

Міомектомія в II триместрі та успішне завершення вагітності. Клінічний випадок

Н. В. Щурук¹, М. В. Тригуб², Н. М. Хабазняк²

¹ Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФДПО Львівського державного медичного університету імені Д. Галицького; поліклінічне відділення Волинського обласного перинатального центру

² Відділення гінекології Волинського обласного перинатального центру

Резюме

Міома матки досить часто зустрічається у жінок репродуктивного віку. Втім, ця доброякісна пухлина саме під час вагітності може призводити до ряду ускладнень, що вимагає ретельного спостереження лікарем акушером-гінекологом, а в деяких випадках й оперативного втручання. Менеджмент вагітності за наявності міоми матки передбачає не лише розроблення алгоритму ведення вагітності, а й прогнозування перинатальних ускладнень.

Ключові слова: міома (лейоміома, фіброміома) матки, вагітність, ехографія, міомектомія, рубець на матці, пологи.

MYOMETOMY IN THE II TRIMESTER AND SUCCESSFUL TERMINATION OF PREGNANCY. CLINICAL CASE

N. V. Shchuruk¹, M. V. Trygub², N. M. Khabazniak²

¹ Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Faculty Of Postgraduate Education, Lviv State Medical University n. a. D. Halytskyi; polyclinic department of the Volyn regional perinatal center

² Department of Gynecology of the Volyn Regional Perinatal Center

Summary

Uterine fibroids are quite common in women of reproductive age. However, this benign tumor can lead to a number of complications during pregnancy, which requires careful observation by an obstetrician-gynecologist, and in some cases, surgical intervention. Pregnancy management in the presence of uterine fibroids involves not only the development of a pregnancy management algorithm, but also the prediction of perinatal complications.

Key words: myoma (leiomyoma, fibromyoma) of the uterus, pregnancy, ultrasound, myomectomy, scar on the uterus, childbirth.

Загальні дані

Міома матки (ММ) — найпоширеніша пухлина репродуктивної системи жінки, є доброякісним новоутворенням, що складається з непорядкованих «міофібробластів», заглиблених у значній кількості позаклітинного матриксу. За наявності ММ можуть спостерігатися безпліддя, невиношування, неправильне положення плода, передлежання плаценти, передчасні пологи, кровотечі під час та після пологів. Вагітні з міомою матки належать до групи підвищеного ризику оперативних пологів, подеколи із необхідністю виконання гістеректомії [1, 4], яка пов'язана зі значною захворюваністю, смертністю, остаточною втратою дітородної функції і є економічним тягарем для системи охорони здоров'я [4].

Частота ММ під час вагітності перебуває в межах від 15 % до 35 % і не має тенден-

ції до зниження, враховуючи збільшення частоти настання вагітності у жінок пізнього репродуктивного віку. Відповідно до даних літературних джерел, міоматозні вузли демонструють зміну розміру під час вагітності та в післяпологовому періоді, як правило, мають тенденцію до росту. Тож, за таких умов досить складно прогнозувати наслідки вагітності як для матері, так і для плода [2, 5].

Немає однозначної думки щодо тактики ведення вагітності з ММ. Як правило, у вагітних з ММ має місце ускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез, значна кількість перенесених екстрагенітальних захворювань, хронічних запальних процесів, вегетосудинних функціональних розладів, хоча й зустрічаються пацієнтки без соматичних захворювань [2]. Можливі ускладнення вагітності за ММ поділяють на ускладнення з боку матері та з

боку плода, хоча цей розподіл є відносним. Кожен окремий випадок гестації з ММ потребує індивідуального плану тактики ведення вагітності.

Можливі ускладнення при ММ у матері

1. Під час гестації:

- а) невиношування вагітності;
- б) фетоплацентарна недостатність;
- в) передчасне відшарування плаценти;
- г) дистрофічні зміни пухлини;
- г) защемлення міоматозного вузла;
- д) анемія;
- е) кровотеча.

2. Під час пологів:

- а) несвоєчасний вилів навколоплодових вод;
- б) аномалії пологової діяльності;
- в) передчасне відшарування плаценти;
- г) кровотеча.



