

СЛУЧАЙ ИШЕМИИ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА У ПЕРВОБЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

З.Д.КАРИМОВ, М.Т.ХУСАНХОДЖАЕВА, Б.С.АБДИКУЛОВ, Д.М.КАСИМОВА

The case of myomatosus nodus ischemia in first-pregnant women

Z.D.Karimov, M.T.Husankhodjaeva, B.S.Abdikulov, D.M.Kasimova

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Описан случай ишемии крупного миоматозного узла у первобеременной женщины в сроке 20 недель. Проведена консервативная миомэктомия, удален крупный интрамуральный миоматозный узел с признаками нарушения питания, деформирующий полость матки. Беременность сохранена.

Ключевые слова: миома матки, ишемия, консервативная миомэктомия

The case of ischemia of the big myomatosus node in first-pregnant women (20 weeks of pregnancy) is described in the article. The patient was performed the conservative myomectomy, the big intramural myomatosus node malnutrition features deforming the uterine cavity was ablated. The pregnancy has been saved.

Key-words: hysteromyoma, ischemia, conservative myomectomy

В последнее десятилетие определилась группа женщин с миомой матки, у которых традиционное консервативное лечение по пролонгированию желанной беременности малоэффективно. В эту группу, несомненно, попадают беременные с осложненными формами миомы матки [1-7]. Ранее проведенные исследования [2, 3] показали, что хирургическое вмешательство в виде консервативной миомэктомии (КМ), связанное с удалением интраорганных миоматозных узлов, у этих женщин является не только последним резервом сохранения желанной беременности, но и подчас жизненно важной необходимостью.

В научном отделе неотложной гинекологии РНЦЭМП накоплен солидный опыт проведения консервативной миомэктомии как вне беременности, так и на её фоне.

В качестве примера приводим описание одного из наиболее сложных последних случаев из нашей практики.

Описание случая

Больная Ц., 35 лет, беременность 20 недель, обратилась в приемное отделение РНЦЭМП с жалобами на жгучие боли в области беременной матки, тошноту, сухость во рту, общую слабость.

История развития заболевания: со слов больной первый приступ болей возник за 5 дней до поступления. Обратилась в родильный комплекс по месту жительства, где было проведено обследование и установлен диагноз: беременность 1, 20 недель, узловатая миома матки, угроза прерывания беременности. Получала стационарное лечение (сохраняющую терапию) в течение 4 дней - без существенного эффекта. С 6 ч 00 мин в день поступления в нашу клинику появились жгучие боли в области беременной матки, тошнота, сухость во

рту, общая слабость, в связи с чем больная была переведена в РНЦЭМП.

Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет, установились сразу, по 5-6 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 24 лет. Беременностей - 0. В течение последних 10 лет неоднократно получала амбулаторное лечение по поводу бесплодия. В течение последнего года состоит на учете у гинеколога по поводу миомы матки.

Объективно: общее состояние при поступлении среднетяжелое, тяжесть обусловлена болями в животе, угрозой прерывания беременности, интоксикацией, характером патологии. Гемодинамические показатели стабильные, температура тела 37,8°C. Живот увеличен за счет беременной матки, последняя в повышенном тонусе, легко возбудима. По левому ребру матки определяется неровность контура матки, опухолевидная выпуклость, локальная болезненность. Перитонеальные симптомы сомнительны. Мышечного напряжения нет. Шевеление плода ощущает, сердцебиение плода приглушенное 120-160 ударов в минуту. Мочеиспускание учащенное, стул - склонность к запорам.

Бимануально: влагалище узкое, шейка матки длиной до 4 см, плотная, цервикальный канал закрыт. Тело матки увеличено до 20 недель беременности, определяется значительная опухолевидная деформация контуров матки в области левого ребра. Эта область плотно-эластической консистенции, размерами 10х8 см, болезненна. Придатки не пальпируются, все отделы параметрия без особенностей, выделения светлые.

Клинико-лабораторное обследование: общий анализ крови: Нв 110 г/л, л. 8,0х10⁹/л. Общий анализ мочи, биохимия крови, коагулограмма без патологии. УЗИ брюшной полости: беременность 20 недель, признаки моноузловой миомы матки: ин-

трамуральный узел 91,0x71,0 (мм), экоструктура узла разнородная, с очагами размягчения, а также угроза самопроизвольного позднего аборта. Плацента располагается по заднебоковой (с переходом на левое ребро) стенки матки. Отмечается существенная деформация полости матки (рис. 1), край плаценты почти полностью лежит в проекции миоматозного узла.

