

# Клинический случай спонтанной беременности у пациентки с длительным первичным бесплодием после гистероскопического удаления субмукозного миоматозного узла

**М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, С.В. Гридчин, А.Л. Громова**

Киевский городской родильный дом № 5

Описан случай спонтанной беременности у пациентки с девятилетним периодом лечения бесплодия после гистероскопического удаления крупного субмукозного узла. Гистероскопия показана всем пациенткам с бесплодием, безуспешно леченным в течение года даже в случаях, когда ультразвуковые и другие неинвазивные методы исследования не выявляют внутриматочной патологии.

**Ключевые слова:** гистероскопия, бесплодие, внутриматочная патология, миома.

Внутриматочная патология, включая врожденные аномалии, полипы, субмукозные миомы, синехии полости матки и хронический эндометрит, играет важную роль в развитии бесплодия. Так, у пациенток, рутинно обследованных методом гистероскопии перед проведением программ вспомогательных репродуктивных технологий, различную внутриматочную патологию выявляют от 21% до 47% случаев [1, 2]. Тем не менее, роль гистероскопии как обязательного метода исследования у пациенток с бесплодием остается дискутабельной. Несмотря на многочисленные контролируемые исследования, продемонстрировавшие высокую эффективность гистероскопических методов в лечении внутриматочной патологии, нет консенсуса относительно эффективности гистероскопической хирургии в улучшении прогноза наступления беременности у субфертильных пациенток [2, 3]. На основании многолетнего опыта работы нашей клиники мы считаем целесообразным проводить диагностическую гистероскопию всем женщинам, страдающим бесплодием, при отсутствии результата от проводимого лечения в течение года, даже при отсутствии данных о внутриматочной патологии при использовании других методов исследования. В 2013 году мы столкнулись с весьма поучительным случаем запоздалой диагностики и успешного излечения почти 10-летнего бесплодия у пациентки с длительно недиагностированным субмукозным расположением миоматозного узла.

Представляем случай спонтанной беременности у пациентки с длительным бесплодием после гистероскопического удаления крупного субмукозного миоматозного узла.

Пациентка К. 37 лет обратилась в отделение оперативной гинекологии Киевского городского родильного дома № 5 с жалобами на длительное бесплодие. Пациентка страдала первичным бесплодием в течение 9 лет. Менструальный цикл регулярный, менструации умеренно болезненные, последние несколько лет пациентка отмечает более обильные менструации и присоединение схваткообразной боли.

На протяжении последних 7 лет неоднократно проводились бактериологические и бактериоскопические исследования влагалищного отделяемого, несколько курсов стимуляции овуляции, ультразвуковое исследование (УЗИ) половых органов, рентгеновскую метросальпингографию. При

УЗИ в 2008 году была выявлена миома матки, предполагалось интрамуральное расположение миоматозного узла. При проведении метросальпингографии определяли свободно проходимые маточные трубы и деформированную по правой боковой стенке полость матки, но тем не менее отсутствовали четкие данные о наличии субмукозного узла. На протяжении всего периода наблюдения было проведено 7 УЗИ, помимо ультразвукового мониторинга роста фолликула на фоне стимуляции овуляции клостилбегитом. Пациентка получила несколько курсов противовоспалительной терапии по поводу уреaplазмоза, гарднереллеза с длительным применением антибиотиков, иммуномодуляторов, пробиотиков. На гистероскопию женщина была направлена только через 9 (!) лет безуспешного лечения, когда после очередного УЗИ в 2012 году было высказано предположение о наличии субмукозного компонента миоматозного узла, расположенного по правой боковой стенке матки размером 32 мм.

При обследовании в гинекологическом отделении Киевского городского родильного дома № 5 было установлено: пациентка имеет овуляторный менструальный цикл с достаточной продолжительностью лютеиновой фазы; показатели спермограммы супруга соответствуют норме; при УЗИ выявлен миоматозный узел размером 34 мм, расположение узла трактовалось как интрамуральное с центрипетальным ростом.

