

Не развивающаяся беременность малого срока у пациентки с субмукозной миомой матки: клиническое наблюдение

Н.М.Подзолкова¹, В.В.Коренная², В.В.Агишева²

¹ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последиplomного образования Минздрава России. 125993, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1;

²Швейцарская университетская клиника. 109240, Россия, Москва, ул. Николаямская, д. 19, стр. 1

Сочетание разных гинекологических заболеваний и беременности всегда несет с собой риск отягощенного течения последней, в том числе сопровождается более высокой частотой ранних репродуктивных потерь. У больных миомой матки высокий риск преждевременного прерывания беременности преимущественно обусловлен плацентарной недостаточностью. Особенно это характерно для женщин с субмукозным ростом узлов. При наличии субмукозного узла удаление элементов погибшего плодного яйца может осложниться трудностями опорожнения полости матки, нарушением сократимости матки в постабортном периоде, а также требует направления пациентки на второй этап лечения в объеме гистерорезектоскопической, лапароскопической или лапаротомной миомэктомии. В данном описании клинического случая мы приводим пример лечения пациенток с неразвивающейся беременностью на фоне субмукозной миомы матки путем одновременного выполнения вакуум-аспирации с гистерорезектоскопией.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, субмукозная миома матки, гистерорезектоскопия, симультанная операция.

[✉] drkorennaia@mail.ru

Для цитирования: Подзолкова Н.М., Коренная В.В., Агишева В.В. Неразвивающаяся беременность малого срока у пациентки с субмукозной миомой матки: клиническое наблюдение. Гинекология. 2016; 18 (4): 74–76.

Developing of short term pregnancy in patients with submucosal hystero myoma (clinical observation)

N.M.Podzolkova¹, V.V.Korennaya², V.V.Agisheva²

¹Russian Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of the Russian Federation. 125993, Russian Federation, Moscow, ul. Barrikadnaia, d. 2/1;

²Swiss University Clinic. 109240, Russian Federation, Moscow, ul. Nikoloiamskaia, d. 19, str. 1

The combination of various gynecological diseases and pregnancy always carries the risk of aggravated development of the latter, in particular it is accompanied by a higher rate of early reproductive losses. In patients with uterine myoma high risk of premature interruption of pregnancy is primarily due to placental insufficiency – it is especially true for women with submucosal growth nodes. In the presence of submucous node removal of the dead cells of the ovum may be complicated by difficulties in emptying the uterus, uterine contractility in violation of postabortion period, as well as the patient requires referral to the second stage of treatment in the amount of hysterectomoscopic, laparoscopic myomectomy or laparotomic. In this case report, we present an example of the treatment of patients with non-developing pregnancy with submucous uterine fibroids by simultaneously performing vacuum aspiration with hysteroresectoscopy.

Key words: developing pregnancy, uterine submucosal fibroids, hysteroresectoscopy, simultaneous operations.

[✉] drkorennaia@mail.ru

For citation: Podzolkova N.M., Korennaya V.V., Agisheva V.V. Developing of short term pregnancy in patients with submucosal hystero myoma (clinical observation). Gynecology. 2016; 18 (4): 74–76.

Сочетание разных гинекологических заболеваний и беременности всегда несет с собой риск отягощенного течения последней, в частности сопровождается более высокой частотой ранних репродуктивных потерь. Этиология невынашивания чрезвычайно разнообразна [1–3]. В настоящее время ведущими причинами признаны генетические, эндокринные, иммунологические, инфекционные, тромбофилические, а также аномалии развития матки и ее органические заболевания, в том числе миома и генитальный эндометриоз.

У больных миомой матки высокий риск преждевременного прерывания беременности преимущественно обусловлен плацентарной недостаточностью, возникающей как вследствие аномального кровоснабжения миометрия в области узлов, так и локального нарушения гормонального и иммунологического гомеостаза. В проведенном на кафедре акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО РМАПО в 2013–2015 гг. исследовании было показано, что среди пациенток, страдающих миомой матки, спонтанное прерывание беременности отмечается в 2 раза чаще, чем у здоровых женщин [4]. Особенно это характерно для женщин с субмукозным или центрипетальным ростом узлов.