3. У післяпологовому періоді:

- а) кровотеча;
- б) субінволюція матки;
- в) ендоміометрит;
- г) некроз вузла.

Можливі ускладнення при ММ у плода

1. Під час вагітності:

- а) неправильне положення;
- б) синдром затримки росту;
- в) антенатальна загибель плода.

2. Під час пологів:

- а) утруднене або неможливе просування через природні родові шляхи;
- б) дистрес плода.

3. У післяпологовому періоді: порушення механізмів адаптації.

У **I триместрі** вагітності на тлі складної гормональної перебудови організму жінки відбуваються визначальні для перебігу гестації етапи — імплантація, органогенез та плацентация. При імплантації несприятливою є локалізація плідного яйця в умовах деформованої порожнини матки, а також в наступних ділянках:

- над між'язовим міоматозним вузлом;
- поблизу підслизового міоматозного вузла;
- нижніх відділів матки.

З розвитком вагітності така локалізація плідного яйця може стати причиною порушення плацентации, недостатності функції трофобласта (плаценти). Порушення структурно-морфологічної та функціональної повноцінності плаценти безпосередньо впливають на зниження її головних функцій. Перелічені чинники порушують органогенез, що найчастіше призводить до мимовільного абортів або клінічно виражених ознак загрози переривання вагітності [2]. При порушенні кровопостачання ММ з'являються скарги на біль в ділянці локалізації вузла. Больовий симптом (у спокої або при пальпації) локального характеру або з іррадіацією в нижні відділи живота має місце при локалізації міоматозного вузла на передній стінці матки. Якщо ж вузол розташований на задній стінці матки, то жінка відчуває поширення болю на ділянку поперекового відділу. При пальпації можливе виявлення гіпертонусу матки за відсутності інших ознак загрози переривання вагітності, збільшення розмірів пухлини.

Ультразвукове дослідження (УЗД) є головним методом діагностики й контролю

перебігу вагітності при ММ. Ехографія дозволяє встановити:

- а) стан і локалізацію ембріона (плода);
- б) локалізацію і стан трофобласта;
- в) локалізацію і стан міоматозних вузлів;
- г) стан тіла матки.

У **II триместрі** (періоді системогенезу) наслідком негативного впливу ММ на перебіг вагітності може бути порушення функції фетоплацентарного комплексу, зокрема у випадку розміщення плаценти в ділянці проекції міоматозного вузла, та стати причиною виникнення наступних ускладнень: рання затримка розвитку плода, плацентарна дисфункція, загроза передчасних пологів та порушення кровопостачання міоматозних вузлів. Збільшення товщини плаценти (особливо на 22–24-му тижні) забезпечує продукцію адекватної кількості плацентарних гормонів для нормального розвитку вагітності [2].

III триместр вагітності характеризується періодом, коли плацента досягає своєї повної функціональної зрілості, забезпечуючи високий рівень і різноманітність синтезованих гормонів, що сприяє нормальному перебігу та фізіологічному завершенню вагітності. Порушення функції плацентарного комплексу може стати причиною затримки розвитку і дистресу плода, передчасного відшарування плаценти та передчасних пологів. Прицільний контроль (ехографія) за станом плаценти і плода є вкрай необхідним. УЗД дозволяє своєчасно виявити можливі відхилення і провести їх корекцію. При цьому слід пам'ятати, що збільшення товщини плаценти при ММ як прояв її компенсаторно-приспосувальних властивостей продовжується безпосередньо до кінця вагітності. Крім того, саме в III триместрі спостерігається «міграція» плаценти: процес зміни локалізації плаценти і міоматозного вузла відносно один до одного. Звичайно це явище спостерігається в терміні 30–36 тижнів вагітності, коли відбувається максимальне розтягнення матки, і є наслідком збільшення нижнього сегмента матки.

