

# Атипичическая лейомиома матки

**В.А. Заболотнов, А.Н. Рыбалка, О.П. Миклин, Н.В. Косолапова, Д.В. Супруненко**  
 ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

**В статье представлены данные об атипичической лейомиоме матки, классификация, сложности хирургического лечения. Определены факторы, являющиеся причиной массивного кровотечения, когда достижение гемостаза и само хирургическое лечение может представлять значительные трудности. Разобран клинический случай атипичической лейомиомы матки.**

**Ключевые слова:** атипичическая лейомиома матки.

Лейомиома матки (по разным классификациям – миома, фиброма, фибромиома, миофиброма) относится к стромальным опухолям матки и является самой распространенной опухолью у женщин репродуктивного возраста [1, 2]. За последнее время наметилась тенденция «омоложения» данной патологии. Лейомиомы классифицируют на подгруппы в зависимости от анатомических взаимосвязей и положения в стенке матки. В большинстве случаев по расположению различают следующие виды лейомиом:

1. С типичной локализацией миоматозных узлов:
  - субмукозная – рост узлов происходит по направлению к полости матки, под слизистой оболочкой;
  - интерстициальная – узлы располагаются в стенке матки;
  - субсерозная – узлы развиваются на поверхности матки под брюшиной, имея либо широкое основание, либо «ножку».
2. С атипичной локализацией миоматозных узлов:
  - межсвязочная – вариант субсерозной лейомиомы, располагающейся забрюшинно.
  - шеечная – узлы располагаются в шейке матки.

Лейомиомы чаще всего располагаются в самом теле матки – 95% всех случаев. В 5% случаев опухоль находится в шейке матки.

Чаще всего лейомиомы матки бывают множественными [3].

В то же время А.Ж. Tiltman (1998) отмечает, что примерно только 0,4% лейомиом располагаются в шейке матки. Значительно реже лейомиомы могут быть найдены в фаллопиевой трубе, в листках широкой связки, влагалище и вульве [4].

В 1930 г. Г.Ф. Цомакион (гинеколог, профессор, представитель Одесской акушерско-гинекологической школы) выделил атипичические формы субсерозной фибромиомы матки (рис. 1–5) и классифицировал их следующим образом [5]:

При наружном исследовании через брюшную стенку атипичное расположение фибромиомы не может быть установлено. Лишь влагалищное и влагалищно-ректальное гинекологическое исследование позволяет установить диагноз.

Ультразвуковая и МРТ-диагностика может быть использована для уточнения диагностики атипичных лейомиом.

Наряду с неподвижной опухолью, вколоченной в таз, характерным признаком является выпячивание влагалищных сводов опухолью. При позадишеечной (ретроцервикальной) лейомиоме опухоль выполняет прямокишечно-маточное углубление, выпячивает задний влагалищный свод, высоко поднимает всю матку таким образом, что влагалище оказывается суженным и удлинненным, а влагалищная часть шейки матки поднята и прижата к симфизу, с трудом достигается исследующим пальцем.

Подобные данные могут быть обнаружены при гинекологическом исследовании и тогда, когда находящаяся поза-

ди матки лейомиома исходит не из шейки, а из задней поверхности тела матки.

Если лейомиома, исходя из задней поверхности нижнего сегмента матки, растет вверх и отслаивает брюшину от позвоночника, то, достигнув прямой и сигмовидной кишок, она расслаивает листки их брыжейки. Кишка непосредственно соприкасается и, как бы, расплывается на опухоли.

При межсвязочной опухоли нарушается нормальная топография мочеточника, который может непосредственно прилегать к опухоли на нижней, задней или латеральной ее поверхности.

Атипичическое расположение лейомиомы не только обуславливает появление новых и нередко весьма тягостных симптомов, но и нарушает нормальную функцию полового аппарата. Вследствие значительных изменений топографии тазовых органов, создаются не только технические трудности при операции, но и опасность повреждения соседних органов, трудно останавливаемые кровотечения в глубине таза и другие осложнения, возникающие как во время операции, так и в послеоперационный период.