В тех случаях, когда срок гестации превышает 5–6 нед, пациентки с кровотечением в I триместре беременности нередко нуждаются в проведении инструментального опорожнения полости матки [5, 6]. Однако при наличии субмукозного узла операция может осложниться трудностями удаления всех элементов плодного яйца, нарушением со-

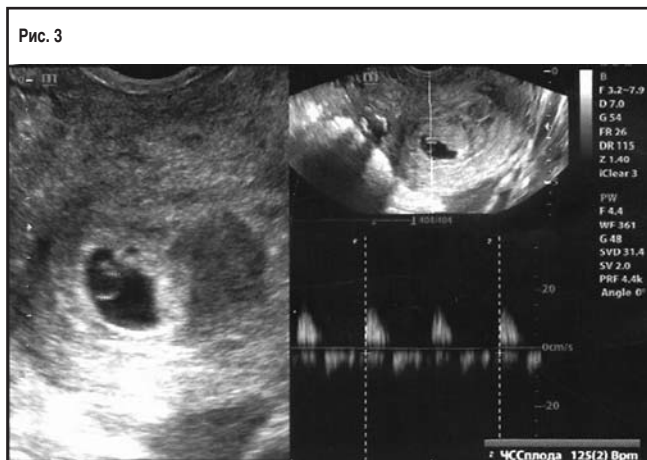
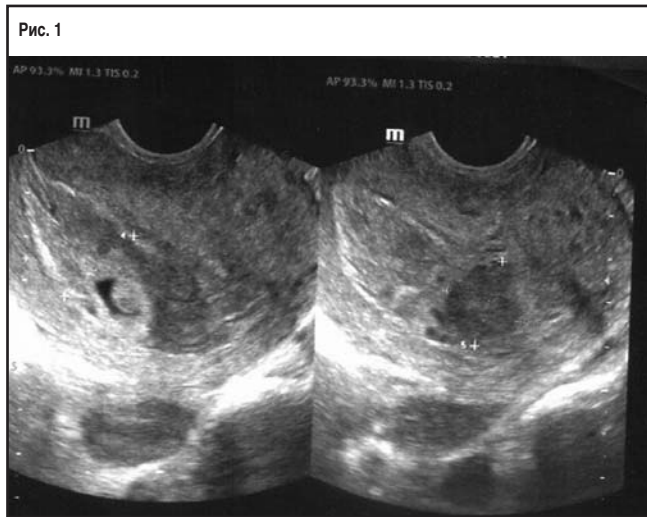
кратимости матки в постабортном периоде, а также требует направления пациентки на второй этап лечения в объеме гистерорезектоскопической, лапароскопической или лапаротомной миомэктомии. Обзор доступных литературных источников не выявил описания клинических ситуаций хирургического лечения пациенток с неразвивающейся беременностью на фоне субмукозной миомы матки путем одновременного выполнения вакуум-аспирации с гистерорезектоскопией.

Клиническое наблюдение

Больная Ш., 38 лет, обратилась в клинику 09.03.2016. На момент обращения жалоб активно не предъявляла. Согласно данным анамнеза ранее пациентка проходила лечение по поводу вагинального кандидиамиоза и эктопии шейки матки.

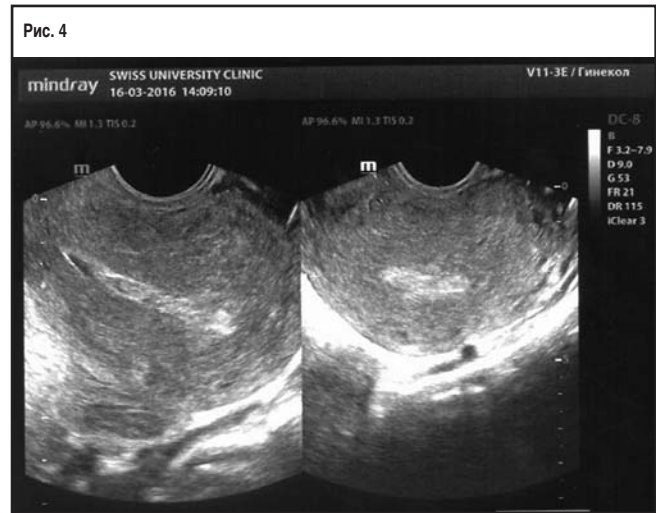
При анализе соматического анамнеза наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает. Среди перенесенных заболеваний обращает на себя внимание рак щитовидной железы T2N0M0 в 2006 г., по поводу которого выполнена струмэктомия. Пациентка снята с учета у онколога, наблюдается у эндокринолога, получает L-тироксин с целью медикаментозной коррекции гипотиреоза. Группа крови А (II) вторая, резус-фактор положительный.

