

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: МИОМА МАТКИ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ

В статье рассматривается клинический случай пациентки с гигантской миомой матки. Описываются особенности оперативного вмешательства и послеоперационного ведения пациентки. В публикации авторы отражают дискуссионные вопросы, касающиеся объема операции у пациенток с большими и гигантскими миомами матки и прогнозы репродуктивных исходов у данной когорты женщин.

Ключевые слова: миома матки, оперативное лечение, послеоперационное ведение, метропластика.

N.A. BURALKINA, G.A. VLASOV, A.V. VEREDCHENKO, V.V. CHURSIN, A.V. ASATUROVA, E.P. FEDOTKINA, E.A. KALABUKHOVA, V.D. CHUPRYKIN
 Kulakov National Medical Research Centre for Obstetrics, Gynaecology and Perinatology of the Ministry of Health of Russia
 CLINICAL OBSERVATION: GIANT UTERINE MYOMA. THE TACTIC OF SURGICAL TREATMENT AND POSTOPERATIVE MANAGEMENT
 The article deals with the clinical case of a patient with giant uterine myoma. It presents the features of surgical intervention and postoperative management of the patient. In the publication, the authors discuss the issues concerning the scope of the surgery in patients with large and giant uterine myomas and prognosis of reproductive outcomes in this cohort of women.

Keywords: uterine myoma, surgical treatment, postoperative management, metroplasty surgery.

Миома матки – одно из наиболее распространенных заболеваний женской половой системы. Это доброкачественное новообразование представляет собой моноклональную опухоль из гладкомышечных клеток миометрия. Опухоль развивается из единственной аномальной клетки, которая приобретает способность нерегулируемого роста в результате мутации. Распространенность миомы матки составляет от 25 до 40% среди женщин репродуктивного возраста. Частота выявления заболевания повышается в среднем и старшем репродуктивном возрасте и снижается с наступлением менопаузы [1]. У пациенток старше 35 лет миома обнаруживается в более чем 50% случаев. Миомы матки могут различаться в размерах от микроскопического образования до гигантского миоматозного узла, грубо деформирующего полость матки. Большими считаются миоматозные узлы, диаметр которых превышает 4,0 см, гигантские миомы – это узлы, диаметр которых превышает 9,0 см, а вес достигает 800 г и более [2]. В большинстве публикаций отмечается, что распространенность больших миом невысока, особенно в развитых странах, что может быть обусловлено ранней диагностикой заболевания [3]. Проведенный анализ данных в системе PubMed в строке поиска с ключевыми словами «гигантская» или «большая миома матки» показал наличие единичных публикаций, в основном касающихся методов их оперативного лечения – миомэктомия и гистерэктомия. Клинический опыт хирургического отделения нашего ФГБУ «НМИЦАГиП» им. академика В.И. Кулакова МЗРФ показывает, что миомэктомия зани-

мает лидирующие позиции по оказанию хирургической помощи женщинам репродуктивного возраста с миомой тела матки. В среднем за год отделением выполняется около 221±15,3 миомэктомий. За последние 5 лет отмечена отчетливая тенденция к увеличению количества подобных операций и увеличение среднего возраста данной когорты пациенток. В практике хирурги все чаще сталкиваются с технически сложными операциями ввиду больших размеров миоматозных узлов у молодых пациенток с нереализованной репродуктивной функцией и настойчивым желанием сохранить орган, несмотря на сомнительный прогноз фертильности в будущем.

Больная М., 31 года, обратилась в поликлиническое отделение Центра с жалобами на отсутствие беременности в течение 10 лет регулярной половой жизни без контрацепции, тянущие боли внизу живота, периодические запоры. При изучении анамнеза выяснено, что пациентка наблюдалась по месту жительства с диагнозом «миома матки» в течение 8 лет. По данным первого ультразвукового исследования органов малого таза (2009 г.) тело матки было увеличено в размерах до 12 недель беременности за счет множественных миоматозных узлов с наибольшим диаметром 7 см. По месту жительства выполнена миомэктомия лапаротомным доступом. Пациентка динамически наблюдалась, консервативную терапию не получала. Через 4 года (2013 г.) зарегистрирован рецидив заболевания с проведением миомэктомии лапаротомным доступом. В послеоперационном периоде проводилась терапия агн-Рг в течение 4 месяцев. Через 4 года (2017 г.) вновь отмечен усиленный

рост миомы. В апреле 2017 г. больная госпитализируется в отделение общей хирургии Центра.

