

Статья поступила в редакцию 3.10.2023 г.

Шибельгут Н.М., Батина Н.А., Иванникова А.В., Овчарова П.А., Елгина С.И., Рудаева Е.В.,
Мозес К.Б., Мозес В.Г.

Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева,
Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово, Россия

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Частота заболевания среди женщин репродуктивного возраста достигает 70 %. У большей части женщин заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет оценку истинной распространенности. В ряде случаев миома матки не препятствует наступлению беременности и развитию плода, однако повышает частоту осложнений беременности и родов. Во время беременности следует проводить ультразвуковое исследование для оценки состояния плода и органов малого таза. Показания, доступ и объем оперативного вмешательства определяются комиссионно (по решению врачебного консилиума). Данная публикация посвящена родоразрешению женщины с миомой тела матки больших размеров.

Ключевые слова: беременность; миома тела матки

Shibelgut N.M., Batina N.A., Ivannikova A.V., Ovcharova P.A., Elgina S.I., Rudaeva E.V.,
Moses K.B., Moses V.G.

Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN A WOMAN WITH LARGE UTERINE FIBROIDS

Uterine fibroids are the most common benign tumor of the female reproductive system. The incidence of the disease among women of reproductive age reaches 70%. In most women, the disease is asymptomatic, which makes it difficult to assess the true prevalence. In some cases, uterine fibroids do not prevent the onset of pregnancy and fetal development, but increase the frequency of complications of pregnancy and childbirth. During pregnancy, an ultrasound examination should be performed to assess the condition of the fetus and pelvic organs. Indications, access and scope of surgical intervention are determined by commission (by decision of the medical council). This publication is devoted to the delivery of a woman with large uterine fibroids.

Key words: pregnancy; uterine fibroids

Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Частота заболевания среди женщин репродуктивного возраста достигает 70 % [1, 2]. Средний возраст выявления миомы матки 32-34 года, а пик заболеваемости приходится к началу менопаузы. В настоящее время отмечается рост частоты встречаемости миомы матки у молодых женщин до 30 лет, не реализовавших репродуктивную функцию [3, 4].

У большей части женщин заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет оценку истинной распространенности. У 25 % пациенток репродуктивного возраста имеются клинические проявления, которые требуют лечения. При первичном и вторичном бесплодии миому матки обнаруживают в 23,5 % случаев. В ряде случаев миома матки не препятствует наступлению беременности и развитию плода, однако повышает частоту осложнений беременности и родов [5-7]. Во время беременности следует проводить ультразвуковое исследование для оценки

состояния плода и органов малого таза. Показания, доступ и объем оперативного вмешательства определяются комиссионно (по решению врачебного консилиума).

Оперативное лечение миомы матки при беременности проводится только по экстренным показаниям. Показаниями к оперативному лечению во время беременности являются: некроз миоматозного узла, перекрут ножки узла миомы, развитие перитонеальных симптомов. Предпочтительным методом родоразрешения являются роды через естественные родовые пути. При родоразрешении путем операции кесарево сечение выполнять миомэктомию целесообразно в случае наличия миоматозного узла, препятствующего извлечению плода [8-10].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка Ч., 40 лет, поступила на дородовую госпитализацию в Перинатальный центр Кузбасской областной клинической больницы им. С.В. Беляева

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2023-4-69-73



GLTDQK

Шибельгут Н.М., Батина Н.А., Иванникова А.В., Овчарова П.А., Елгина С.И., Рудаева Е.В., Мозес К.Б., Мозес В.Г.
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ // Мать и Дитя в Кузбассе.
2023. №4(95). С. 69-73.



в связи с хронической гипоксией плода, миомой матки больших размеров.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Жалобы при поступлении на активные шевеления плода, изжогу периодически.

Беременность третья, желанная. Наблюдалась регулярно с 6 недель. Прибавка веса + 12 кг за всю беременность.

На ранних сроках был угрожающий выкидыш, купирован, амбулаторное лечение дидрогестероном.

В 10 недель диагностирована железодефицитная анемия легкой степени, сывороточное железо и ферритин не сдавала, принимала препараты железа.

