

# Клінічний випадок поєднання лейоміоми матки та вагітності

**М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, Л.І. Мартинова, К.В. Месропян**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

У статті наведено опис клінічного випадку поєднання фіброміоми матки та вагітності 11–12 тиж з діагностованою трисомією за 21-ю хромосою у плода. Розглянуто історію вивчення фіброміоми матки, сучасні погляди на патогенез, етіологію та методи лікування. Підкреслено практичне значення наведеного опису, яке свідчить про необхідність проведення регулярних профілактичних медичних оглядів для жінок репродуктивного віку, про велике значення планування вагітності та вибору методу лікування при вадах розвитку плода та пухлинах матки.

**Ключові слова:** міома матки, вагітність, оперативне лікування.

Міоми (фіброміоми, лейоміоми) матки дуже часто діагностують у жінок репродуктивного віку. Різні типи фіброміом – підслизова, інтрамуральна, субсерозна – можуть стати причиною безплідності та невиношування вагітності. Міоми також можуть спричинити цілу низку ускладнень протягом всієї вагітності [1]. Описані випадки вагітностей, при яких міоми не змінювали своїх розмірів. Але є низка досліджень у вітчизняній та зарубіжній літературі, в яких встановлено, що наявність міоми матки пов'язана з підвищеною частотою мимовільних викиднів, передчасних пологів, відшарування плаценти, з неправильним положенням плода, дистocieєю і частішим виникненням післяпологових кровотеч. Рівень невиношування та недоношування вагітності значно знижується після міомектомії.

Міому зараховують до доброякісних гормонозалежних пухлин у м'язовому шарі матки, збільшення яких пов'язане з комплексом факторів, які впливають на процеси проліферації, апоптозу та ангиогенезу. Незважаючи на те що вони надзвичайно поширені – із загальною частотою від 20% до 50% у віці 25–35 років і від 70% до 80% у віці 35–50 років [1], точна етіологія фіброміоми матки залишається невідомою. Тільки 42% великих міом (>5 см) і 12,5% малих міом (3–5 см) може бути діагностовано під час об'єктивного огляду [3]. Також при ультразвуковому дослідженні (УЗД) міоми існують певні труднощі, це пов'язано у першу чергу з труднощами диференціації міоми від фізіологічного стовщення міометрія.

Сучасні дослідження, в яких використовували дані ультразвукового обстеження з визначенням розмірів міоми під час вагітності, засвідчили, що більшість лейоміом (60–78%) несуттєво змінюються в обсязі під час вагітності. Дослідження встановило, що лише 22–32% лейоміом збільшувалися у розмірі під час вагітності. Зазвичай це збільшення було характерне для II і III триместрів вагітності і майже відсутнє у I триместрі, особливо у перші 10 тиж [2].

За статистикою приблизно від 1% до 4% вагітностей пов'язано з наявністю фіброміом [4]. Фіброміоми можуть спричинювати велику кількість ускладнень під час вагітності. Перш за все це викидень. Їхня частота значно збільшується, коли імплантація плодового яйця відбувається над підслизовим вузлом. Вузли, які знаходяться ближче до плаценти, більш асоційовані з кровотечами на

ранніх термінах вагітності і спонтанними викиднями. Розташування фіброміоми щодо плаценти має більш важливе клінічне значення, ніж розмір пухлини [3]. Аналізуючи дані клінічних досліджень, виявлено що частота викиднів у I триместрі становить приблизно 40% і у II – 17% за наявності інтрамуральних і субсерозних міом [5].

Тактику хірургічного лікування обирають залежно від віку пацієнтки, фертильності, впливу пухлини на сусідні органи, супутні медичні, хірургічні або анестезіологічні ризики, які можуть ускладнити хірургічне лікування [7]. Якщо брати до уваги фертильність і наявність у пацієнтки основних симптомів, то в такому випадку міомектомія є процедурою вибору.

За наявності у жінки безплідності нез'ясованої етіології або звичних викиднів може бути проведена міомектомія перед вагітністю як один з етапів підготовки до вагітності. Дуже рідко міомектомію проводять у першій половині вагітності. Але якщо необхідно – її виконують, і вона може бути безпечною для жінки у I і II триместрах вагітності [5].

Існує декілька видів міомектомій – гістероскопічна, лапароскопічна і абдомінальна.

Neuwirth і Amin уперше запропонували гістероскопічну міомектомію як операцію вибору при субмукозних пухлинах (Neuwirth and Amin, 1976). Гістероскопія у порівнянні з лапароскопічною операцією пов'язана з меншим ризиком розриву рубця під час наступних вагітностей і вагінальних пологів [6]. Немає загрози утворення спайкового процесу у малому тазі.