При сборе анамнеза среди перенесенных заболеваний отмечена железодефицитная анемия легкой степени тяжести (минимальное содержание Hb составляло 90 г/л). Наследственность не отягощена. Анализ репродуктивной функции показал, что менархе наступило в 13 лет, менструации установились сразу, цикл через 28 дней, регулярный, менструальное кровотечение – 5 дней, умеренное, безболезненное. При объективном осмотре рост женщины был 161 см, масса тела – 70 кг. При бимануальном исследовании всю полость малого таза занимает тело матки, увеличенное до 30–32 недель беременности, деформированное множественными миоматозными узлами, плотное, ограниченное в подвижности, безболезненное. Верхний полюс миомы достигает мечевидного отростка.

По УЗИ органов малого таза и брюшной полости тело матки представлено множественными миоматозными узлами различной формы и величины общим объемом 12760,3 см³. Размеры матки были длиной 15,2 см, толщиной – 10,7 см, шириной – 14,5 см. Эндометрий – 0,9 см. Левый яичник размерами 4,0 см x 3,6 см x 2,3 см. В правом яичнике определяется анэхогенное образование крупносетчатой структуры с нитями фибрина диаметром 7,1 см. Заключение: Множественная миома матки. Киста желтого тела правого яичника.

Результаты предоперационных лабораторных исследований показали снижение уровня гемоглобина в клиническом анализе крови до 101 г/л. Результаты исследования крови на онкомаркеры были в пределах референсных значений (СА 125 – 15,5 ед/мл; СЕА – 0,62 ед/мл), других стандартных обследований – в пределах нормальных величин. Больную осмотрел терапевт, анестезиолог, противопоказаний к оперативному лечению не выявлено. Пациентке установлен клинический диагноз: множественная миома матки больших размеров, бесплодие I (10 лет), анемия легкой степени тяжести. Пациентка категорически настаивала на органосохраняющей операции. Больной запланировано оперативное вмешательство в объеме: диагностическая лапароскопия, лапаротомия, миомэктомия, метропластика.

Распространенность миомы матки составляет от 25 до 40% среди женщин репродуктивного возраста. Частота выявления заболевания повышается в среднем и старшем репродуктивном возрасте и снижается с наступлением менопаузы. У пациенток старше 35 лет миома обнаруживается в более чем 50% случаев

Под комбинированным наркозом 17.04.2017 г. в асептических условиях в параумбиликальной области через продольный разрез кожи 10 мм иглой Вереша пунктирована брюшная полость, наложен карбоксиперитонеум, введен центральный троакар и оптика 10 мм. Обнаружено, что матка увеличена в размерах до 32

недель беременности, деформирована по всей поверхности миоматозными узлами. Визуализируется спаечный процесс в малом тазу: задняя стенка мочевого пузыря плотно припаяна к передней стенке матки без четкой визуализации границ, петли сигмовидной кишки с брыжейкой спаяны отдельными участками с поверхностью задней стенки матки с переходом на ее боковые стенки. Учитывая большие размеры матки, множество миоматозных узлов по всей поверхности матки, выраженный спаечный процесс в малом тазу, отсутствие визуализации границ органов, вовлеченных в спаечный процесс, принято решение о переходе на лапаротомию.