В 21 неделю перенесла новую коронавирусную инфекцию, легкое течение. Лечение амбулаторное, симптоматическое.

До 34 недель принимала микронизированный прогестерон в дозе 200 мг, интравагинально.

УЗИ за время беременности 4 раза, первый скрининг в 13+5 недель по фетометрии, фибромиома тела матки 13 × 92 × 142 мм. Б/х скрининг без особенностей.

При повторных УЗИ отмечается рост интрамурально-субмукозно-субсерозной миомы до 147 × 97 × 100 мм, по Figo 2-5 в 19 недель, до 154 × 100 × 120 мм в 24 недели беременности.

В 33+2 недели по результату ультразвукового исследования тазовое косое предлежание плода, миома тела матки (110 × 103 × 154 мм).

Гинекологические заболевания: миома тела матки больших размеров с 2022 года.

Течение предыдущих беременностей: в 2008 году — своевременные роды, девочка, 4170 г, жива, здорова, в родах разрыв промежности, влагалища, беременность и послеродовый период без особенностей; в 2012 г. — своевременные роды, мальчик, 3750 г, жив, здоров, беременность, роды и послеродовый период без особенностей, в 2022 году — настоящая беременность.

Акушерский статус при поступлении:

Объективное исследование: Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Видимые слизистые обычного цвета и влажности. Подкожно-жировой слой развит умеренно. ИМТ 23,1 кг/м². Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные, подвижные. Молочные железы мягкие, безболезненные, отделяемого нет. Варикозное расширение вен нижних конечностей — нет. Отеки отсутствуют. Тоны сердца ясные, ритмичные, громкие. Дыхание везикулярное, проводится равномерно по всем полям, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочепускание не нарушено, диурез адекватный. Стул не нарушен.

Наружное акушерское исследование: Матка овоидной формы, с четкими ровными контурами, без-

болезненная, в нормотонусе. Родовая деятельность отсутствует. Положение плода продольное. Предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное. ЧСС 140 уд. в мин.

Внутреннее акушерское исследование: Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу. Оволосение по женскому типу. Признаки инфантилизма отсутствуют. Слизистая вульвы розовая. Влагалище умеренной емкости. Слизистая влагалища нормальной окраски. Шейка матки по оси таза, длиной до 3,0 см. Цервикальный канал наружный зев проходим для 1,0 см, внутренний зев кончик пальца. Предлежащая часть головки не плотно прижата ко входу в малый таз. Крестцовая впадина емкая. Мыс не достижим. Выделения из половых путей — бели. По Бишоп 2 балла.

На основании жалоб, анамнеза, сводных данных о сроке беременности и объективного осмотра составлен предварительный клинический диагноз: Беременность 36 недель + 6 дней. Хроническая гипоксия плода. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести, медикаментозная компенсация. Миома тела матки больших размеров. Хронический гастрит, вне обострения. Реконвалесцент новой коронавирусной инфекции.

Составлен план ведения родов через естественные родовые пути. Однако после проведенного консилиума в связи с неустойчивым положением плода выполнено кесарево сечение. Протокол операции: Положение плода косое, головка внизу справа, сердцебиение плода — 140 уд/мин. В рану предлежит беременная матка, соответствующая доношенному сроку беременности. В брюшной полости умеренное количество серозного выпота. Брюшная полость изолирована от матки салфетками. В области нижнего сегмента произведен поперечный линейный разрез до 2,0 см. Разрез на матке тупо продлен до 11,0 см. Излилось достаточное количество светлых околоплодных вод. За головку, без затруднений, извлечен новорожденный, передан неонатологу.

Роды путем операции Кесарево сечение произошли живой доношенной девочкой, весом при рождении 3330 грамм, длиной тела 52 см. Окружность головки 35 см. Окружность груди 35 см. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Обвития нет.