Показаннями саме для такого виду операції є:

- 1) субмукозне розташування вузла;
- 2) лейоміома на ніжці;
- 3) мено- і метрорагії, що призводять до анемії;
- 4) невиношування вагітності та безплідність.

Гістероскопічна міомектомія – це безпечна, ефективна та доступна хірургічна процедура для відновлення фертильної функції жінки. Тим не менш, вузли розміром більше ніж 5 см не можна видаляти за допомогою гістероскопії. Для пухлин таких розмірів використовують лапароскопію.

Лапароскопічно міомектомію зараз використовують для видалення субсерозних і інтрамуральних фіброміом. Раніше вважали, що лапароскопічно необхідно видаляти субсерозні міоми на ніжці, але пізніше було доведено, що видалення безсимптомних міом на ніжці не є виправданим у такий спосіб, тому що вони не зумовлюють безплідності і викиднів [5]. Існує низка ускладнень, які можуть виникнути при проведенні лапароскопічних операцій. У літературі описані випадки видалень інтрамуральних або глибоко розташованих субсерозних пухлин, при яких було пошкоджено стінку матки і, як наслідок, утворення сечостатевої норичь [6, 8]. Дане ускладнення розглядається у контексті наступних вагітностей, тому що після загоєння таких норичь утворюється сполучнотканинний рубець, який, у свою чергу, при наступних вагітностях може стоншуватись та розриватись.

Абдомінальна міомектомія (лапаротомія) має бути операцією вибору лише у тих випадках, коли наявна субсерозна



**Мал. 1 а, б. УЗД під час госпіталізації. Вагітність 11–12 тиж (а). Вузлова фіброміома тіла матки (б – по передній стінці матки субсерозний вузол 16 мм; по задній стінці субсерозний вузол 52 мм, по задній лівій поверхні шийки матки інтрамурально-субсерозний вузол 112×80 мм)**

або інтрамуральна фіброміома (>7 см) і коли виявлено більше ніж 5 вузлів на матці. Частота настання вагітності при первинній чи вторинній безплідності після міомектомії у такий спосіб розглядалася у декількох дослідженнях і становила приблизно 50–80%, із них 6–40% зі спонтанним викиднем і народження живих доношених дітей 57–93% [9]. Метод розродження жінки обирали залежно від акушерської ситуації. Приблизно 50% жінок народжували через природні пологові шляхи (91/176) (Verkauf, 1992).

Такий вид операції має свої плюси – це можливість збереження органу при бажанні пацієнтки зберегти фертильність. Але також і мінуси – післяопераційний період триває близько 2 тиж; необхідна загальна анестезія; можливий розвиток спайкового процесу у малому тазі; рецидиви – повторне утворення міоматозних вузлів – від 10% до 27% [11].

Одним із найбільш сучасних методів видалення пухлин є білатеральна емболізація маткових артерій (ЕМА). Довгий час цей метод використовували в інтервенційній радіології для контролю післяпологових кровотеч. Останнім часом ЕМА стали використовувати для лікування пухлин великих розмірів, які проявляються клінічно у невагітних жінок та, що більш важливо, у жінок, які не бажають у майбутньому мати дитину [7]. Якщо розмір пухлини менш ніж 6–7 тиж, доцільність процедури зникає. Оскільки судини пухлин мають малий діаметр, то уведення катетера проблематично.

У 1990 р. у Франції Жак Равіна, застосовуючи ем-



**Мал. 2. Видалення міоматозного вузла**

болізацію маткових артерій у пацієнок з міомою матки в як підготовчий етап перед гістеректомією, зазначив, що у деяких пацієнок після емболізації зникали симптоми, які їх турбували, і зникала сама необхідність операції. Пізніше він запропонував використовувати емболізацію маткових артерій як самостійний метод лікування.

Такий метод має низку переваг – наприклад, цей метод є малоінвазивним, результат лікування можна побачити одразу після операції, низька ймовірність ускладнень та збереження фертильної функції жінки. Але є також і недоліки такого виду операцій, а саме: висока вартість, неможливість у



**Мал. 3 Лейоматозний вузол (а, б)**

ході операції взяти біопсію (на відміну від лапаротомії), процес некрозу міоматозного вузла має тяжкий перебіг [10]. Температура тіла може підніматися до 39–40°C, загальний стан може бути тяжкий, і пацієнтка залишається на ліжковому режимі до повного зникнення симптомів.

#### Клінічний випадок

Пацієнтка М., 33 роки. Діагноз: Вагітність 2, 11 тижнів. Хромосомні вади розвитку плода. Міома тіла матки.