Выставлен предварительный диагноз: беременность 1, 20 недель. Ишемия крупного интрамурального миоматозного узла по левому ребру матки (с деформацией полости матки). Угроза прерывания беременности. Бесплодие 1.

Интенсивная консервативная терапия (спазмолитики, комбинированная антибактериальная терапия, фраксипарин, актовегин, токолитики), которая проводилась в течение суток, оказалась неэффективной: боли не купировались, приобрели постоянный характер, усилилась локальная

болезненность в области опухолевидного образования матки, прогрессировала угроза прерывания.

Наибольшую проблему создавал характер плацентации. Как было указано выше, 1/3 плаценты располагалась в проекции крупного ишемизированного миоматозного узла. Однако при повторном УЗИ и детальном просмотре этой области было замечено, что между слизистой полости матки (куда прикреплялась плацента) и боковым полюсом узла имеется мышечная прослойка, т.е. чистой субмукозной локализации узла – не было. Это послужило фактором, опираясь на который, было решено оперировать женщину, ориентируясь на сохранение желанной беременности.

В экстренно-отсроченном порядке произведена операция: нижнесрединная лапаротомия, консервативная миомэктомия.

Интраоперационно (рис.2) определяется беременная матка бледно-розового цвета, в повышенном тонусе, соответствует 20 неделям беременности. После визуальной и пальпаторной ревизии установлено, что по левому ребру матки имеется субсерозно-интрамуральный узел размерами 9x12 см, его верхний полюс – на расстоянии 4 см от яичникового коллектора сосудов, где отмечается резко выраженное варикозное расширение венных сосудов. Периметрий над ним с выраженной инъекцией сосудов, налета фибрина нет. Пальпаторно миоматозный узел мягко-эластической консистенции. Маточные сосуды располагались, огибая заднюю стенку миоматозного узла из-за антепозиционного роста узла. Придатки с обеих сторон без особенностей.

Электроножом в поперечном направлении в проекции наибольшей выпуклости миоматозного узла рассечен миометрий вместе с поверхностными слоями опухоли. Острым и тупым путем (рис. 3) произведена бережная, поэтапная интракапсулярная энуклеация узла. Ранения слизистой полости

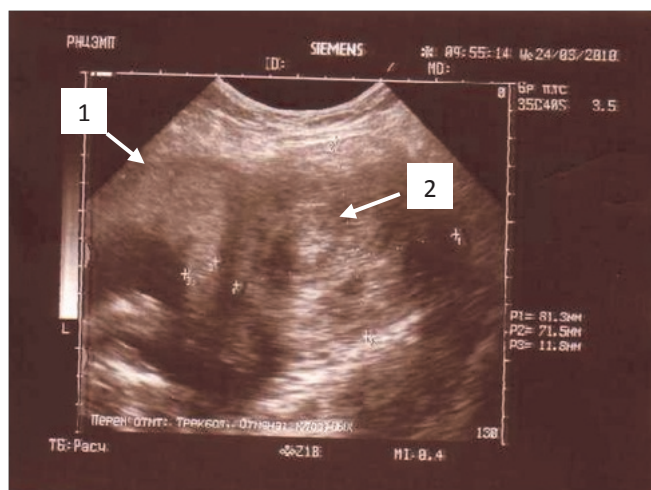


Рис. 1. Ультразвуковое исследование беременной матки. Стрелками указаны: 1 - плацента; 2 - миоматозный узел.

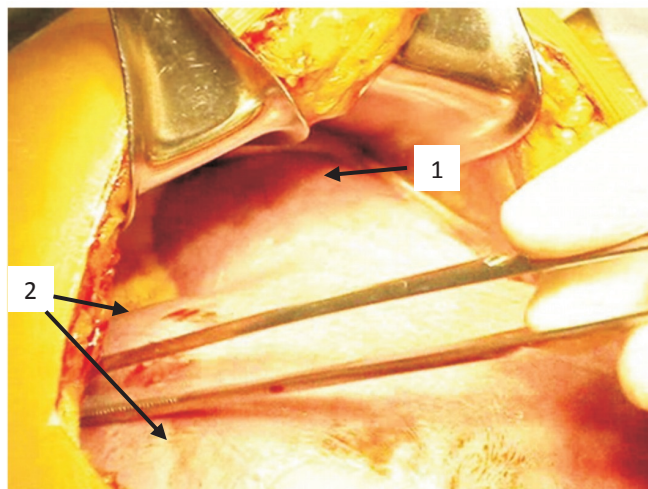


Рис. 2. Интраоперационная картина беременной матки. Стрелками указаны: 1 - миоматозный узел; 2 - беременная матка.