В практике хирурги все чаще сталкиваются с технически сложными операциями ввиду больших размеров миоматозных узлов у молодых пациенток с нереализованной репродуктивной функцией и настойчивым желанием сохранить орган, несмотря на сомнительный прогноз фертильности в будущем

В условиях реинфузии выполнена средне-нижне-срединная лапаротомия с обходом пупка слева. Миоматозные узлы миомы расположены межмышечно-субсерозно по задней стенке матки в виде конгломерата из узлов диаметром от 3,5 до 4,0 см, по передней стенке от 0,5 до 5,5 см, а также в дне матки диаметром 6,0 см и 5,0 см (рис. 1А, Б). Также в матке обнаружено множество мелких миоматозных узлов от 0,5 до 3,5 см. Придатки матки слева и правая маточная труба без видимых патологических изменений. С целью визуализации границ мочевого пузыря в него введено 250 мл метиленового синего. Выполнен адгезиолизис, стенка мочевого пузыря отсепарована острым и тупым путем и произведено разделение конгломерата с последующей мобилизацией матки. Петли толстой кишки с брыжейкой отделены от задней поверхности матки острым и тупым путем. С целью предупреждения и уменьшения интраоперационной кровопотери на шейку матки и пучки маточных сосудов наложены окклюзирующие турникеты. Миометрий рассечен в форме трилистника. Тупо и остро удалено множество миоматозных узлов общим количеством 95, массой 1950 г. (рис. 1Б). При вылушивании вскрыта полость матки. Выполнена метропластика с помощью трехрядных швов (рис. 2А, Б). Окклюзирующие турникеты сняты, отмечены точечные кровотечения, выполнен дополнительный гемостаз. Выполнена цистоскопия. Стенка мочевого пузыря без патологических изменений. Устья мочеточников расположены типично, равномерно перистальтируют с выбросом прозрачных струек мочи. В малый таз введена дренажная трубка. Туалет брюшной полости. Передняя брюшная стенка ушита послойно наглухо. Продолжительность операции составила 5 часов. Общая кровопотеря – 3000 мл. Произведена реинфузия аутоэритроцитов в объеме 1200 мл, Ht 60%. Макропрепарат отправлен на гистологическое исследование.

Рисунок 1. Ход операции: А – тело матки; Б – вылушивание конгломерата узлов миомы. Удалено 95 миоматозных узлов общей массой 1950 г

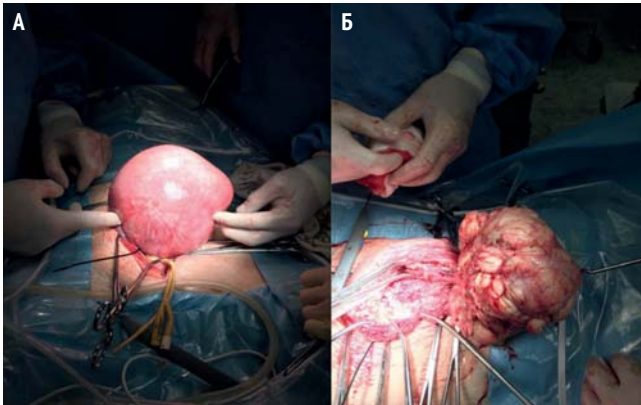
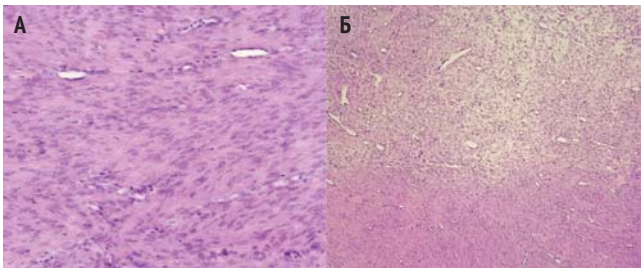
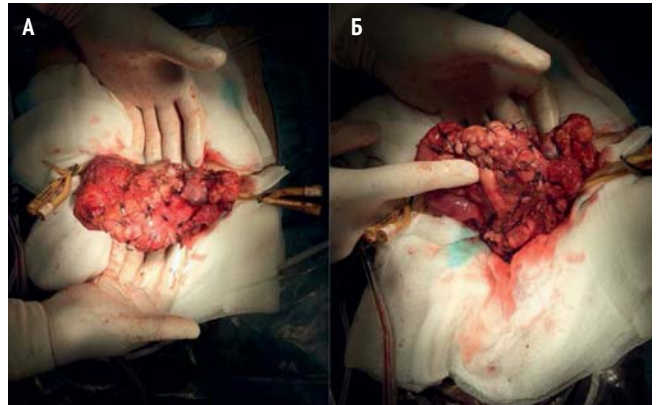