Плацента удалена методом контролируемых тракций, располагалась по задней стенке матки в дне. Прикрепление пуповины центральное, длиной около 70 см. Послед отправлен на гистологическое исследование. Тело матки выведено в рану. По передней стенке слева в средней трети интерстициально-субмукозный миоматозный узел до 15 см в диаметре, который деформирует полость матки и левое ребро. Принято решение о проведении консервативной миомэктомии. Начата аппаратная реинфузия крови. На углы разреза на матке наложены отдельные швы полисорбом. С целью уменьшения кровопотери проведена перевязка маточных артерий с двух сторон. Произведен дополнительный продоль-

ный разрез по передней стенке матки ближе к левому ребру во выступающей поверхности узла до 10 см. Миоматозный узел остро и тупо вылушен, отправлен на гистологическое исследование. Узел весом 1500 мг. При осмотре рана проникает в полость матки с образованием дефекта до 6 см. Рана ушита послойно двухрядно полисорбом отдельными швами. Рана матки после кесарева сечения ушита двухрядно послойно непрерывно нитями полисорбом. Перитонизация однорядно непрерывно полисорбом з/с pl. vezicouterinae. Матка сократилась, плотная. Кровотечения нет. Ревизия и туалет брюшной полости. Придатки осмотрены: маточная труба и яичник справа без особенностей, маточная труба и яичник слева без особенностей. Послойно восстановлена передняя брюшная стенка. Этапы миомэктомии и операции представлены на рисунках 1, 2, 3, 4.

Диагноз после операции: Третьи своевременные оперативные роды в 38 недель. Косое положение плода. Хроническая гипоксия плода, компенсация. Железодефицитная анемия, легкой степени, медикаментозная компенсация. Гигантская миома тела

матки. Хронический гастрит, вне обострения. Реконвалесцент новой коронавирусной инфекции. Лапаротомия по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Миомэктомия. Перевязка ВМА с двух сторон. Аппаратная реинфузия крови.

Течение послеоперационного периода правильное. Проводилось дважды ультразвуковое исследование органов малого таза.

Заключение УЗИ в первые сутки после операции: Инволюция матки соответствует 0 суткам послеоперационного периода. Эхопризнаки субапонеуротической гематомы в области послеоперационного шва на передней брюшной стенке. Эхопризнаки субсерозной гематомы в области послеоперационного шва на матке.

Заключение УЗИ на 5 сутки после операции: Тело матки по средней линии. Форма обычная. Контуры четкие, ровные. Структура миометрия однородная. Размеры: Длина 163 мм, Толщина 76 мм, Ширина 116 мм, М-эхо до 8 мм. Полость матки с неоднородным жидкостным содержимым. Послеоперационные швы на матке: справа определяется не-

