

# ГИГАНТСКАЯ МИОМА МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*Егорова Т.Ю.<sup>1</sup>, Новицкая Т.В.<sup>1</sup>, Колесникова Т.А.<sup>2</sup>,  
Могильницкая О.Э.<sup>1</sup>, Пашенко Е.Н.<sup>2</sup>*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>  
УЗ «Гродненский областной перинатальный центр»<sup>2</sup>

Миома матки в настоящее время является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин репродуктивного возраста, и сочетание его с беременностью происходит все чаще и чаще. Это можно объяснить двумя факторами: омоложение доброкачественной опухоли и увеличение возраста первородящих женщин после 30 лет. Тактика ведения беременности у пациенток с миомой матки представляет всегда большие трудности, особенно, когда речь идет о сохранении репродуктивной функции на дальнейшую перспективу. Беременность при миоме матки (0,5–6% – частота встречаемости по данным различных авторов), а также роды и послеродовой период нередко имеют осложненное течение и в ряде случаев заканчиваются потерей плода и матки. Частота обнаружения миомы матки у беременных достигает 7%.

Беременность у женщин с миомой матки может протекать с осложнениями в виде угрозы прерывания: ранних и поздних самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты или аномалиях ее прикрепления. Первой проблемой является решение вопроса о необходимости удаления миоматозного узла во время беременности и ее пролонгирование. Второй проблемой встает выбор метода родоразрешения и объем оперативного вмешательства в зависимости от размеров и расположения узлов миомы матки. Оптимальным вариантом исхода беременности является рождение здорового ребенка, сохранение детородного органа – матки.

Пациентка С., 33 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку месячных. Была диагностирована беременность малого срока и наличие миоматозного узла по правому ребру матки. Выполнено УЗИ органов малого таза 01.08.11 г.: Плодное яйцо 17x16x17мм., в области дна

субсерозный узел 18x10x15, край узла доходит до нижней границы печени. Закл.: Беременность 4-5 недель, Миома матки больших размеров. Пациентка первоначально была не заинтересована в сохранении беременности и настаивала на прерывании. Обследована согласно протоколам прерывания беременности, но прерывание не было выполнено по техническим причинам. Повторно направлена врачом женской консультации для прерывания беременности в сроке 11-12 недель в стационар, в котором ей было отказано.

В сроке беременности 12-13 недель беременную госпитализируют в отделение гинекологии БСМП с диагнозом: быстрорастущая миома матки больших размеров с нарушением трофики узла. Беременность 12 недель. При УЗИ исследовании органов малого таза (16.09.11 г.) была обнаружена матка размером 17x12x14 см., объем 1553 см<sup>3</sup>, контуры ровные, структура неоднородная, тело матки отклонено влево, в полости плодное яйцо 6,4 см, визуализируется эмбрион 6,12 см. СБ+. По правой боковой стенки конгломерат из фиброматозных узлов более 16x12 см, неоднородной структуры с участками повышенной и пониженной эхогенности. СК в венах 0,7 см. СД в артериях 1,52. В левом яичнике киста желтого тела 2,9 см.

Для дальнейшего наблюдения и лечения пациентка переведена в УЗ «ГОКПЦ». Выполнено дополнительное клинико-лабораторное исследование, кольпоскопия от 28.09.11 г. без патологии, в мазках на онкоцитологию патологии не выявлено. 23.09.11 г. по данным УЗИ органов малого таза по правой боковой стенке матки визуализируется фиброматозный узел более 19,4x13,4x17,2 см<sup>3</sup>, объем более 2326 см<sup>3</sup>, занимающий всю брюшную полость. Проведена пролонгирующая беременность терапия, включающая Дюфастон по 10 мг 2 раза в сутки. Учитывая быстрый рост узла с прогрессированием беременности, решено было выполнить оперативное вмешательство, объем которого необходимо было решить интраоперационно.

29.09.11 г. выполнена нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка. Консервативная миомэктомия. При вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль серо-белого цвета, размером 25x20x16 см на широком основании, исходящая из дна матки, весом 4200 г. Выполнено удаление опухоли без вскрытия

полости матки. Наложены на ножку опухоли отдельные дексоновые швы, перитонизация непрерывным дексоновым швом. Выполнен интраоперационно УЗИ контроль жизнеспособности плода (СБ +, Движение +). Гистологический ответ cito! и заключительный - лейомиома с некрозами. Общая кровопотеря составила 500 мл.

В послеоперационном периоде назначена традиционная беременность сохраняющая терапия, антибиотикотерапия (Цефотоксим 1 г внутривенно через 12 часов), Аспирин 0,25 г 2 раза в сутки, адекватное обезболивание, гормональная коррекция Дюфастоном 40 мг в сутки. Швы сняты на 7-е сутки, заживление первичным натяжением и пациентка выписана на 12 сутки из стационара. УЗИ при выписке 13.10.2011 г. беременность 16 недель. Степень зрелости плаценты - 0. Количество околоплодных вод умеренное. Стенка матки без изменений.

В дальнейшем беременность протекала относительно благополучно: дважды проходила профилактический курс лечения в условиях дневного стационара женской консультации № 5 в сроке 17-18 недель и 20-21 неделя. В стационарном лечении не нуждалась. Проводилась профилактика ФПН по общепринятым схемам. При доношенной беременности поступила на дородовую госпитализацию 15.03.13 г. в УЗ «ГОКПЦ» с диагнозом Беременность 277 дней. ОАГА (состояние после консервативной миомэктомии во время беременности). Гестоз О<sub>1</sub>П<sub>0</sub>Г<sub>0</sub>. Возрастная первобеременная (33 года). Резус отрицательная принадлежность крови.

20.03.13 г. Выполнена повторная нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого рубца на коже. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. В 08.55 за головку извлечен ребенок женского пола весом 3000 г., ростом 49 см, без видимых уродств, с оценкой по шкале Апгар на 1-ой минуте 8 баллов. По задней стенке матки обнаружены 2 миоматозных узла в диаметре до 5 и до 3 см. Решено выполнить энуклеацию фиброматозных узлов, ложе ушито непрерывным однорядным дексоновым швом. Гистологический ответ – лейомиома. Послеоперационный период протекал без осложнений, шов зажил первичным натяжением. Швы сняты на 7-е сутки. В удовлетворительном состоянии выписана домой с ребенком на 8-е сутки.