Если опухоль исходит из задней стенки шейки или из нижнего сегмента матки, то маточный зев смещается вверх кпереди и с трудом достигается исследующим пальцем позади или над симфизом. Опухоль, исходящая из передней стенки шейки, смещает зев вверх и кзади. Односторонняя межсвязочная опухоль смещает влагалищную часть и маточный зев в противоположную сторону или также вверх. Варианты здесь могут быть самые разнообразные. Важно поэтому прежде всего установить наличие опухоли, вколоченной в таз, ее неподвижность, смещение ею маточного зева и, конечно, как всегда при диагностике лейомиомы, непосредственную связь опухоли с маткой. Консистенция опухоли играет здесь еще меньшую роль, чем при диагностике лейомиомы вообще, так как узлы, вколоченные в таз, вследствие застойных явлений, имеют не обычную плотную, а часто мягкую консистенцию.

В зависимости от локализации субсерозных узлов возможно нарушение функции соседних органов. Рост миоматозного узла кпереди способствует появлению дизурических явлений: больные жалуются на учащенное мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию, острую задержку мочи. Перешеечное расположение миоматозного узла на задней стенке матки приводит к давлению на прямую кишку и нарушению дефекации. Субсерозные узлы, располагающиеся на боковой стенке матки в нижней и средней трети, при достижении большого размера изменяют топографию мочеточника, могут приводить к нарушению пассажа мочи на пораженной стороне, возникновению гидроуретера и формированию гидронефроза. Субсерозные миоматозные узлы редко вызывают нарушение менструальной функции. Однако при множественных субсерозных миоматозных узлах возможно нарушение сократительной способности миометрия и появление менометроррагий [6].

Смещение мочевого пузыря, поднятие его дна, а также уменьшение его емкости вследствие сдавления, деформации его шейки или мочеиспускательного канала вызывают дизу-

рические явления. Смещения, сдавления, перегиб мочеточников также ведут к нарушению их функции. Таким образом, создаются условия для возникновения цистита, уретрита, гидро- или пиелонефроза и пиелонефрита. При сдавлении прямой кишки затрудняется дефекация.

Аномальные маточные кровотечения – столь характерный и частый для лейомиомы симптом – может совершенно отсутствовать при шеечном расположении опухоли, в то время как тупая постоянная боль внизу живота и в пояснице наблюдается часто.

Достаточно часто диагноз атипичной лейомиомы матки устанавливают интраоперационно. Хирургическая бригада должна быть готова к более сложному характеру хирургического вмешательства.

Приводим клинический случай атипичической лейомиомы матки у больной У. 32 лет. Данный случай представлен для ознакомления гинекологов с проблемой атипичических лейомиом матки, их ранней диагностики и предупреждения операционных осложнений.

Пациентка предъявляла жалобы на бесплодие, болезненные обильные менструации, тупую боль в нижней части живота вне фазы десквамации эндометрия, учащенные мочеиспускания.

Менструации с 12 лет, регулярные длительностью 3–4 дня через 28 дней, последние два года болезненные, обильные.

Половая жизнь с 30 лет, контрацепцией не пользовалась. Беременностей не было. Наследственность не отягощена.

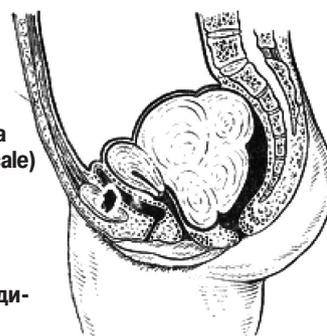
Больной себя считает на протяжении двух лет, когда впервые появились перечисленные выше жалобы и установлен диагноз лейомиомы матки.

С 31.05.2012 г. по 05.06.12 г. находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении КРУ «КТМО» «Университетская клиника» с диагнозом: Узловая миома матки с геморрагическим синдромом. Поступила с жалобами на обильные болезненные менструации. Миома матки установлена с 2012 года. 31.05.12 произведена гистероскопия с фракционным выскабливанием слизистой оболочки полости матки. Длина полости по зонду 9 см. Полость деформирована миоматозным узлом, расположенным субмукозно-интерстициально на широкой ножке с передней стенки. Зев маточных труб справа и слева закрыт. Слизистая оболочка бледно-розовая, неравномерно окрашенная. Сосудистый рисунок не выражен.