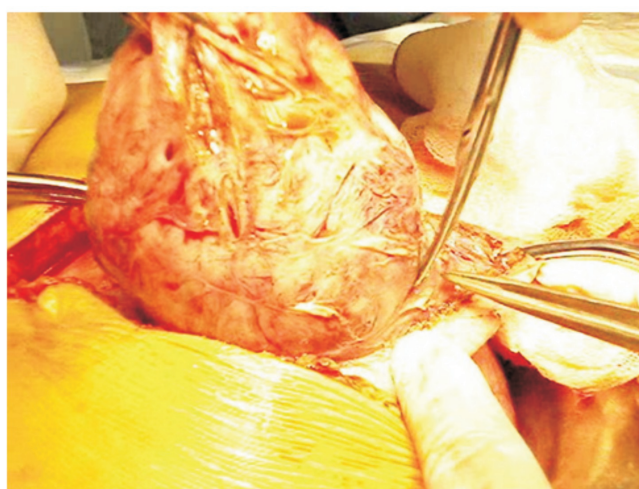


Рис. 3. Интраоперационная картина. Этап энуклеации миоматозного узла.

матки удалось избежать, хотя пальпаторно отчетливо ощущалась непосредственная близость этой зоны. Образовавшаяся большая ниша была ушита узловыми кооптирующими швами в нашей модификации нитью полигликолид 1/0 на атравматической игле в один слой. Интраоперационная кровопотеря составила 300,0 мл. Удаленный миоматозный узел (рис. 4) был отправлен на гистологическое исследование, которое полностью подтвердило клинический диагноз.

Послеоперационный период протекал гладко на фоне терапии, направленной на сохранение беременности. К третьим суткам признаки угрозы прерывания почти полностью лизировали. Для исключения возможного образования гематом в области ниши удаленного миоматозного узла производился ежедневный контроль с помощью УЗИ. Больная выписана на 9-е сутки после операции.

В настоящее время беременность протекает без существенных осложнений, соответствует 32-33 нед., на УЗИ отсутствие серьезных изменений в области бывшего оперативного вмешательства. При доношенном сроке беременности планируется проведение кесарева сечения.

Обсуждение

Проведение КМ у беременных относится к ряду весьма редких хирургических вмешательств во всем мире. В последнее время из-за участвовавших случаев миомы матки среди женщин репродуктивного возраста, а также часто возникающих осложнений желанной беременности на фоне миомы матки ряд специалистов [1-7] сформулировали круг вопросов по решению данной проблемы. Её структура многогранна, охватывает не только саму перспективу пролонгирования беременности, но также важнейшие аспекты интра- и послеоперационных осложнений. Главной целью проводимых исследований является сохранение беременности, получение доношенного здорового ребенка с перспективой последующих беременностей. Согласно

немногочисленным сообщениям, показатели прерывания беременности после КМ весьма высоки, а отсутствие достаточного числа наблюдений как бы лишает смысла приведения конкретных цифр. Вместе с тем, опубликованные нами данные [1, 2] свидетельствуют о том, что целесообразность проведения КМ у беременных ограничивается небольшим кругом показаний: ишемия миоматозных узлов, быстрый рост опухоли и инкурабельная прогрессирующая угроза прерывания желанной беременности с показателем прерывания 14,3%.

Следует согласиться с уже ставшим общепринятым сегодня мнением о том, что лучше пытаться продлить беременность до доношенных сроков и при необходимости проведения кесарева сечения осуществить КМ после извлечения плода [1, 4-6]. Такая тактика, очевидно, эффективнее как в отношении перинатальных потерь, так и в плане сохранения детородного органа.

Несколько особняком группируются модели патологии, связанные с неотложными состояниями: кровотечение, ишемия миомы. Среди беременных с этими состояниями наблюдаются наибольшие перинатальные потери и калечащие операции. Несмотря на сложности в решении задач, для снижения этих показателей на современном этапе задействованы далеко не все ресурсы.