Миома матки впервые выявлена в 2016 г. Менструальный цикл пациентки не нарушен: менструации регулярные с 12 лет, по 4 через 28 дней, обильные, периодически болезненные. Последняя менструация – 04.01.2016. В анамнезе



было 3 беременности, 2 из которых закончились срочными самопроизвольными родами в 2003 и 2006 г. Течение предшествующих беременностей и родов – без осложнений. При обращении в клинику диагностирована маточная беременность, не развивающаяся с 7–8 нед (при сроке гестации 8–9 нед). По поводу данной беременности пациентка ранее наблюдалась по месту жительства. Анализ крови на хорионический гонадотропин (ХГЧ) от 11.02.2016 показал его повышение до 20191 мМЕ/мл. По назначению акушера-гинеколога получала фолиевую кислоту (400 мг/сут per os) и Утрожестан (200 мг/сут вагинально).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) впервые было проведено 15.02.2016 и подтвердило наличие прогрессирующей



маточной беременности сроком 6 нед 2 дня. Также при УЗИ была выявлена миома матки с субмукозным расположением узла по задней стенке диаметром 20×18 мм. Пациентка проинформирована об акушерских рисках, возникающих при сочетании беременности и субмукозной миомы матки, однако, учитывая высокую заинтересованность женщины в сохранении беременности, продолжены наблюдение и поддерживающая витаминно-гормональная терапия, рекомендовано контрольное УЗИ в сроке 8–9 нед.

Контроль концентрации ХГЧ проведен 02.03.2016 и составил 59025 мМЕ/мл. При УЗИ органов малого таза от 09.03.2016 матка расположена по центру, отклонена назад, контуры ее ровные, четкие, увеличена в размере за счет беременности. Структура миометрия неоднородная, стенки симметричные, по правой боковой стенке, на уровне дна матки – интрамуральный миоматозный узел с неровными кальцинированными стенками, размерами 17×13 мм, на глубине 3 мм; М-эхо – 32 мм, гравидарное, в полости матки ближе к правому маточному углу – плодное яйцо, один эмбрион, сердцебиение не определяется. Эмбрион расположен на узле, желточный мешок визуализируется, диаметром 4,5 мм, копчиково-теменной размер – 10,5 мм (соответствует 7 нед), в средней трети полости матки. Слева – субмукозный миоматозный узел размерами 32×23 мм, исходящий из задней стенки, неоднородной структуры, с множественными мелкими анэхогенными зонами. Шейка матки не увеличена, структура однородная, цервикальный канал не расширен. Яичники: справа – 28×18 мм, структура обычная, с мелкими фолликулами, расположен на обычном месте, слева – размерами 30×18 мм, структура обычная, расположен высоко, на уровне дна матки. В позадиматочном пространстве свободной жидкости не выявлено (рис. 1–3).

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, половая щель сомкнута. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 7 нед беременности, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. Своды свободные, безболезненные. Выделения слизистые, скудные.

На основании данных анамнеза, гинекологического осмотра, УЗИ малого таза выставлен диагноз: несостоявшийся выкидыш (O02.1) 7 нед. Миома матки с субмукозным ростом одного из узлов. Медикаментозно-компенсированный гипотиреоз после перенесенной в 2006 г. струмактомии по поводу рака щитовидной железы T2N0M0.

Учитывая локализацию плодного яйца в проекции субмукозного миоматозного узла, а также увеличение его размеров и изменение структуры на фоне беременности, было сделано предположение о более высокой вероятности задержки остатков плодного яйца и риске нарушения питания в узле после выскабливания полости матки, с последующими воспалительными и геморрагическими осложнениями. В связи с этим принято решение о проведении од-

номоментной эвакуации погибшего плодного яйца и гистерорезектоскопической миомэктомии.

После соответствующего предоперационного дообследования, не выявившего отклонений в состоянии пациентки, 09.03.2016 выполнена гистероскопия, удаление погибшего плодного яйца и резекция миоматозного узла.

Ход операции: в асептических условиях под внутривенным наркозом шейка матки обнажена в зеркалах, фиксирована пулевыми щипцами, низведена. В полость матки без расширения введен минигистероскоп. Цервикальный канал не деформирован, линейный, эндоцервикс гравидарно изменен. Область перешейка без особенностей. Полость матки расширена, деформирована миоматозным узлом 1-го типа диаметром 2 см, расположенным по задней стенке матки в средней трети. Над верхним полюсом узла располагается плодное яйцо. Эндометрий гравидарный. Устья маточных труб визуализированы, свободны. Цервикальный канал расширен до №10 Гегара. Под УЗ-контролем выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки, удалено плодное яйцо, гравидарный эндометрий, материал направлен на гистологическое исследование. При помощи резектоскопа петлевым электродом резецирован узел. Контроль гемостаза при пониженном давлении – кровотечения нет. Дефицит дилатационной среды – 90 мл. Течение операции – без осложнений.