Рисунок 3. Гистологическое заключение: лейомиома матки с отеком стромы



В раннем послеоперационном периоде пациентка получала антибактериальную, инфузионно-корректирующую терапию, адекватное обезболивание. Проводилась профилактика тромбэмболических осложнений. В первые сутки после операции отмечена постоперационная анемия тяжелой степени (уровень гемоглобина – 62 г/л, эритроцитов – $2,21 \times 10^{12}$ г/л). Данных за внутрибрюшное кровотечение не получено. Выполнена трансфузия свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы одногруппной крови и фенотипа (резус-фенотип СсЕе, келлантисген – neg). Анемия скорректирована, на следующие сутки уровень гемоглобина составил 85 г/л. На 9-е сутки женщина выписана домой в удовлетворительном состоянии с рекомендациями о дальнейшем амбулаторном наблюдении. Учитывая объем оперативного вмешательства, планирование беременности рекомендовано отсрочить на срок до 10 месяцев с целью оптимального формирования рубца на матке. После получения результатов гистологического исследования – лейомиома матки с отеком стромы (рис. 3А, Б) больной рекомендован прием селективного модулятора прогестероновых рецепторов, применяемого для лечения миомы матки с целью противорецидивной терапии. Синтетический селективный модулятор прогестероновых рецепторов, характеризующийся тканеспецифичным частичным антипрогестероновым эффектом, активный при приеме внутрь, оказывает прямое действие на лейомиомы, подавляя клеточную пролиферацию и индуцируя апоптоз, что приводит к

Рисунок 2. Ход операции: окончательный вид метропластики. А – пучки лейомиоцитов; Б – участок стромы с отеком



уменьшению их размеров [4, 5]. Другими авторами отмечено, что улипристала оказывает смешанное тканеспецифическое агонистическое/антагонистическое влияние на рецепторы прогестерона в миометрии, эндометрии и гипофизе, не давая при этом побочного гипоэстрогенного эффекта [6]. В настоящее время применяется в мире с целью предоперационного лечения миомы матки и самостоятельного медикаментозного лечения лейомиом матки [7].

Распространенность бесплодия в популяции составляет 10–15%. Наличие связи между бесплодием и миомой матки, а также послеоперационным состоянием по поводу этой патологии до сих пор остается спорным вопросом

Улипристала ацетат – снижает риск послеоперационных осложнений, кровопотерю и позволяет воздержаться от операции. Курсы терапии уменьшают размеры миомы, сохраняя яичниковый резерв [8].

Рисунок 4. А – МРТ органов малого таза через 6 месяцев после операции: размеры матки: длина 15,2 см, толщина 10,7 см, ширина 14,5 см. Эндометрий 0,9 см. Б – УЗИ органов малого таза через 9 месяцев после операции: длина 7,3 см, толщина 6,7 см, ширина 7,9 см. Эндометрий 0,5 мм



Спустя 3 месяца после операции пациентка пришла на контрольный осмотр. Жалоб женщина не предъявляла. Принимала улипристал в назначенном режиме. Выполнено МРТ органов малого таза (рис. 4А, Б). Матка размера: продольный – 10,7 см, поперечный – 8,1 см, переднезадний – 6,6 см. Стенки матки неравномерной толщины.

Улипристала ацетат – снижает риск послеоперационных осложнений, кровопотерю и позволяет воздержаться от операции. Курсы терапии уменьшают размеры миомы, сохраняя яичниковый резерв