Специфічним ускладненням вагітності при ММ є порушення кровообігу у вузлах, що супроводжується вираженим лімфостазом. Ці порушення пояснюються, по-перше, механічними чинниками (стискання, перекручування), по-друге, вегетосудинними та гемодинамічними змінами. Наслідком можуть бути ішемія, венозний застій, чисельні тромбоутворення у вузлах. Дистрофічні зміни міома-

тозних вузлів проявляються набряком, крововиливом, дегенерацією, некрозом, гіаліновим переродженням, чому сприяє можливе збільшення розмірів пухлини під час вагітності. Клінічним проявом є больовий синдром.

Жінки з ММ, особливо великими, застосовують ретельного акушерського огляду та спостереження, а вагітність, ймовірно, матиме хороший результат. Традиційно вважається, що міомектомія, крім випадків симптоматичної міоми на ніжці, не повинна проводитися вагітним жінкам через підвищений ризик неконтрольованої кровотечі та переривання вагітності [4, 5]. Однак, у ряді випадків повідомляють про хороші результати після міомектомії, виконаної під час вагітності, тому її можна розглядати як варіант лікування, якщо є клінічна необхідність [4]. Частота акушерських та перинатальних ускладнень зменшується у випадку проведених реконструктивних операцій перед плануванням вагітності [3].

Клінічний випадок

Вагітна К., 37 років, жителька Волинської області, 18.03.24 р. госпіталізована до відділення гінекології перинатального центру в терміні 17 тижнів вагітності зі скаргами на періодичний ниючий біль внизу живота різної інтенсивності, що з'явився раптово зранку.

Діагноз при госпіталізації: «I вагітність, 17 тижнів. Загроза викидня. Вузулвата лейоміома матки».

Дана вагітність перша, бажана. Жінка перебуває на обліку по вагітності з 12 тижнів в районній лікарні. Під час першого скринінгового УЗД в терміні 12 тижнів виявлено вузлову ММ невеликих розмірів на передній стінці матки (інтрамуральний лейоматозний вузол 38x27 мм). Гінекологічний та соматичний анамнез не обтяжений.

Проведено клініко-лабораторне обстеження та виявлено підвищення гострофазових показників крові (лейкоцити — $11,9 \cdot 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів — 60 мм/год , С реактивний білок — 21 мг/л).

При УЗД обстеженні виявлено наступні особливості: по передній стінці матки в нижньому сегменті правіше візуалізується інтрамуральний вузол $75 \times 75 \times 77 \text{ мм}$ з вираженими УЗ-ознаками дегенератив-





Рис. 1. Міома матки при ультразвуковому дослідженні

них змін, при доплерометрії зареєстровано кровотік за периферичним типом. Нижній полюс вузла знаходиться на відстані 25 мм від внутрішнього вічка. Плацента: нижній полюс плаценти знаходиться в місці нижче описаного лейоматозного вузла. УЗ-висновок: Фетометрія відповідає терміну гестації 17 тижнів + 3 дні. Вузувата форма міоми тіла матки з вираженими ознаками дегенеративних змін (рис. 1).

Враховуючи скарги вагітної, а саме наявність больового синдрому та дані ехографії, виставлено клінічний діагноз: І вагітність в терміні 17 тижнів. Вузувата інтрамуральна лейоміома матки великих розмірів. Некроз вузла?

Зважаючи на задовільний стан пацієнтки, прогресуючу маткову вагітність в терміні 17 тижнів, консилиум лікарів обрав консервативну тактику ведення: призначено протизапальну терапію. Стан вагітної дещо покращився, больовий синдром зменшився. Проте, 21.03.24 біль внизу живота посилювався, з'явилися ознаки інтоксикації: виражена слабкість, субфебрильна температура тіла (37,5°C). При клініко-лабораторному обстеженні виявлено прогресування ознак запального процесу (гемоглобін — 94 г/л, лейкоцити — $18,6 \cdot 10^9$ /л, тромбоцити — $101 \cdot 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів — 78 мм/год) та різке підвищення гострофазових маркерів (С реактивний білок — 60 мг/л). У зв'язку з неефективністю консерва-

тивної терапії, прийнято рішення про оперативне лікування в ургентному порядку. З пацієнткою обговорено можливі негативні «сценарії» перебігу вагітності. Згоду на оперативне втручання отримано.