В послеоперационном периоде проводились инфузионная, антибактериальная и утеротоническая терапия. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии через сутки после операции и через 7 дней приглашена на контрольный осмотр и УЗИ. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено.

По данным УЗИ матка расположена по центру, отклонена кзади, контуры ее ровные, четкие, размеры матки – 49×51×68 мм, структура миометрия неоднородная, стенки симметричные, не утолщены, по правой боковой стенке на уровне дна матки интрамуральный миоматозный узел с неровными кальцинированными стенками, размерами 17×13 мм, на глубине 3 мм. М-эхо – 8 мм, слабо неоднородной структуры, с гиперэхогенными бесформенными структурами, без кровотока – сгустки крови, с ровными контурами (6-й день после оперативного лечения). Шейка – не увеличена, структура однородная, цервикальный канал не расширен. Яичники размерами: справа – 28×12 мм,

структура обычная, с мелкими фолликулами, расположен на обычном месте, слева – размерами 34×13 мм, структура обычная, расположен высоко, на уровне дна матки. В позадиматочном пространстве свободной жидкости не выявлено (рис. 4).

Через 1 мес после операции пациентка осмотрена повторно, выполнено УЗИ органов малого таза. Осложнений в течении послеоперационного периода не выявлено.

Литература/References

1. Антипов М.С., Засядкина Н.Э., Жаркин Н.А. Предгравидарная подготовка эндометрия при невынашивании беременности. *Вестн. Российского университета дружбы народов*. 2009; 6: 85–91. / Antipov M.S., Zasiadkina N.E., Zbarkin N.A. Predgravidarnaya podgotovka endometriia pri nevyynashivanii beremennosti. *Vestn. Rossiiskogo universiteta druzhby narodov*. 2009; 6: 85–91. [in Russian]
2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Этиопатогенез невынашивания беременности. *Журн. акушерства и женских болезней*. 2004; 53 (Вып. 1): 37–41. / Arzhanova O.N., Kosheleva N.G. Etiopatogenez nevyynashivaniia beremennosti. *Zburn. akusberstva i zbenskikh boleznei*. 2004; 53 (Vyp. 1): 37–41. [in Russian]
3. Доброхотова Ю.Э., Сухих Г.Т., Озерова Р.И. Независающая беременность: аспекты этиологии. Возможности цитокинотерпии в программе реабилитации в раннем послеабортном периоде. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2006; 2: 13–8. / Dobrokhotova Iu.E., Sukhikh G.T., Ozerova R.I. Nerazvivaiuscbaiasia beremennost': aspekty etiologii. *Vozmozhnosti tsitokinoterapii v programme reabilitatsii v ranem posleabortnom periode*. *Ros. vestn. akusbera-ginekologa*. 2006; 2: 13–8. [in Russian]
4. Подзолкова Н.М., Колода Ю.А., Коренная В.В., Кайибханова К.Н. Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий при миоме матки. *Гинекология*. 2015; 17 (2): 60–5. / Podzol-kova N.M., Koloda Iu.A., Korennaia V.V., Kaiibkhanova K.N. Effektivnost' uspomogatel'nykh reproduktivnykh tekhnologii pri miome matki. *Ginekologiya*. 2015; 17 (2): 60–5. [in Russian]
5. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. / Ailamazian E.K., Kulakov V.I., Radzinskii V.E., Savel'eva G.M. *Akusberstvo. Natsional'noe rukovodstvo*. M: GEOTAR-Media, 2009. [in Russian]
6. Кулаков В.И., Сидорова И.С., Макаров И.О. Руководство по акушерству. М: Медицина, 2006. / Kulakov V.I., Sidorova I.S., Makarov I.O. *Rukovodstvo po akusberstvu*. M: Meditsina, 2006. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Подзолкова Наталья Михайловна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО РМАПО

Коренная Вера Вячеславовна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО РМАПО. E-mail: drkorennaia@mail.ru

Агишева Валерия Владиславовна – врач акушер-гинеколог Швейцарской университетской клиники