Звернулася у КМПБ № 5 м. Києва для переривання вагітності. При проведенні першого скринінгу були виявлені ознаки генетичної вади розвитку плода, які були підтверджені при інвазивній біопсії хоріона (трисомія 21-ї пари хромосоми). Ураховуючи наявність генетичної патології та за бажанням жінки було прийнято рішення про переривання вагітності. Із анамнезу: інтрамурально-субсерозний вузол та переривання першої вагітності за бажанням жінки.

При первинному огляді загальний стан задовільний. АТ 120/80 мм рт.ст. Температура тіла 36,6°C. Живіт м'який, безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Пацієнтка була обстежена у повному обсязі.

Ураховуючи анамнез, клінічні прояви захворювання, дані гінекологічного та клініко-лабораторного обстеження, було рекомендовано оперативне лікування у плановому порядку. Хвора своєчасно не з'явилася на планове оперативне лікування у зв'язку з настанням вагітності.

Під час госпіталізації пацієнтці було зроблено УЗД. За даними УЗД у порожнині матки візуалізувалося одне плодове яйце правильної форми. По задній стінці матки – міоматозні вузли (мал. 1 а, б). Ураховуючи молодий вік жінки та бажання зберегти фертильність, пацієнтка була підготовлена до оперативного втручання в обсязі консервативної міомектомії з видаленням плодового яйця та відновленням стінки матки. Протипоказань до оперативного втручання не зафіксовано.

Під час операції було виявлено множинні вузли матки, які деформували задню та ліву стінки і шийку матки. Під час видалення вузла виконано розріз матки, з утвореного дефек-

ту в стінці матки було видалено плодове яйце (мал. 2). Порожнина матки дренована силіконовим дренажем діаметром 10 мм. Вільний кінець дренажу виведений через канал шийки матки назовні. На дренованій порожнині матки проведено відновлення стінки пошарово окремими вікриловими швами. Додаткові субсерозно-фібротатозні вузли видалені типово. Проведено ретельний гемостаз та встановлено дренаж у черевну порожнину.

Видалений інтрамуральний лейоматозний вузол був відправлений у патолого-анатомічне відділення для гістологічного дослідження (мал. 3 а, б).

Після операції загальний стан пацієнтки задовільний. Відзначає помірний біль у ділянці післяопераційної рани. Стан швів задовільний. Шкірні покриви і слизові оболонки блідо-рожеві. Живіт м'який, доступний глибокій пальпації, перистальтика вислуховується. Матка щільна.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 5-у добу пацієнтка була виписана з позитивною динамікою.

Результати патогістологічного дослідження: вузол структури фіброміоми з наявністю великих судин артеріального типу, вогнищ кровотоку, дистрофічних змін та проліферації клітинних елементів.

Через 2 тиж пацієнтка з'явилася на контрольне УЗД. За даними УЗД матка знаходиться в Anteflexio, контур чіткий, рівний, структура неоднорідна. По передній стінці у ділянці першийка – інтрамуральний вузол 15 мм. Задня ліва стінка матки неоднорідної структури.

Пацієнтка виписана додому у задовільному стані. Надані рекомендації щодо контрацепції та планової вагітності.

#### ВИСНОВКИ

Лейоміоми матки дуже часто діагностують у жінок репродуктивного віку як випадкову знахідку. Даний клінічний випадок свідчить про необхідність проведення регулярних профілактичних медичних оглядів для жінок репродуктивного віку, також про велике значення планування вагітності та вибір методу лікування у разі вад розвитку плода та наявності пухлин матки.

#### Клінічний випадок сочетания миомы матки и беременности

**М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, Л.И. Мартынова, К.В. Месропян**

В статье приведено описание клинического случая сочетания фибромиомы матки и беременности 11–12 нед с диагностированной трисомией по 21-й хромосоме у плода. Рассмотрена история изучения фибромиомы матки, современные взгляды на патогенез, этиологию и методы лечения. Подчеркнуто практическое значение приведенного описания, которое свидетельствует о необходимости проведения регулярных профилактических медицинских осмотров для женщин репродуктивного возраста, большом значении планирования беременности и выбора метода лечения при пороках развития плода и опухолях матки.

**Ключевые слова:** миома матки, беременность, оперативное лечение.

#### Clinical case the combination of uterine leiomyoma and pregnancy

**M.V. Makarenko, D.O. Hovsieiev, L.I. Martynova, K.V. Mesropyan**

This article describes the clinical case mix uterine fibroids and pregnancy 11–12 weeks diagnosed with trisomy 21 in the fetus hrosomi. The history of the study of uterine fibroids, current views on the pathogenesis, etiology and treatment. Highlighted describes the practical value that indicates the need for regular preventive medical examinations of women of reproductive age, the importance of planning pregnancy and choice of treatment for fetal malformations and tumors of the uterus.