Для оценки состояния полости матки проведена диагностическая гистероскопия. По правой боковой стенке матки, в верхней трети определяется субмукозный миоматозный узел 2-го типа диаметром около 3 см, выполняющий практически всю полость матки и затрудняющий визуализацию правого трубного угла. Петлей резектоскопа проведено последовательное удаление миоматозного узла, основание располагалось по правой боковой стенке матки, на 1 см ниже трубного угла. Интрамуральный компонент узла, который составлял менее 30% узла удалить не удалось. После гистерорезекции полость матки имела нормальные очертания, трубные углы были свободными. Продолжительность операции составила 20 мин, кровопотеря – 120 мл. Патогистологическое исследование подтвердило диагноз лейомиомы матки, состояние эндометрия соответствовало фазе пролиферации.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В течение 10 дней отмечались мажущие кровянистые выделения из половых путей. Антибактериальную терапию не назначали. В течение 3 менструальных циклов после гистероскопии пациентке был назначен комбинированный оральная контрацептив, содержащий 20 мкг этинил-эстрадиола и 150 мкг дезогестрела. Через 2 мес после отмены гормональной контрацепции наступила спонтанная беременность одним плодом. На данный момент срок беременности составляет 19 нед, беременность прогрессирует.

Мы считаем данный клинический случай в определенной степени поучительным. Недооценка роли внутриматочной патологии, многочисленные необоснованные стимуляции овуляции, неоднократная непоказанная антибактериальная терапия на амбулаторном этапе оказания помощи привели к затягиванию времени полноценной диагностики и лечения пациентки. Известно, что после 35 лет способность к зачатию и вынашиванию беременности значительно снижается, возрастает вероятность рождения детей с хромосомными аномалиями. В течение 7 лет женщина не получала необходимой

помощи. В данном конкретном случае отмечен благоприятный исход, но время, затраченное на достижение благоприятного результата, недопустимо длительное. Этот клинический случай послужит еще одним доказательством необходимости проведения диагностической гистероскопии всем пациенткам, страдающим бесплодием. Если беременность не наступает в течение года от начала лечения, то этот метод диагностики необходим даже при отсутствии данных о внутриматочной патологии при проведении ультразвукового и других неинвазивных методов исследования.

**Клінічний випадок спонтанної вагітності у пацієнтки з тривалим первинним безпліддям після гістероскопічного видалення субмукозного міоматозного вузла**  
**М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, С.В. Гридчин, О.Л. Громова**

**The case-report spontaneous pregnancy patient with long-term period infertility after hysteroscopic removing a large submucous myoma**  
**M.V. Makarenko, D.A. Govseev, S.V. Gridchin, A.L. Gromova**

Описано випадок спонтанної вагітності у пацієнтки з дев'ятирічним періодом лікування безпліддя після гістероскопічного видалення великого субмукозного вузла. Гістероскопія показана всім пацієнткам з безпліддям, безуспішно лікованим протягом року, навіть у випадках, коли ультразвукові та інші неінвазивні методи дослідження не виявляють внутрішньоматкової патології.

The case-report spontaneous pregnancy patient with nine years period infertility after hysteroscopic removing a large submucous myoma are presented. Hysteroscopy is a necessary option for patients with infertility that was ineffective treating during one year, even ultrasound exam don't discover intrauterine pathology.

**Ключові слова:** гістероскопія, безпліддя, внутрішньоматкова патологія, міома.

**Key words:** hysteroscopy, infertility, intrauterine pathology, myoma.

#### Сведения об авторах

**Макаренко Михаил Васильевич** – Киевский городской родильный дом № 5, 03037, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2; тел.: (044) 275-80-77, факс (044) 270-31-85

**Говсєєв Дмитрий Александрович** – Киевский городской родильный дом № 5, 03037, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2; тел. (044) 275-80-77, факс (044) 270-31-85

**Гридчин Сергей Васильевич** – Киевский городской родильный дом № 5, 03037, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2; тел. (044) 275-26-35

**Громова Александра Леонидовна** – Киевский городской родильный дом № 5, 03037, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2; тел. (044) 275-83-85

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Stefano Bettocchi, M.D., Maria Teresa Achillarre, M.D., Oranzo Ceci, M.D., Selvaggi Luigi. Fertility-enhancing Hysteroscopic Surgery Seminars in Reproductive Medicine Semin Reprod Med. – 2011;29(2):75–82.
2. Jason G. Bromer, Aydin Arici. Impact of Uterine Myomas on IVF Outcome Expert Rev of Obstet Gynecol. – 2008;3(4):515–521.
3. Mohammed Agdi, M.D, Togas Tulandi, M.D. Minimally Invasive Approach for Myomectomy Seminars in Reproductive Medicine Semin Reprod Med. – 2010;28(3):228–234.
4. Niharika Khanna, MD, and Erica Isles, MD, Department of Family Medicine (NK, EI), School of Medicine, University of Maryland, Baltimore. An Unsuspected Case of a Degenerating Leiomyoma Journal of the American Board of Family Medicine J Am Board Fam Med. – 2000; 13(4).

Статья поступила в редакцию 05.11.2013