

Миомэктомия у беременной с множественной миомой матки (описание случая)

Е. Г. Сударикова – к.м.н. и.о. руководителя научного отделения экологической репродуктологии ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Т. Е. Бызова – акушер-гинеколог отделения гинекологии

ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Т. А. Кузнецова – заведующая отделением гинекологии
ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Myomectomy in pregnant patient with multiplace uterine myoma

E. Sudarikova, T. Byzova, T. Kuznetzova

Резюме

Тактика ведения пациенток репродуктивного возраста с множественной миомой матки является дискуссионной. Решение вопроса о проведении органосохраняющей операции при множественной миоме матки имеет своих сторонников несмотря на высокий риск осложнений при удалении множества миоматозных узлов. Одним из показаний для оперативного лечения миомы матки при беременности является нарушение питания или некроз опухоли. Приведено описание случая собственного ведения беременной с множественной миомой с некрозом.

Ключевые слова: миома матки, некроз, беременность

Resume

Tactics of management of reproductive age patients with multiplace uterine myoma is discussable. In spite of high risk of surgical complications the choice of operation treatment, saving of uterus has its own allies. One of the main reason of myomectomy in pregnant patient with uterine myoma is clinical evidence of its necrosis. The case of management of pregnant woman with multiplace uterine mioma is presented in the article.

Key words: uterine myoma, necrosis, pregnancy

Тактика ведения пациенток репродуктивного возраста при миоме матки неоднозначна. Известны многочисленные случаи благоприятных исходов беременности при множественной миоме или опухоли больших размеров. Однако по данным литературы у 60-80% беременных женщин с лейомиомой наблюдается осложненное течение беременности, у 18% - формируются показания к миомэктомии во время беременности [1,2,3]. Факторами риска гестационных осложнений являются: пролиферирующая миома, большие размеры и низкая локализация узла, множественная миома. Все это диктует необходимость своевременно ставить вопрос об оперативном лечении больших на этапе планирования беременности.

В настоящее время миомэктомия завоевала свое место в оперативной гинекологии и многие отечественные ученые отмечают целесообразность ее проведения [4,5]. Тем не менее, в клинической практике частый отказ от операции на прегравидарном этапе обусловлен сложившимся мнением о гистерэктомии как единственном возможном варианте оперативного вмешательства.

Неоднозначным является вопрос о миомэктомии при большом количестве миоматозных узлов. Это обусловлено возрастом вероятности операционных (увеличение кровопотери, травматизация миометрия и эндометрия) и послеоперационных осложнений (развитие спаечного процесса в малом тазу, рецидивы миомы матки)[6]. Решение об оперативном лечении при беременности, особенно при условии множественной миомы матки, крайне ответственно и должно опираться на четкие показания.

Приводим клинический пример ведения пациентки с множественной миомой матки. Пациентка - первобеременная 28 лет, жительница Екатеринбурга, диагноз миомы установлен за 3года до наступления данной беременности, беременность желанная. В раннем сроке (6-7 нед) встала на диспансерный учет в женской консультации г. Екатеринбурга. При клиническом и ультразвуковом исследовании миома матки определена как субсерозная, диаметр узла - 11-12 см. Проводилось динамическое наблюдение за течением беременности. В отделение гинекологии НИИ ОММ была направлена и госпитализирована в сроке 18 недель беременности при появлении болевого синдрома. При объективном осмотре обращало на себя внимание - высота стояния дна матки соответствовала сроку гестации и пальпировался субсерозный узел миомы в диаметре 20 см, достигающий до правого подреберья. Из лабораторных показателей - воспалительные изменения кро-

Ответственный за ведение переписки -

Сударикова Е.Г.

Екатеринбург, ул. Баумана 5, кв. 37,

SON9@olympus.ru

ви лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 60 мм/ч, гиперфибриногенемия (ФГ-7г/л). При УЗ-исследовании выявлена множественная миома матки с наибольшим узлом 183-179мм, разнородной экоструктуры. На основании клиничко-лабораторных данных был выставлен диагноз: беременность 18-19 недель, множественная миома матки с нарушением питания узла больших размеров, что послужило показанием для оперативного лечения в данном сроке гестации.

Произведена нижнесрединная лапаротомия, в брюшной полости найдено: матка увеличена за счет беременности и множественной миомы матки. По передней стенке локализовался субсерозный узел миомы диаметром 190-200 мм, в основании которого располагались 3 субсерозно-интерстициальных узла миомы размерами 30, 45 и 50 мм. В дне матки определялись 2 субсерозные миомы матки на узком основании 40 и 35 мм в диаметре, серозный покров синюшный с кровоизлияниями. Данная ситуация расценена как проявление нарушения питания миомы и принято решение об удалении всех выявленных узлов миомы матки. Проведена энуклеация 6 миоматозных узлов. Ложе узлов и серозный слой матки ушиты отдельными швами синтетическим шовным материалом (полигликолид, викрил).

На область швов на матке наложена гемостатическая губка. Кровопотеря составила 250 мл.

При срочном и плановом гистологическом исследовании во всех узлах верифицирована миома матки с полями некроза. Интраоперационно начата и продолжена после операции антибактериальная терапия цефалоспоридами III поколения, токолиз сернокислой магнезии, метаболическая терапия. Послеоперационный период протекал гладко, выписана на 14 сутки. При дальнейшем наблюдении беременность развивалась соответственно сроку. Пациентка родоразрешена в сроке доношенной беременности способом операции кесарево сечение. При визуальном контроле рубцы на матке после консервативной миомэктомии оценены как состоятельные, соединительнотканной структуры без выраженного «втяжения», ширина рубцов до 7-10 мм. Родилась девочка, массой 2900гр, ростом 49 см с оценкой по Апгар –8/9 баллов. На 7 сутки после родов пациентка с ребенком выписана.

Выбор оперативной тактики ведения пациентки с множественной миомой матки позволил пролонгировать беременность, которая завершилась рождением доношенного ребенка и сохранить детородную функцию у молодой женщины. ■

Литература:

1. Тутченко И.П. Клиническое значение новых ультразвуковых диагностических технологий в выборе тактики лечения миомы матки вне и во время беременности: Автореф. дис. ...канд. мед. наук М 2007; 21
2. Шмаков Г.С. Миомэктомия во время беременности: Автореф. дис. ...канд. мед. наук М 1997; 49
3. Петракова С.А., Бунова С.Н., Мгелиашвили М.В. Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки. Рос. вестн. акуш.-гинекол. 2009; 9(1): 30-35.
4. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Бунова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М: Миклош 2005; 162.
5. Савицкий Г.А. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. Ст.-Петербург: «ЭЛБИ-СПб» 2003; 236.
6. Stewart E.A., Faur A.V., Wise L.A./et al. Predictors of Subsequent Surgery for Uterine Leiomyoma After Abdominal Myomectomy. Obstet Gynecol 2002; 99: 426-432.