В миометрии выявляются множественные очаги эндометриоза и миоматозные узлы, артефакты от шовного материала, рубцовые изменения. На фоне выраженных изменений стенки матки, отека изменений в миометрии определяются множественные миоматозные узлы от 0,3 см до 1,7 см, максимальные узлы расположены: субсерозный по задней стенке перешейка и шейки матки справа, размерами 1,8 см и 1,6 см, интерстициальный до 1,7 см по задней стенке матки. Полость матки прослеживается недостаточно, деформирована, функциональный эндометрий – 0,3 см, неоднородного гипоинтенсивного МР-сигнала, неравномерной толщины. Женщина динамически наблюдалась. На последнем амбулаторном визите (спустя 11 месяцев) при УЗИ визуализируется матка размерами: длина – 7,3 см, толщина – 6,7 см, ширина – 7,9 см. В миометрии визуализировались миоматозные узлы от 1,0 см до 2,0 см в диаметре (№7). Полость матки не расширена, не деформирована. Эндометрий 0,4 см. Правые и левые придатки без патологических образований. Пациентка направлена к репродуктологу с целью решения вопроса планирования беременности.

ОБСУЖДЕНИЕ

Распространенность бесплодия в популяции составляет 10–15% [9]. Наличие связи между бесплодием и миомой матки, а также послеоперационным состоянием по поводу этой патологии до сих пор остается спорным вопросом. Среди возможных механизмов, приводящих к бесплодию при миоме матки, выделяют: нарушение миграции сперматозоидов, транспорта яйцеклеток, нарушение имплантации; деформацию полости матки, местные воспалительные реакции, ассоциированные с наличием субмукозных узлов; нарушение кровоснабжения эндометрия [10], а также расположение миоматозных узлов в области цервикального канала и устьев маточных труб [11]. Несмотря на успехи, достигнутые в хирургии на современном этапе, гистерэктомия остается единственной хирургической тактикой, позволяющей добиться полного излечения заболевания. Учитывая все большее распространение миомы матки среди молодых женщин с нереализованной репродуктивной функцией, гистерэктомия не только нецелесообразна, но и не всегда допустима. По последним данным, частота наступления само-

ЭСМИЯ ПРОДОЛЖАЕТ МЕНЯТЬ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ



Эсмия® – первый препарат для долгосрочной терапии миомы матки¹

- Зарегистрирован для курсового лечения¹
- Быстрый, надежный и длительный контроль кровотечений²
- Выраженное и устойчивое уменьшение размеров узлов²
- Улучшение качества жизни пациенток²
- Хорошая переносимость²

1. ESMYA® SmPC. May 2018.

2. Donnez J, et al. Fertil Steril 2016;105:165–73.e4.

Реклама

ЭСМИЯ®
улипристала ацетат

Более 750 000 женщин получили лечение



ГЕДЕОН РИХТЕР

произвольной беременности у пациенток после стандартной миомэктомии лапароскопическим доступом колеблется от 45 до 61% и зависит от количества, локализации узлов и выбранного доступа оперативного вмешательства [12].

По последним данным, частота наступления самопроизвольной беременности у пациенток после стандартной миомэктомии лапароскопическим доступом колеблется от 45 до 61% и зависит от количества, локализации узлов и выбранного доступа оперативного вмешательства

При этом отдельной статистики, освещающей частоту наступления беременности после удаления больших и гигантских миоматозных узлов, нет. В единственной публикации, которую нам удалось найти, авторами из Узбекистана [13] были описаны репродуктивные исходы 83 случаев метропластики. Из 83 прооперированных

пациенток 11 (13,2%) до настоящего времени проходят восстановительное лечение, у 35 (42,1%) пациенток наступила самостоятельная беременность, при этом лишь 25 (30,1%) смогли выносить данную беременность, родоразрешение было проведено путем кесарева сечения.

В нашем клиническом случае, несмотря на полный объем проведенного хирургического вмешательства, успешное удаление узлов миомы и относительно благоприятный послеоперационный период, репродуктивный прогноз для данной пациентки остается сомнительным. В мире, несмотря на достигнутые успехи в решении проблемы, существующие методы несовершенны, дискуссионны и требуют оптимизации и совершенствования. Также влияние оперативных вмешательств на матку (миомэктомии, метропластики) как на естественную фертильность, так и на результативность вспомогательных репродуктивных технологий остается спорным [12].



