013;2:95–100. (In Russ.).
- Krasnopolsky V. I., Buyanova S. N., Shchukina N. A., Mgeliasvili M. V., Babunashvili E. L., Titchenko I. P. Surgical correction of reproductive function in uterine fibroids. *Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist.* 2005;5(2):74–76. (In Russ.).
- De Carolis S., Fatigante G., Ferrazzani S. Uterine myomectomy in pregnant women. *Fetal Diagn. Ther.* 2001;16(2):116–119. Doi: 10.1159/000053893.
- Swarray-Deen A., Mensah-Brown S. A., Coleman J. Rare complication of fibroids in pregnancy: Spontaneous fibroid rupture. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2017;43(9):1485–1488. Doi: 10.1111/jog.13405.
- Basso A., Catalano M. R., Loverro G., Nocera S., Di Naro E., Loverro M., Natrella M., Mastrolia S. A. Uterine Fibroid Torsion during Pregnancy: A Case of Laparotomic Myomectomy at 18 Weeks' Gestation with Systematic Review of the Literature. *Rep. Obstet. Gynecol.* 2017:970–982. Doi: 10.1155/2017/4970802.

**Информация об авторах:**

**Хатьков Игорь Евгеньевич**, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, главный внештатный специалист-онколог ДЗМ, директор Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова (Москва, Россия), ORCID: 0000-0002-4088-8118; **Цвиркун Виктор Викторович**, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения высокотехнологичной хирургии и хирургической эндоскопии, Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова (Москва, Россия), ORCID: 0000-0001-9627-1195; **Пonomareva Юлия Николаевна**, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, руководитель отделения гинекологии, Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова (Москва, Россия), ORCID: 0000-0001-5436-9119; **Логинова Екатерина Александровна**, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения гинекологии, Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова (Москва, Россия), ORCID: 0000-0002-5061-1227.

**Information about authors:**

**Khatkov Igor E.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Director, Moscow Clinical Scientific Center named after Loginov (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0002-4088-8118; **Tsvirkun Victor V.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Chief Research Fellow of the Department of High-Tech Surgery and Surgical Endoscopy, Moscow Clinical Scientific Center named after Loginov (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0001-9627-1195; **Ponomareva Yulia N.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Chief Research Fellow, Head of the Department of Gynecology, Moscow Clinical Scientific Center named after Loginov (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0001-5436-9119; **Loginova Ekaterina A.**, Cand. of Sci. (Med.), Research Fellow of the Department of Gynecology, Moscow Clinical Scientific Center named after Loginov (Moscow, Russia), ORCID: 0000-0002-5061-1227.