21.03.24 року здійснено оперативне втручання — нижньосередина лапаротомія, консервативна міомектомія (енуклеація лейоматозного вузла передньої стінки матки в межах здорового міометрію). Ускладнень під час операції не було. Крововтрата склала 50 мл. Інтраопераційно проведено УЗД плаценти та плода. Констатовано прогресування вагітності.

Макропрепарат: вузол 70x80 мм, при його розрізі виявлено ділянку некрозу з нагноєнням в центральній частині вузла.

Висновок патогістологічного дослідження №5116: Фібролейоміома з некрозом та порушенням кровообігу в центральній частині.

В післяопераційному періоді вагітна отримувала токолітичну, антибактеріальну та антианемічну терапію. Загоєння післяопераційної рани відбулося первинним натягом. Жінка виписана в задовільному стані з прогресуючою вагітністю в терміні 18 тижнів. В подальшому пацієнтка спостерігалась в поліклінічному відділенні перинатального центру із застосуванням щомісячного ехографічного моніторингу стану післяопераційного рубця на матці. В терміні 37 тижнів вагітну було планово госпіталізовано для допологового спостереження та визначення терміну розродження. Консилиумом лікарів обрано тактику розродження шляхом елективного кесаревого розтину після 39 тижнів вагітності. У зв'язку з допологовим вилиттям навколоплодових вод розродження здійснено в терміні гестації 38 тижнів шляхом кесаревого розтину в нижньому сегменті матки.

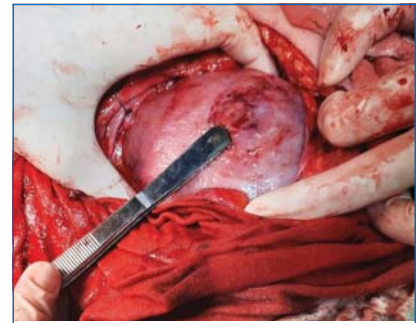


Рис. 2. Ділянка міомектомії, що була здійснена в 17 тижнів вагітності (фото зроблено під час виконання кесаревого розтину)

Народилася жива доношена дівчинка вагою 3125 г, довжиною 54 см, з оцінкою за шкалою Апгар 8/9 балів.

При огляді матки під час операції місце міомектомії локалізувалось дещо вище нижнього сегменту біля правого ребра матки, без видимих грубих дефектів її стінки та злукових утворень (рис. 2).

Крововтрата під час операції склала 600 мл, ускладнень не було. Породилля в задовільному стані з дитиною була виписана на 4-ту добу.

Література

1. До питання про стан міоми матки під час вагітності / Т. Ф. Татарчук: ДУ «ПАГ ім. академіка О. М. Лук'янової НАМН України», м. Київ; Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна 09.08.2021 р.
2. Лейоміома матки при вагітності й після пологів // А. Г. Колодійцева, Н. Я. Скрипченко, Л. В. Діденко, І. А. Жабченко, ІПАГ АМН України, м. Київ, 2007 р.
3. Вагітність і пологи у жінок з міомою матки після реконструктивних операцій / О. В. Жовтенко / HEALTH OF WOMAN // Одеський національний медичний університет МОЗ України, 2017.
4. Лейоміома матки: Стандарт медичної допомоги, Наказ МОЗ України № 147.
5. Прогнозування рецидиву міоми матки під час вагітності // Рожковська Н. Н., Желєзов Н. Н., Косей Т. В. // Вісник наукових досліджень, 2017.

Надійшла: 13.09.2024

Відомості про авторів

Надія Василівна Щурук, асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФДПО Львівського державного медичного університету імені Д. Галицького, завідувачка поліклінічного відділення Волинського обласного перинатального центру

Микола Васильович Тригуб, завідувач відділення гінекології Волинського обласного перинатального центру

Наталія Миколаївна Хабазняк, лікар акушер-гінеколог гінекологічного відділення Волинського обласного перинатального центру

Адреса: 43008 Україна, м. Луцьк, вул. Загородня, 20

E-mail: motherchild.volyn@gmail.com

