

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

*Андреева Н.Л., Михалевиц С.И., Козлякова О.В., Недень Л.Ч.,
Савочкина Ю.В., Силява В.Л.*

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Частота обнаружения миомы матки у беременных достигает 0,5 - 7% [1]. Кроме того отмечается значительный рост миоматозных узлов во время беременности, который нужно дифференцировать с онкологическими процессами, в частности с саркомой матки

Когда родоразрешать пациентку с подозрением на саркому матки в сочетании с беременностью? Ведь диагностика таких опухолей затруднена, а лабораторные показатели и состояние пациенток вызывают опасения у врачей, угрожает ли это жизни беременной? Часте трудности в выборе тактики ведения беременных пациенток с миомами матки возникают при наличии быстрого роста миоматозного узла субсерозной локализации. Усиленная васкуляризация матки, застой крови и лимфы в малом тазу, снижение иммунитета при беременности приводит к усилению роста имеющихся миоматозных узлов, дегенеративным изменениям в узлах и частому их инфицированию, однако во время беременности может и обнаружиться, и саркома матки или малигнизация миомы.

Цель: оптимизация ведения беременных пациенток с миомой матки больших размеров.

Методы исследования: общие клинические исследования: анамнез, клинические исследования, гистологические исследования.

Результаты и их обсуждения (описание одного из клинических случаев). Пациентка Б., 39 лет поступила в РНПЦ «Мать и дитя» с диагнозом беременность 12-13 недель, множественная миома матки, быстрый рост узла, дегенерация узла, саркома?, анемия 3 ст. Возрастная первобеременная.

Из анамнеза: беременность первая, желанная, к беременности не готовилась. Миома матки небольших размеров (4 см) диагностировалась 2 года назад, у гинеколога не наблюдалась. Во время беременности наблюдался рост миоматозного узла до 18-20 см, признаки его дегенерации. Плод развивался соответствен-

но сроку беременности. Однако в периферической крови отмечалось стойкое снижение гемоглобина (70г/л), эритроцитов $1,9 \cdot 10^9$ /л, Увеличение СОЭ 68 мм/ч, лейкоциты $9,0 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные лейкоциты 7. Пациентка жалоб не предъявляла, самочувствие было хорошим. Но учитывая клиническую ситуацию, подозрение на саркому матки в сочетании с беременностью, пациентке было предложено прерывание беременности по медицинским показаниям, от которого она категорически отказалась. Консультирована онкологами, подозрение на саркому не отрицалось. После трансфузии одногруппной эритроцитарной массы, проведения курса антибактериальной и противовоспалительной терапии пациентка выписана по настоянию. На протяжении беременности еще дважды была госпитализирована по поводу роста узла, стойкого снижения гемоглобина (до 65г/л) и воспалительных изменений в периферической крови (повышение СОЭ и нормальном уровне лейкоцитов и палочкоядерных). Дважды предлагалось прерывание беременности по медицинским показаниям и оперативное лечение в объеме согласно гистологическому заключению, однако беременная настаивала на пролонгированию беременности и родоразрешению в сроке жизнеспособного плода. Жизненных показаний для родоразрешения и оперативного лечения у пациентки не было. В сроке беременности 33 недели пациентка дала согласие на родоразрешение и оперативное лечение в объеме миомэктомии и метропластики, окончательный объем операции решить консультативно в зависимости от гистологического экспресс-анализа. Хирургическому вмешательству предшествовало проведенное комплексная терапия, включающая антибиотик широкого спектра действия, переливание СЗП и ЭР массы, дезинтоксикацию. Во время нижнесрединной лапаротомии, которая проводилась на базе операционной РНПЦ онкологии совместно акушерами и онкологами, произведено кесарево сечение в нижнем сегменте (извлечена живая недоношенная девочка 2100, рост 46 см, 8/8 (ИВЛ) баллов), экспресс гистологическая диагностика опухоли, миомэктомия интрамурально-субсерозного узла с признаками дегенерации и асептического некроза размерами 35*30 см и метропластика с формированием задней стенки матки. На разрезе некротический гнилостно-распадающийся миоматозный узел диаметром 33 см с полостью

заполненный некротическими жидкими массами. Гистологически оцененный как лейомиома с асептическим некрозом и дегенерацией. Послеоперационный период протекал без осложнений. Описанное наблюдение подтверждает данные литературы о возможности вынашивания беременности при сочетании ее с ростом миоматозных узлов на фоне тщательного динамического наблюдения акушеров совместно с онкологами.

Выводы:

1. Дифференциальную диагностику между дегенерацией миоматозного узла и саркомы матки в сочетании с беременностью не всегда представляется возможным даже при оценке всех клинических симптомов и лабораторных показателей.

2. При быстром росте миоматозного узла показана консультация онколога

3. Оперативное лечение во время беременности должно быть обоснованным. Возможно только лишь при подозрении на саркому и отсутствие эффекта от проводимой комплексной консервативной терапии при некрозе узла.

4. При росте и дегенерации миоматозного узла во время беременности возможно пролонгирование беременности до срока жизнеспособного плода с проведением курсов консервативной терапии

5. Объем оперативного лечения решается консилиумом интраоперационно, после экспресс биопсии. Родоразрешение и оперативное лечение предпочтительно провести на базе онкологического стационара

Литература

1. Жмуровский, Д.С. Особенности течения беременности и родов, осложненных миомой матки / Д.С. Жмуровский // Актуальные проблемы современной медицины. – 2008. – Ч. 1. – С. 142–143.