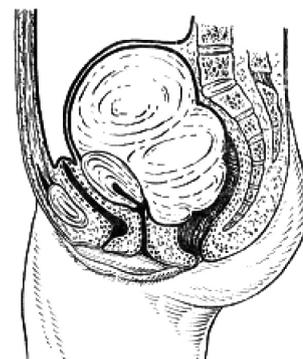
Соскоб из канала шейки матки – скудный, из полости матки – умеренный. Гистологическое заключение: обрывки слизистой оболочки канала шейки матки, железистый полип эндометрия. Выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение у гинеколога по месту жительства.

В стационаре выполнена инъекция 11,25 мг трипторелина, вторая инъекция – 11,25 мг трипторелина 01.09.2012 г.

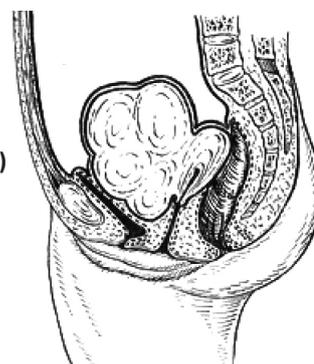
Через 3 мес после выскабливания слизистой оболочки матки – 19.09.12 г. УЗИ органов малого таза: Матка в антефлексии обычной формы, размеры тела 50×48×44 мм (без учета узла), контуры волнистые, стенки несимметричны, миометрий диффузно неоднородной структуры, смешанной эктогенности. К переднебоковой поверхности тела матки слева вплотную прилежит тканевое образование размерами 100×78×88 мм, контуры его волнистые, структура диффузно неоднородная, эктогенность смешанная. При ЦДК регистрируется кровоток средней интенсивности. При компрессии датчиком образование незначительно смещается относительно тела матки. Справа и выше тела матки, прилегая к ее дну определяется аналогичное по структуре тканевое образование овальной формы размером 80×47×70 мм. М-эхо толщиной около 4 мм. Эндометрий визуализируется фрагментарно в виде эхопозитивной полоски. Шейка матки разме-



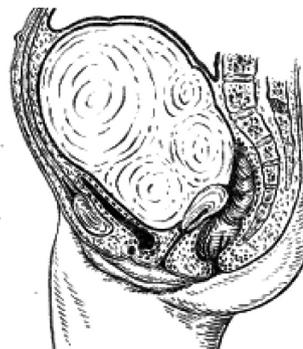
**Рис. 1. Первая группа (Fibromyoma retrocervicale) – фибромиома, исходящая из задней поверхности шейки или тела матки, располагается в позадишеечной клетчатке**



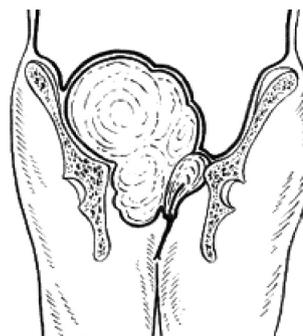
**Рис. 2. Вторая группа (Fibromyoma retroperitoneale) – фибромиома, исходящая из шейки матки или одновременно из тела матки, располагаясь в позадишеечной клетчатке, отслаивает брюшину от позвоночника**



**Рис. 3. Третья группа (Fibromyoma antecervicale) – фибромиома, исходящая из передней стенки шейки или тела матки, располагающаяся в позадипузырной клетчатке**



**Рис. 4. Четвертая группа (Fibromyoma subperitoneal) – фибромиома, исходящая из шейки или тела матки, отслаивает брюшину передней стенки живота**



**Рис. 5. Пятая группа (Fibromyoma paracervicale, interligamentosum) – фибромиома, исходящая из шейки или тела матки, расслаивает листки широкой связки, поднимаясь верхним полюсом в брюшную полость**

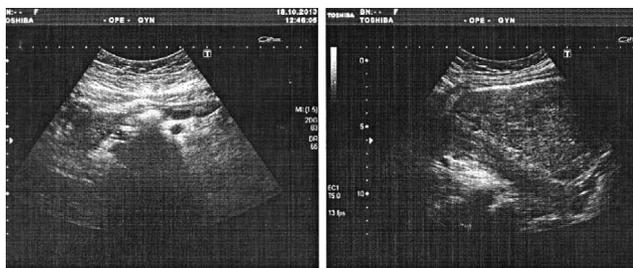


Рис. 6. Ультразвуковая картина лейомиомы матки

ром 23×32 мм, структура ее без особенностей. Канал шейки матки расположен центрально, не расширен.