Дискуссионным остаётся протокол, предусматривающий преимущественное прерывание беременности с последующей КМ вне беременности. Связано это не только с тем, что прерываемая беременность у женщины может оказаться последней. Причиной спорных моментов в обсуждаемой проблеме, включая последний, является высокий небезосновательный риск тяжелых осложнений КМ у беременных и неуверенность специалистов в том, что в результате этих осложнений не потребуются гистерэктомия по жизненным показаниям. Ограничиваясь теоретическими знаниями, уточнить актуальность таких опасений невозможно. Вместе с тем это не означает призыва к широкой



Рис. 4. Удаленный миоматозный узел.

хирургической активности, что может привести к отрицательным последствиям. Именно поэтому исследователи единодушны, указывая как на одно из главных условий проведения КМ у беременных на уровень квалификации учреждения и специалистов [1-7].

Нами уже давно проводятся плановые научные исследования с данным контингентом беременных. Опираясь на конкретные результаты, в настоящее время мы можем подвести некоторые итоги. 1. Сегодня протоколы ведения беременных с миомой матки следует формулировать в соответствии с определенными моделям патологии. 2. Необходимо стремиться к пролонгированию беременности всеми доступными ресурсами, избегая оперативного вмешательства. 3. Существует реальная (небольшая) группа беременных с миомой матки, у которых консервативное ведение лишено перспективы (как по перинатальным соображениям, так и с точки зрения реальной угрозы потери детородного органа) – это неподдающаяся консервативной терапии ишемия миоматозных узлов, быстрый рост опухоли на фоне (либо без) некупирующейся угрозы прерывания желанной беременности, кровотечение. Стойкая угроза прерывания желанной беременности в качестве самостоятельного показания к операции остаётся дискуссионной. 4. Важнейшим фактором, обуславливающим возможность проведения КМ с ориентацией на пролонгирование беременности, является расположение плаценты по отношению к глубокорасположенному миоматозному узлу. Установить это можно только с помощью квалифицированного УЗИ. Здесь мы подошли к сути настоящего сообщения.

Как видно из представленного эпизода, деформация полости матки миоматозным узлом еще не свидетельствует об истинном субмукозном расположении узла. Прямым доказательством является успешный исход данного наблюдения. Если бы узел имел истинное субмукозное расположение даже на небольшом протяжении, это неминуемо привело бы, как минимум, к ретроплацентарной гематоме (плацента располагалась в проекции узла), а как максимум – к прогрессирующей отслойке плаценты с неконтролируемым кровотечением, вплоть до потери матки или к гибели больной.

Поэтому квалифицированная диагностика является краеугольным камнем формирования той

или иной модели изучаемой патологии. На нём основан адекватный прогноз угрожающих осложнений КМ и последующего течения беременности.

Литература

1. Ботвин М.А., Сидорова И.С., Гуриев Т.Д. Оперативное лечение миомы матки (консервативная миомэктомия). Акуш и гин 1997; 3: 12-15.
2. Каримов З.Д., Абдикулов Б.С., Ниязматова Г.И. и др. Консервативная миомэктомия во время беременности. Вестн экстрен мед 2008; 3: 33-39.
3. Каримов З.Д., Ниязматова Г.И., Абдикулов Б.С., Хусанходжаева М.Т. Органосберегающее лечение миомы матки во время беременности. Акуш и гин 2009; 6: 31-33.
4. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М МЕД-пресс-информ 2001; 342.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Миомэктомия. Оперативная гинекология – хирургические энергии. М Медицина 2000; 468-497.
6. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). Руководство для врачей. М Медицина 2003; 67-90.
7. Broder M.S., Bovone S. Improving treatment outcomes with a clinical pathway for hysterectomy and myomectomy. J Reprod Med 2002; 47 (12): 999-1003.

БИРИНЧИ ҲОМИЛАЛИ АЁЛДА МИОМАТОЗ ТУГУНЧАНИНГ ИШЕМИЯСИ ҲОЛАТИ

З.Д.Каримов, Г.И.Ниязматова, Б.С.Абдикулов,
М.Т.Хусанходжаева, Д.М.Касимова
Республика шошилич тиббий ёрдам
илмий маркази

20 ҳафталик биринчи ҳомиласи бўлган аёлда йирик миоматоз тугунчанинг ишемияси билан боғлиқ ҳолат мақолада келтирилган. Консерватив миомэктомия бажарилиб, озикланиши бузилиши белгилари бўлган ва бачадон бўшлиғини деформацияловчи йирик интрамурал миоматоз тугунча олиб ташланган. Ҳомилани сақлаб қолиш иложи бўлди.

Контакт: проф. Каримов Заур Джавдатович
РНЦЭМП
100107, Ташкент, ул. Фархадская, 2
Тел: +99897-390-8477