**Key words:** uterine fibroids, pregnancy, surgery.

#### Сведения об авторах

**Макаренко Михаил Васильевич** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Тараса Шевченко, 13/7; тел.: (044) 275-80-77

**Говсеев Дмитрий Александрович** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Тараса Шевченко, 13/7; тел.: (044) 275-80-77

**Мартынова Лилия Ивановна** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Тараса Шевченко, 13/7; тел.: (050) 311-16-31. E-mail: lilya.martynova@gmail.com

**Месропян Катерина Владимировна** – Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Тараса Шевченко, 13/7; тел.: (044) 275-80-77

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Effect of myomectomy on the outcome of assisted reproductive technologies / ES Surrey, DA Minjarez, JM Stevens. [et al] // *Fertil Steril.* – 2015. – Vol. 83. – P. 1473–1479.
2. Effects of the position of fibroids on fertility / ML Casini, F Rossi, R Agostini. [et al] // *Gynecol Endocrinol.* – 2016. – Vol. 22. – P. 106–109.
3. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery / PC Klatsky, ND Tran, AB Caughey. [et al] // *Am J Obstet Gynecol.* – 2008. – Vol. 198. – P. 357–366.
4. Jacques D. Uterine fibroid management: from the present to the future / D Jacques, MM Dolmans // *Hum Reprod Update.* – 2016. – Vol. 22, N 6. – P. 665–686.
5. Lieng M. Uterine rupture after laparoscopic myomectomy / M Lieng, O Istre, A Langebrekke. // *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* – 2014. – Vol. 11. – P. 92–93.
6. Pregnancy after uterine artery embolization for leiomyomata: the Ontario multicenter trial / G Pron, E MocarSKI, J Bennett. [et al] // *Obstet Gynecol.* – 2015. – Vol. 105. – P. 67–76.
7. Pregnancy outcomes after treatment for fibromyomata: uterine artery embolization versus laparoscopic myomectomy / J Goldberg, L Pereira, V Berghella, [et al] // *Am J Obstet Gynecol.* – 2014. – Vol. 191. – P. 18–21.
8. Spontaneous uterine rupture at 27 weeks of pregnancy after laparoscopic myomectomy / N Grande, GF Catalano, S Ferrari. [et al] // *J Minim Invasive Gynecol.* – 2015. – N 12. – P. 301.
9. Spontaneous uterine rupture at 35 weeks' gestation, 3 years after laparoscopic myomectomy, without signs of fetal distress / T Banas, M Klimek, A Fugiel. [et al] // *J Obstet Gynaecol. Res.* – 2015. – Vol. 31. – P. 527–530.
10. Uterine artery ligation for treatment of pregnant women with uterine leiomyomas who are undergoing cesarean section / WM Liu, PH Wang, WL Tang. [et al] // *Fertil Steril.* – 2011. – Vol. 86. – P. 423–428.
11. Walker WJ. Pregnancy after uterine artery embolization for leiomyomata: a series of 56 completed pregnancies / WJ Walker, SJ McDowell. // *Am J Obstet Gynecol.* – 2012. – Vol. 195. – P. 1266–1271.

Статья поступила в редакцию 17.03.17

## 25-27 травня 2017 року у м. Чернівці відбудеться Міжнародний симпозиум «Теорія і практика репродукції людини»

25-27 травня 2017  
м. Чернівці



**МІЖНАРОДНИЙ СИМПОЗИУМ  
«Теорія і практика  
репродукції  
людини»**

[www.uarm.org.ua](http://www.uarm.org.ua)

З розвитком інноваційних технологій робота симпозиуму перш за все має на меті проінформувати про останні досягнення репродуктивної медицини лікарів всіх спеціальностей, наукових працівників, середній медичний персонал, студентів, аспірантів, магістрантів. Зі своїми доповідями вас ознайомлять провідні українські та закордонні вчені. У рамках заходу плануються урочистості, присвячені 20-річчю першої дитини на Буковині, народженої після застосування допоміжних репродуктивних технологій. У дні роботи симпозиуму відбудуться преєкони (школи), а також спеціалізована виставка медичного обладнання та інформаційних матеріалів.



**Міжнародний симпозиум  
«Теорія і практика  
репродукції людини»**

Чернівці, 25-27 травня 2017 р.