Заключение УЗИ: УЗ-признаки лейомиомы матки. Ультразвуковые данные, свидетельствующие о субмукозной миоме матки отсутствуют.

УЗИ от 18.10.13 г.: 7-й день менструального цикла. Тело матки размерами 47×36×39 мм (без узла) в антефлексию, смещено вправо. Угол между телом и шейкой матки не идентифицируется. Шейка матки длиной 43 мм, с кистами эндоцервикса диаметром до 3 мм. Миометрий диффузно-неоднородной структуры, в области дна матки справа субсерозный миоматозный узел размерами 95×57 мм, неоднородной структуры, при ЦДК с наличием кровотока, основание узла 24 мм (рис. 6). Интрамурально-субсерозный узел диаметром 20 мм. Больше справа субсерозный миоматозный узел размерами 114×84 мм, неоднородной структуры, при ЦДК с наличием кровотока, прилежит к передней стенке матки, средней и нижней трети и к шейке. В области перешейка больше справа интрамурально-субсерозный узел диаметром 22 мм.

Эндометрий толщиной 5,7 мм, однородной структуры. Правый яичник размерами 29×18 мм, без особенностей. Левый яичник размерами 31×19 мм, без особенностей. В позадиматочном пространстве «свободной» жидкости нет.

Заключение УЗИ: УЗ-признаки множественной лейомиомы матки с прогрессирующим ростом.

Пациентка поступила в хирургическое отделение клиники УНЛК, 15.12.13 для планового оперативного лечения с диагнозом: Множественная узловатая лейомиома матки больших размеров с болевым и мочевым синдромом.

16.12.13 г. операция: Лапаротомия по Пфанненштилю. Множественная консервативная миомэктомия. Обезболивание: СМА.

Выполнена лапаротомия по Пфанненштилю. Матка обычных размеров. В области дна субсерозно-интраму-

ральный узел диаметром 30 мм удален, ложе ушито. В области дна матки, ближе к правому маточному углу, субсерозный узел на ножке диаметром 100 мм, площадь основания 30×10 мм. В области ножки узел отделен от матки, ложе ушито. По передней стенке субсерозный узел на ножке 10 мм в диаметре – ножка пересечена, ушита. По передней стенке ближе к перешейку интрамуральный узел 10 мм в диаметре вылуцен, ложе ушито. По правому ребру между листками широкой связки субсерозный узел на широком основании диаметром 30 мм вылуцен, ложе ушито. В области стенки мочевого пузыря визуализируется забрюшинная опухоль. Консультация уролога. Над образованием вскрыта брюшина. Верхний полюс опухоли обнажен и после этого диагностирована лейомиома матки, которая располагается антецервикально и отдельно от матки. Лейомиома представлена конгломератом миоматозных узлов с единой капсулой размером 150×120×100 мм неоднородной консистенции. Наиболее близко к матке узел располагался в области перешейка и шейки матки на расстоянии 20 мм (рис. 7). Узел вылуцен, ложе ушито (рис. 8). Цитобиопсия – миома матки с гиалинозом. После удаления узлов тело матки обычных размеров. Всего удалено 6 миоматозных узлов. Придатки без патологии. Кровопотеря – 100 мл. Длительность операции – 1 ч 40 мин.

Послеоперационный период без осложнений, женщина выписана на 5-е сутки послеоперационного периода.

Возможно, если бы при обследовании была выполнена МР-томография, то диагноз атипичной миомы матки был установлен до операционного вмешательства. В то же время установление диагноза Цомакионовской лейомиомы матки до хирургического вмешательства не повлиял бы на показания, характер и объем хирургического вмешательства.

Трудности при операциях атипичных лейомиом обусловлены рядом факторов:

- повышенным риском травматизации смежных органов (мочеточников, мочевого пузыря и кишечника) вследствие изменения, анатомо-топографических взаимоотношений органов малого таза;

- в связи с развитием дополнительных артериальных коллатералей изменяется кровоснабжение матки, увеличивается кровопотеря.

Перечисленные факторы часто являются причиной массивного кровотечения, а достижение гемостаза в этих случаях и само хирургическое лечение может представлять значительные трудности.



Рис. 7. Этап вылушивания Цомакионовского узла (третья группа), располагающегося антецервикально и отдельно от матки



Рис. 8. Удаленные миоматозные узлы: слева – узел, располагавшийся антецервикально; справа – субсерозный узел на ножке, располагавшийся в области дна матки, ближе к правому маточному углу

**Атипичная лейомиома матки**

**В.О. Заболотнов, А.М. Рибалка, О.П. Миклин,  
Н.В. Косолапова, Д.В. Супруненко**

**Atypical uterine leiomyoma**

**V.A. Zabolotnov, A.N. Ribalka, O.P. Miklin,  
N.V. Kosolapova, D.V. Suprunenko**

У статті представлені дані про атипичну лейомиому матки, класифікація, складності хірургічного лікування. Визначено фактори, що є причиною масивної кровотечі, коли досягнення гемостазу і саме хірургічне лікування може представляти значні труднощі. Розібраний клінічний випадок атипичної лейомиоми матки.

**Ключові слова:** атипична лейомиома матки.

The paper presents data on atypical uterine leiomyoma, classification, difficulties of surgical treatment. The factors that cause massive bleeding when achieving hemostasis and surgical treatment itself may pose a significant challenge are determined. A clinical case of atypical uterine leiomyoma is analyzed.

**Key words:** atypical uterine leiomyoma.

**Сведения об авторах**

**Заболотнов Виталий Александрович** – ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», 95000, г. Симферополь, ул. 60-летия Октября, 30; тел.: (0652) 49-77-7. E-mail: vaz@crimea.com

**Рибалка Анатолий Николаевич** – ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», 95000, г. Симферополь, ул. Воровского, 8; тел.: (0652) 52-13-81

**Миклин Олег Петрович** – ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», 95000, г. Симферополь, ул. 60-летия Октября, 30; тел.: (0652) 49-77-7. E-mail: helen.lyashen@mail.ru

**Косолапова Наталья Владимировна** – ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», 95000, г. Симферополь, ул. 60-летия Октября, 30; тел.: (0652) 49-77-7. E-mail: gerikae@mail.ru

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Егунян А.Ш. Клинико-морфологические особенности миомы матки, требующей хирургического лечения, в возрастном аспекте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01, 14.00.15 / А.Ш. Егунян [Место защи-

ты: Челябин. гос. мед. акад.]. – Челябинск, 2008. – 22 с.

2. Payson M. Epidemiology of myomas / M. Payson, P. Leppert, J. Segars // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. – 2006. – Vol. 33, № 1. – P. 1-11.

3. Миома матки <http://www.mcshans.ru/index.php?page=price&pid=449>

4. Tiltman AJ: Leiomyomas of the uterine cervix: a study of frequency. Int J Gynecol Pathol 17:231, 1998 [PMID: 9656118].

5. Слепых А.С. Атипичные гинекологи-

ческие операции / М.: Медицина, 1981. – 256 с.

6. Гинекология (учебник) / Четвертое издание, переработанное и дополненное под редакцией Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – М., 2012. – С. 246-247.

Статья поступила в редакцию 04.03.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

**ЧЕМ АКТИВНЕЕ МАТЬ, ТЕМ ФИЗИЧЕСКИ АКТИВНЕЕ ЕЕ РЕБЕНОК**

По результатам наблюдения был сделан вывод: чтобы повысить степень физической активности у детей, нужно, в первую очередь, повлиять на матерей, пишет Meddaily.ru.

Итак, датчики показали: чем больше была физически активна женщина, тем активнее был и ее ребенок. Правда, не исключено,

что активные дети заставляли женщин много тратить сил на уход. Каждая минута умеренной или интенсивной физической активности у женщины повышала вероятность того, что ребенок на 10% будет больше активен, чем она сама. Если женщина была активна в течение часа, то активность у ребенка увеличивалась на 6 минут.

В целом после рождения ребенка уровень активности женщины снижался. Причина в обилии рутинных дел. Поэтому специалисты советуют женщинам максимально использовать время, дабы повысить уровень активности. Активная игра важна для развития координации и моторных навыков у дошколята.

<http://health.unian.net>