

РАЗДЕЛ II

ПРОБЛЕМЫ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ

*О.В. Кичигин**, *И.М. Арестова***, *Ю.В. Занько***

СУБМУКОЗНАЯ ЛЕЙОМИОМА МАТКИ В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

**Витебский городской клинический родильный дом №2,*

***Витебский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь, ole-kichigin@yandex.by*

К 2008 году в англоязычной литературе сообщалось о 9 случаях диагностики миомы матки больших размеров в подростковом периоде. Трудности диагностики и лечения миомы матки обусловлены незначительной распространенностью данной патологии в подростковом периоде. Учитывая данный факт, мы приводим из нашей практики два клинических случая пациенток с субмукозной миомой матки, которым была выполнена трансцервикальная электрохирургическая миомэктомия в 19-летнем возрасте.

Пациентка К. 19 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные и длительные месячные в течение последних 6 месяцев. Выполнено УЗИ, диагностирован субмукозный узел размерами 51 на 48 мм исходящий из передней стенки. Из анамнеза: месячные с 14 лет по 6 дней через 30 дней обильные, болезненные, регулярные. Половая жизнь с 18 лет, замужем. Из перенесенных заболеваний острый пиелонефрит, болезнь Боткина. Поступила для ГРС в плановом порядке. Гемоглобин перед операцией 120 г/л. При гистероскопии полость матки деформирована субмукозным узлом 2 типа диаметром 5 см. исходящим из передней стенки. Выполнена резекция 2/3 узла электродомпетлей. Длительность операции 1 час. Кровопотеря 150 мл. Операция прекращена из-за глубокого расположения узла в стенки матки и высокого риска перфорации. Результат гистологического исследования: лейомиома. Гемоглобин после операции 101 г/л. Выписана через сутки после гистерорезектоскопии. Рекомендовано: дюфастон по 10 мг 2 раза в сутки 3 месяца с последующим 2 этапом операции – удаление оставшейся части узла. Через 5 мес. после операции пациентка обратилась в женскую консультацию, диагностирована беременность малого срока. Роды через естественные родовые пути в сроке беременности 39-40 нед, осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, по поводу чего проводилось родовозбуждение простином. Родила живую доношенную девочку весом 3040 г, рост 49 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Послед выделился самостоятельно. Кровопотеря 200 мл. Выписана на 6 сутки вместе с ребенком. Гемоглобин при выписке 85 г/л. УЗИ без патологии, оставшаяся часть

узла не визуализируется.

Пациентка У. 19 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота и умеренные кровянистые выделения из половых путей. Месячные пришли в срок, но продолжались в течение 14 дней. Амбулаторно назначен гормональный гемостаз ригевидоном, на фоне которого временный эффект. На 10 сутки приема ригевидона возобновились кровянистые выделения, появились боли внизу живота. Пациентке выполнено УЗИ. Заключение: неразвивающаяся беременность? Пузырный занос? Направлена для стационарного лечения. Из анамнеза: месячные с 12 лет по 4-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 19 лет. Перенесенные заболевания: простудные. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в зеркалах и влагалищном исследовании: шейка матки укорочена до 1 см., во влагалище определяется образование тестоватой консистенции размерами 6 на 3 см, исходящее из шейки матки. Матка нормальных размеров, безболезненна при пальпации. Область придатков без особенностей с обеих сторон. Выделения из половых путей кровянистые обильные. Гемоглобин при поступлении 122 г/л. Выставлен диагноз: миома матки, родившийся субмукозный узел. Пациентка сразу доставлена в операционную, где выполнена гистерорезектоскопия, удаление узла. Узел выкручен с использованием щипцов Мюзо, после чего осмотрена полость матки. ножка узла исходит из передней стенки, удалена с использованием электрода-петли, ложе коагулировано. Кровопотеря 150 мл. Результат гистологического исследования: субмукозная лейомиома с очаговой пролиферацией миоцитов, с вторичными изменениями в виде отека и эндометрий средней стадии фазы секреции. Выписана на 4 сутки после операции. Через 2,5 года после удаления субмукозного узла у пациентки диагностирована киста яичника, выполнена лапароскопия, цистэктомия слева (удалена эндометриоидная киста диаметром 5 см), коагуляция очагов эндометриоза в области кретцово-маточных связок. Результат гистологического исследования: эндометриоидная киста. Выписана на 2 сутки после операции.

Выводы.

1. Субмукозная лейомиома матки (узлы диаметром до 5 см.) встречается в молодом возрасте (в наших случаях в 19 лет), у не имеющих в анамнезе беременностей, живущих половой жизнью и не предохраняющихся от беременности женщин, без эндокринных нарушений и экстрагенитальной патологии, с регулярным менструальным циклом.

2. Методом выбора у нерожавших женщин детородного возраста при субмукозной миоме матки является трансцервикальная электрохирургическая миомэктомия, что позволяет сохранить детородную и менструальную функцию, даже при нерадикальном удалении узла.