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Mettler L, Schollmeyer T, Tinelli A, Malvasi A, Alkatout I. Complications of uterine fibroids and their management, surgical management of fibroids, laparoscopy and hysterectomy versus hysterectomy, haemorrhage, adhesions, and complications. *Obstet Gynecol Int.* 2012; 2012: 791248.
- Santana Pedraza T, Estepa Perez JL, and Enteza MJF. Giant Uterine Fibromyoma. *Report of a Case. Medisur.* 2013, 11.
- Jonas HS. Giant uterine tumors: case report and review of the literature. *Obstet Gynecol.* 1977, 50 (1 Suppl): 2s-4s.
- Donnez J, Arriagada P, Donnez O, Dolmans M. Current management of myomas: the place of medical therapy with the advent of selective progesterone receptor modulators. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015 Dec; 27(6): 422-31.
- Donnez J, Arriagada P, Donnez O, Dolmans M. Emerging treatment options for uterine fibroids. *Expert Opin Emerg Drugs.* 2018 Mar; 23(1): 17-23.
- Адамян Л.В., Зайратьянц О.В., Тихомиров А.Л. и др. Антипролиферативное и проапоптотическое действие селективного модулятора рецепторов прогестерона улипристала на лейомиому матки in vivo. *Пробл. репродукции.* 2014. 3: 25-28. / Adamyan LV, Zayratyants OV, Tikhomirov AL, et al. The antiproliferative and pro-apoptotic effect of the selective progesterone receptor modulator Ulipristal on uterine leiomyoma in vivo. *Probl. of reproduction.* 2014. 3: 25-28.
- Тихомиров А.Л., Казенашев В.В. Улипристала ацетат – новые возможности в лечении лейомиомы матки. А.Л. Тихомиров, В.В. Казенашев. *Акушерство и гинекология*, 9, 2013. 97-100. / Tikhomirov AL, Kazenashev VV. Ulipristal acetate: new possibilities in the treatment of uterine leiomyoma. *Tikhomirov AL, Kazenashev VV. Obstetrics and Gynecology.* 9, 2013. 97-100.
- Карахалис Л.Ю., Дубинина Е.И., Папова Н.С., Биттар Н.В., Журавлева Е.А., Турченко О.В. Современные подходы к лечению миомы матки. *Акушерство и гинекология.* 2015, 11. / Karakhalis LYu, Dubinina EI, Papova NS, Bittar NV, Zhuravleva EA, Turichenko OV. Modern approaches to the treatment of uterine myoma. *Obstetrics and gynecology.* 11, 2015.
- Evers JL. Female subfertility. *Lancet.* 2002, 360: 151-159.
- Ng EH, Ho PC. Doppler ultrasound examination of uterine arteries on the day of oocyte retrieval in patients with uterine fibroids undergoing IVF. *Hum Reprod.* 2002, 17: 765-770.
- Oliveira FG, Abdelmassih VG, Diamond MP, Dozortsev D, Melo NR, Abdelmassih R. Impact of subserosal and intramural uterine fibroids that do not distort the endometrial cavity on the outcome of in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril.* 2004, 81: 582-587.
- Миома матки: диагностика лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. Под ред. Л.В. Адамян. М., 2015. 100. / Uterine myoma: diagnosis, treatment and rehabilitation. Clinical guidelines for managing patients, under the editorship of L.V. Adamyan, Moscow, 2015. 100.
- Karimov Z, Khusankhodjaeva M, Abdikulov B. Myomectomy in the pregnant. *Medical and Health Science Journal (online).* 9, 2011: 38-46.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Буралкина Наталья Александровна – д.м.н., старший научный сотрудник хирургического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Власова Галина Александровна – ординатор 2-го года, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Вередченко Александр Викторович – к.м.н., хирург хирургического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Чурсин Вячеслав Владимирович – хирург хирургического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Асатунова Александра Вячеславовна – к.м.н., старший научный сотрудник, патолого-анатомическое отделение, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Федоткина Елена Петровна – к.м.н., врач ультразвуковой диагностики, отделение ультразвуковой и функциональной диагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Кулабухова Елена Александровна – к.м.н., врач-рентгенолог, отделение лучевой диагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России

Чупрынин Владимир Дмитриевич – к.м.н., заведующий хирургическим отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России