Рисунок 1
Выделение миоматозного узла
Figure 1
Isolation of the myomatous node

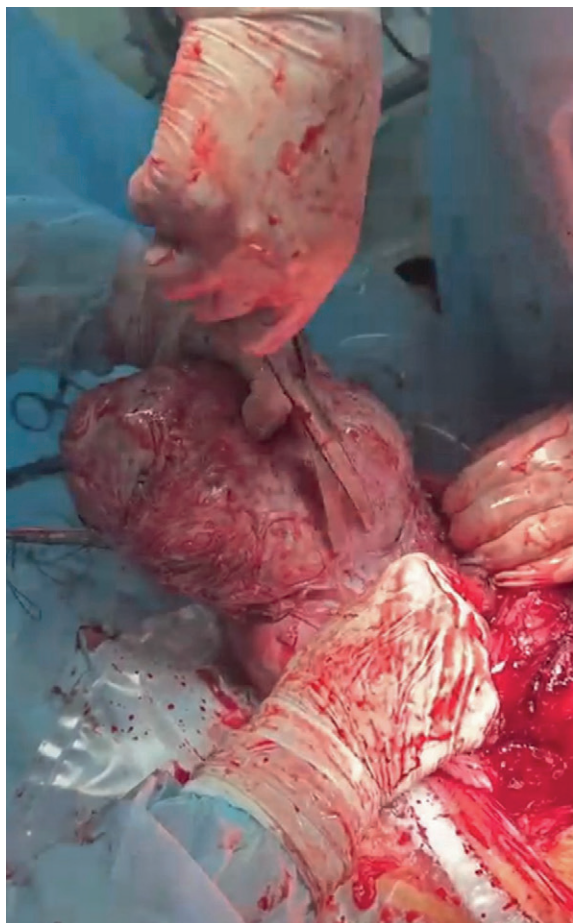


Рисунок 2
Выделение миоматозного узла
Figure 2
Isolation of the myomatous node

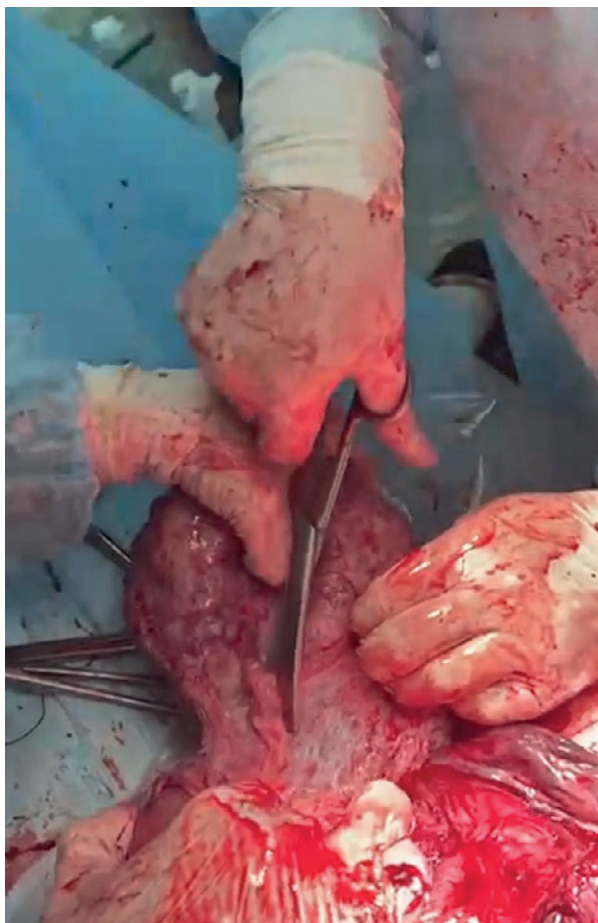


Рисунок 3
Ушивание ложа удаленного миоматозного узла
Figure 3
Suturing of the bed of the removed myomatous node

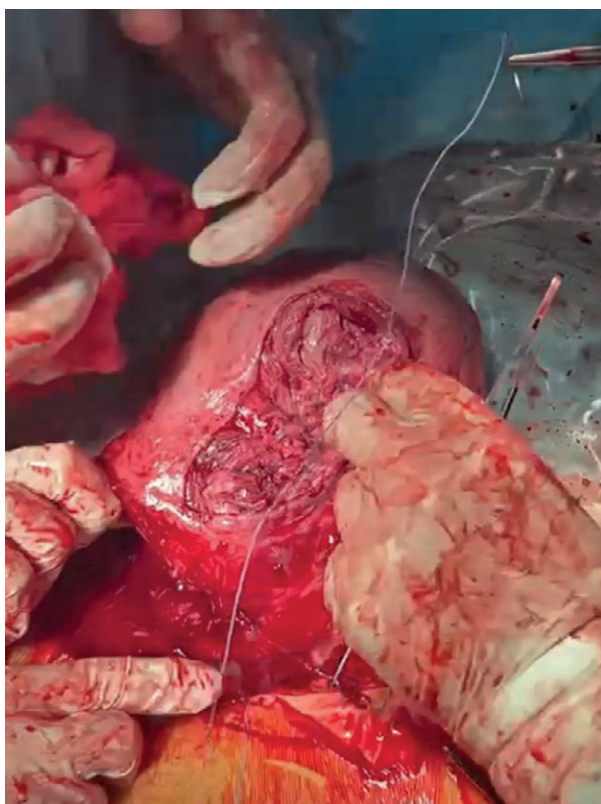


Рисунок 4
Ушивание матки после миомэктомии
Figure 4
Suturing of the uterus after myomectomy



однородное включение $15 \times 10 \times 17$ мм. Послеоперационные швы на передней брюшной стенке: под апоневрозом слева от средней линии определяется анэхогенное включение линейной формы $40 \times 10 \times 20$ мм. Область придатков: без объемных образований. **Заключение:** Эхопризнаки субапоневротической гематомы в области послеоперационного шва на передней брюшной стенке. Эхопризнаки субсерозной гематомы в области послеоперационного шва на матке с положительно динамикой.

