

Клинический случай оперативного лечения лейомиомы матки во время беременности

О.Н. Пилипенко, Т.И. Слюсарь, И.И. Левченко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Приведен конкретный клинический случай выполнения беременной в сроке гестации 22 нед операции по поводу удаления лейомиомы матки с дальнейшей пролонгацией беременности, которая завершилась рождением живого ребенка в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: клинический случай, лейомиома, беременность, лечение.

В последние десятилетия отмечено повышение частоты сочетания лейомиомы матки и беременности [3, 4]. Имеют место случаи беременности с быстрорастущей миомой и связанными с ней проблемами [2, 4]. Взгляды на связь между миомой матки и проблемами во время беременности и родов на сегодняшний день остаются противоречивыми [3]. У женщин с лейомиомой матки наблюдаются серьезные осложнения во время беременности, в родах и в послеродовой период, такие, как угроза прерывания беременности на всех сроках гестации, плацентная дисфункция, поздний гестоз, дистресс плода, кровотечения, нарушение сократительной активности миометрия, потери плода и самой матки в ургентной ситуации [1–4]. Очевидным является тот факт, что такие женщины нуждаются в самом пристальном внимании. В связи с этим вопросы ведения таких женщин являются отчасти проблемой современной медицины.

Цель исследования: ознакомление с клиническим случаем оперативного лечения миомы матки во время беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изложен клинический случай оперативного лечения миомы матки во время беременности и дальнейшего успешного пролонгирования беременности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Беременная А., 35 лет, поступила в Донецкий региональный центр охраны материнства и детства с жалобами на тянущую боль внизу живота и левом боку. При обследовании: температура тела 37,1 °С, пульс 100 в 1 мин, артериальное давление 110/75 мм рт. ст. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Матка в тонусе, увеличена соответственно 21-й неделе беременности, слева от матки определяется образование до 20 см в диаметре, болезненное при пальпации. При ультразвуковом исследовании (УЗИ): состояние плода не нарушено, плацентация нормальная. Длина шейки матки 23 мм, имеется воронкообразное расширение канала шейки матки. В миоматозном узле диагностированы участки с дегенеративными изменениями.

Беременная была обследована в полном объеме: клинические, биохимические, гормональные, бактериологические анализы крови, мочи, влагалищного биотопа. Диагностирована анемия легкой степени, гипофункция яичников — о чем свидетельствовало снижение концентрации прогестерона в сыворотке крови, йододефицит (экскреция йода в моче). Женщина консультирована терапевтом, офтальмологом, хирургом.

Лейкоциты крови в динамике соответственно составили $9,1 \times 10^6$ г/л, $13,2 \times 10^6$ г/л и $17,6 \times 10^6$ г/л. После проведения инфузионной и антибактериальной терапии показатели лейкоцитов снизились до $8,8 \times 10^6$ г/л.

Назначено комплексное патогенетическое и симптоматическое лечение с применением внутривенного введения иммуноглобулина нормального человеческого и озонотерапии.

Через 92 ч состояние беременной ухудшилось: появились боль в эпигастральной и левой подвздошной области, вздутие живота, общая слабость, сухость во рту, отрыжка, изжога, дважды была рвота, температура тела 37,5 °С.

Установлен диагноз: Беременность I, 21–22 нед. Миома матки с наличием дегенеративных изменений в большом миоматозном узле. Истмико-цервикальная недостаточность. Показано оперативное лечение в ургентном порядке.

Выполнена операция. Лапаротомия. Консервативная миомэктомия. Резекция сальника. Дренаживание брюшной полости

Выписка из протокола операции: проведен разрез на брюшной стенке длиной 10–11 см слева срединно-парамедиально в проекции миоматозного узла послойно. В брюшной полости 200–300 мл экссудата светло-желтого цвета, прозрачный, без запаха. В рану предлежит сальник, который прикрывает большой фиброматозный узел. Сальник утолщен, отечен, обычного желтого цвета, отодвинут вверх. Обнажилась поверхность фиброматозного узла, который захвачен на пулевые щипцы и осторожно подтянут и выведен в рану. Его размеры составляли 190×120×95 мм, расположен на 2 см кзади от левого тубного угла субсерозно на ножке шириной 2,5 см, имеется перекрут ножки на 180°, поверхность узла багрово-синего цвета. На ножку узла наложен зажим Микулича и миоматозный узел отсечен скальпелем. Выполнено ушивание ложа узла викриловым швом. Проведена резекция сальника, учитывая воспалительные изменения в нем (размер резецированного сальника 12×7 см), гемостаза. Осмотрены кишечник, матка, предлежащая в рану, париетальная брюшина — без изменений. Пальпаторно: на матке по передней стенке имеются два интерстициально субсерозных узла размером 4 см в диаметре, печень и поджелудочная железа обычной структуры, не увеличены. Проведен туалет и широкое дренирование брюшной полости, на кожу наложен косметический шов. Кропотеря составила 300 мл. Операция выполнена под эндотрахеальным наркозом. Длительность операции — 1 ч 05 мин.

Послеоперационный период протекал гладко. В послеоперационный период проведено антибактериальное, детоксикационное лечение, токолитическая терапия. На 6-е сутки после операции, учитывая истмико-цервикальную недостаточность, был введен акушерский разгружающий пессарий. Наблюдение за состоянием плода, биофизический профиль плода проводили в динамике. Профилактику синдрома дыхательных расстройств выполняли дексаметазоном на 25-й неделе беременности.

Патогистологический ответ: лейомиома с некротическими изменениями.

На 34-е сутки послеоперационного периода, в сроке 27–28 нед беременности, женщина в удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение врача женской консультации.

В сроке беременности 35 нед гестации у женщины дома произошло излитие околоплодных вод и через 2 ч началась регулярная родовая деятельность.

При поступлении в родовое отделение Донецкого регионального центра охраны материнства и детства состояние роженицы удовлетворительное, родовая деятельность регулярная, активная, состояние плода удовлетворительное. Проведено влагалищное исследование, удален акушерский разгружающий пессарий, диагностировано: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см, плодный пузырь отсутствует, предлежание плода головное.

Через 4 ч 15 мин произошли роды плодом женского пола, массой тела 2430 г, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов.

В течение 30 мин признаки отделения плаценты отсутствуют, в связи с чем под внутривенным обезболиванием произведено ручное отделение и выделение последа. Кровопотеря физиологическая. Послеродовой период протекал гладко, без осложнений. Родильница и новорожденная девочка на 6-е сутки выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

В настоящее время ребенку одиннадцать месяцев, растет и развивается согласно возрасту. У женщины в настоящее время лактационная аменорея.

Согласно литературным данным [2], течение беременности при наличии миомы матки, представляет высокий риск прерывания беременности, потери плода и самой матки в ургентной ситуации. Мы сочли целесообразным провести ретроспективный анализ завершения

беременности у 127 беременных с лейомиомой матки, которые находились на лечении в Донецком региональном центре охраны материнства и детства за период 2012–2014 годов. Возраст женщин колебался от 22 до 42 лет. Рождением живого ребенка завершилась 106 беременностей, что составило 83,5%. Родилось доношенных детей – 62 (58,5%), недоношенных – 44 (51,5%). Потерей плода в ранние сроки гестации завершилась 21 (16,5%) беременность, что свидетельствует о целесообразности сохранения таких беременностей. Случаев удаления матки не было.

В связи с 21 случаем (16,5%) самопроизвольного прерывания беременности у женщин с лейомиомой матки, по нашему мнению, перспективным является поиск и усовершенствование лечебно-диагностических мероприятий для такой категории пациенток.

ВЫВОДЫ

Приведен конкретный клинический случай, который указывает на тот факт, что в связи с ухудшением состояния женщины в сроке гестации 22 нед была проведена операция по поводу удаления большого миоматозного узла на матке и дальнейшее пролонгирование беременности, которая впоследствии завершилась рождением живого новорожденного в удовлетворительном состоянии.

У 83,5% беременных с лейомиомой матки, которые получили лечение в Донецком региональном центре охраны материнства и детства, беременность завершилась рождением живого ребенка, что свидетельствует о целесообразности сохранения таких беременностей.

Лейомиома матки в случаях желанной беременности не является показанием для ее прерывания.

Клінічний випадок оперативного лікування лейоміоми матки під час вагітності О.М. Пилипенко, Т.І. Слюсар, І.І. Левченко

Наведений конкретний клінічний випадок виконання у вагітної в терміні гестації 22 тиж операції у зв'язку із вивченням лейоміоми матки з подальшим пролонгуванням вагітності, яка завершилася народженням живої дитини в задовільному стані.

Ключові слова: клінічний випадок, лейоміома, вагітність, лікування.

Clinical cases of hysteromyoma treatment during pregnancy O.N. Pilipenko, T.I. Slusar, I.I. Levchenko

The particular clinical case is described which proved the above written. The woman at 22 weeks was operated, leiomyoma uteri was removed and the pregnancy was prolonged, live newborn in good state was delivered.

Key words: clinical cases, leiomyoma, pregnancy, treatment.

Сведения об авторах

Пилипенко Ольга Николаевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, 83114, г. Донецк, пр. Панфилова, 3; тел.: (067) 624-60-75

Слюсарь Татьяна Ивановна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, 83114, г. Донецк, пр. Панфилова, 3; тел.: (067) 624-60-75

Левченко Игорь Иванович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, 83114, г. Донецк, пр. Панфилова, 3; тел.: (067) 624-60-75

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Миома матки и беременность / Мелконьянц Т.Г., Ефименко А.В., Крутова В.А., Беслиной М.Г. // Материалы VI Регионального науч. форума «Мать и дитя» (Геленджик, 28–30 июня 2011 г.). – Геленджик: МЕД Экспо, 2011. – С. 85–86.
2. Миомэктомия во время беременности – осознанная необходимость / Буянова С.Н., Логотова Л.С., Гукасян С.А., Юдина Н.В. // Материалы VI Регионального науч. форума «Мать и дитя» (Ростов-на-Дону, 26–28 июня 2012 г.). – М.: МЕДИ Экспо, 2012. – С. 20–21.
3. Роль миомэктомии в профилактике невынашивания беременности / Климанов А.Ю., Брюханова О.В., Тугушев М.Т. // Материалы XI Всерос. науч. форума «Мать и дитя» (Москва, 28 сент. – 1 окт. 2010 г.). – М.: МЕДИ Экспо, 2010. – С. 96.
4. Скрипченко Н.Я., Тиха В.Г. Лікування невиношування у вагітних з лейоміомою матки із застосуванням натурального мікронізованого прогестерону // Здоровье женщины. – 2014. – № 2 (88). – С. 83–86.

Статья поступила в редакцию 13.02.2015