Пациентка на 8-е сутки после оперативных родов выписана с ребенком под амбулаторное наблюдение.

ВЫВОДЫ

Правильно выбранная тактика родоразрешения женщины предотвратила неблагоприятный исход беременности для женщины и плода.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Freytag D, Günther V, Maass N, Alkatout I. Uterine Fibroids and Infertility. *Diagnostics (Basel)*. 2021; 11(8): 1455. DOI: 10.3390/diagnostics11081455
2. Al Sulaimani R, Machado L, Al Salmi M. Do Large Uterine Fibroids Impact Pregnancy Outcomes? *Oman Med J*. 2021; 36(4): e292. DOI: 10.5001/omj.2021.93
3. Liu CH, Chang WH, Yeh CC, Wang PH. Simultaneous myomectomy during cesarean section. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2021; 60(3): 397-398. DOI: 10.1016/j.tjog.2021.03.002
4. Kwon J, Byun J, Shin I, Hong S, Kim R, Park I. Risk factors for intraoperative hemorrhage during cesarean myomectomy. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2021; 60(1): 41-44. DOI: 10.1016/j.tjog.2020.11.007
5. Landman AJEMC, Don EE, Vissers G, Ket HCJ, Oudijk MA, de Groot CJM, et al. The risk of preterm birth in women with uterine fibroids: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*. 2022; 17(6). e0269478. DOI: 10.1371/journal.pone.0269478

6. Gong L, Liu M, Shi H, Huang Y. Uterine fibroids are associated with increased risk of pre-eclampsia: A case-control study. *Front Cardiovasc Med*. 2022; 9: 1011311. DOI: 10.3389/fcvm.2022.1011311
7. Chill H, Karavani G, Rachmani T, Dior U, Tadmor O, Shushan A. Growth pattern of uterine leiomyoma along pregnancy. *BMC Women's Health*. 2019; 19(1): 100. DOI: 10.1186/s12905-019-0803-5
8. Don EE, Landman AJEMC, Vissers G, Jordanova ES, Uiterweer EDP, de Groot CJM, et al. Uterine Fibroids Causing Preterm Birth: A New Pathophysiological Hypothesis on the Role of Fibroid Necrosis and Inflammation. *Int J Mol Sci*. 2022; 23(15): 8064. DOI: 10.3390/ijms23158064
9. Hiramatsu Y. Cesarean Section in Patients with Myomas Located on the Anterior Wall of the Cervix. *Surg J (NY)*. 2020; 6(Suppl 2): S122-S128. DOI: 10.1055/s-0040-1708061
10. Cagan M, Tanacan A, Donmez H, Fadiloglu E, Unal C, Beksac M. The Effect of Small Size Uterine Fibroids on Pregnancy Outcomes in High-risk Pregnancies. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020; 42(9): 535-539. DOI: 10.1055/s-0040-1713913

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: elginas.i@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ**INFORMATION ABOUT AUTHORS**

ШИБЕЛЬГУТ Нонна Марковна, канд. мед. наук, зам. главного врача по акушерской помощи, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: nonna.shibelgut@mail.ru

SHIBELGUT Nonna Markovna, candidate of medical sciences, deputy chief physician for obstetric care, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: nonna.shibelgut@mail.ru

БАТИНА Наталья Анатольевна, врач акушер-гинеколог, заведующая родовым отделением, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

BATINA Natalya Anatolyevna, obstetrician-gynecologist, head of the obstetrics department, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

ИВАННИКОВА Алена Васильевна, врач акушер-гинеколог, родовое отделение, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

IVANNIKOVA Alena Vasilyevna, obstetrician-gynecologist, obstetrics department, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

ОВЧАРОВА Полина Андреевна, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: polinotchka_ovcharova@mail.ru

OVCHAROVA Polina Andreevna, clinical resident of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: polinotchka_ovcharova@mail.ru

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru

RUDAEVA Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

MOSES Kira Borisovna, assistant of the department of outpatient therapy and nursing, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, профессор, зам. главного врача по научной деятельности, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, professor, deputy chief physician for scientific activities, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru