

Синчихин С.П.¹, Караваев В.Е.², Степанян Л.В.¹, Ханмирзоева С.Х.³

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ СУБМУКОЗНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА

¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, 414000, г. Астрахань, Россия;

²ГБУЗ АО «Ахтубинская районная больница», 416504, г. Ахтубинск, Астраханская область, Россия;

³ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» России, «Астраханская клиническая больница», 414016, г. Астрахань, Россия

Для корреспонденции: Синчихин Сергей Петрович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, 414000. г. Астрахань, e-mail: Doc_sinchihin@mail.ru

Представлены собственные данные о распространённости миомы матки у женщин в разных возрастных группах, а также с бесплодием, невынашиванием беременности и другими заболеваниями внутренних половых органов.

Рассмотрен необычный случай сочетания маточной формы беременности и субмукозно расположенного миоматозного узла больших размеров. Показано, что использование новых оригинальных технологий способствует снижению кровопотери при одновременном выполнении хирургического родоразрешения и миомэктомии.

Ключевые слова: беременность; субмукозная миома матки; клиника; абдоминальное родоразрешение; миомэктомия.

Для цитирования: Синчихин С.П., Караваев В.Е., Степанян Л.В., Ханмирзоева С.Х. Беременность при субмукозном расположении миоматозного узла. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2019; 6(1): 51–54. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-1-51-54>

Sinchikhin S.P.¹, Karavayev V.E.², Stepanyan L.V.¹, Khanmirzoeva S.Kh.³

PREGNANCY IN SUBMUCOUS LOCATION OF THE MYOMATOUS NODE

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, 414000, Russian Federation;

²Akhtubinsky District Hospital, Akhtubinsk, 416504, Russian Federation;

³Southern District Medical Center of the Federal Medical-Biological Agency of Russia, Astrakhan Clinical Hospital, Astrakhan, 414016, Russian Federation

There are presented own data on the prevalence of uterine fibroids in women in different age groups, as well as with infertility, miscarriage and other diseases of the internal genital organs. An unusual case of a combination of the uterine form of pregnancy associated with a large submucous myoma node is considered. The use of new original technologies was shown to contribute to the reduction of blood loss during simultaneously performing surgical delivery and myomectomy.

Keywords: pregnancy; submucous myoma of the uterus; clinic; abdominal delivery; myomectomy.

For citation: Sinchikhin S.P., Karavayev V.E., Stepanyan L.V., Khanmirzoeva S.Kh. Pregnancy in submucous location of the myomatous node. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2019; 6(1): 51–54. (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-1-51-54>

For correspondence: Sergey P. Sinchikhin, MD, Ph.D. DSci, professor, head of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Medical Faculty of Astrakhan State Medical University, 414000, Astrakhan, Russian Federation. E-mail: Doc_sinchihin@mail.ru

Information about authors:

Sinchikhin S.P., <https://orcid.org/0000-0001-6184-1741>

Karavayev V.E., <https://orcid.org/0000-0001-9550-6765>

Stepanyan L.V., <https://orcid.org/0000-0002-8285-3722>

Khanmirzoeva S.Kh., <https://orcid.org/0000-0001-8863-8938>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 11.02.2019

Accepted 17.02.2019

К наиболее часто встречающимся опухолям внутренних половых органов у женщин относится миома матки. В структуре гинекологической патологии она занимает 2-е место после воспалительных заболеваний. Это заболевание наблюдается у 24 млн женщин в европейских государствах, а в северо-американских странах — у 20 млн пациенток [1–3].

Результаты наших собственных исследований показывают, что миому матки при профосмотрах выявляют

у 18–20% женщин, при беременности — у 8–10% пациенток, среди больных гинекологических стационаров — у 25–30%, а среди всех оперированных женщин морфологические признаки доброкачественной опухоли матки диагностируют в биопсийном материале в 85% наблюдений [3].

По нашим данным, миому матки чаще (до 65% случаев) выявляют в возрасте 40–50 лет, когда клинические проявления заболевания заставляют женщину об-

ращаться за медицинской помощью. Однако в возрасте 21–36 лет миома матки наиболее часто сочетается с бесплодием (до 21%), невынашиванием беременности (до 27%), дисфункцией яичников (до 29%) [3].

В последние годы отмечается «омоложение» заболеваний, что некоторые исследователи связывают с ростом частоты воспалительных заболеваний половых органов и ранним началом сексуальных отношений [1]. По нашим данным, среди всех женщин, у которых с помощью ультразвукового исследования обнаруживают фиброматозные узлы, пациентки в возрасте до 21 года встречаются в 4% наблюдений.

В репродуктивном возрасте при патогенетическом развитии отмечается рост миоматозных узлов [2]. При этом без медикаментозной сдерживающей терапии наиболее интенсивное ежегодное увеличение наблюдается при межмышечном расположении узлов, так как при данной локализации доброкачественная опухоль матки находится в оптимальных условиях по кровоснабжению. Более медленный рост отмечен при субсерозном расположении миоматозного узла. Однако любые, даже небольшие размеры узла при данной локализации могут создавать urgentную ситуацию, связанную с перекрутом длинной «ножки». Наиболее медленно, учитывая наименьшее кровоснабжение, увеличиваются в размерах субмукозные миоматозные узлы. Однако при наличии узла данной локализации имеются клинические проявления, которые являются поводом для обращения женщины за медицинской помощью: межменструальные кровянистые выделения из половых путей, бесплодие, невынашивание беременности и др.

В настоящее время мы придерживаемся мнения, что при наличии у пациентки миоматозного узла размером в диаметре более 40 мм или при субмукозном его расположении необходимо в индивидуальном порядке в прегравидарном периоде проводить специальное лечение, направленное на уменьшение его размеров или удаление (медикаментозная терапия, миомэктомия и др.) [3]. Это обусловлено тем, что в гестационном периоде при продолжающемся ускоренном росте миомы матки многократно увеличивается риск развития ишемии миометрия в зоне расположения узла, а при расположении узла, деформирующем контуры полости матки, возникает высокий риск невынашивания беременности. Вместе с тем встречаются и необычные клинические случаи, которые представляют профессиональный интерес. С одним из таких клинических случаев мы хотим вас познакомить.

П а ц и е н т к а Б ., 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с клиническими признаками угрозы выкидыша на сроке 7–8 нед гестации. Из анамнеза было известно, что данная беременность была первой, желанной. На учёт по беременности в женскую консультацию пациентка встала в 6–7 нед, после проведения ультразвукового исследования, при котором была диагностирована не только маточная беременность, но и наличие субмукозно расположенного миоматозного

узла больших размеров. После этого пациентке рекомендовали прервать беременность и провести миомэктомию, от чего она категорически отказалась. Пациентка указывала, что за медицинской помощью по поводу экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваний не обращалась.

В день поступления в стационар выполнено сонографическое исследование, в ходе которого диагностировано наличие плодного яйца с гестационными размерами 7–8 недель, а также ретрохориальной гематомы и субмукозно расположенного на задней стенке матки миоматозного узла (размерами 77 × 64 мм). Проведение консервативной гемостатической терапии и в целом сохраняющей терапии было эффективным, пациентка с прогрессирующей беременностью была выписана из гинекологического отделения через 10 дней стационарного лечения.

Следует отметить, что в последующем клинические признаки прерывания беременности с наличием ретрохориальной гематомы повторились на сроке 11–12 недель гестации. При этом проведённая терапия, направленная на пролонгирование беременности, оказалась также эффективной.

Мы сторонники профилактического проведения метаболической терапии в гестационном периоде у пациенток группы риска по развитию дисфункции плаценты, так как считаем, что данная терапия позволяет улучшить функцию фетоплацентарного комплекса и предупредить в некоторых случаях прогрессирование плацентарной недостаточности [4, 5]. Вместе с тем, несмотря на проводимую профилактическую терапию по улучшению функции планеты, задержка внутриутробного развития плода на фоне миомы матки в рассматриваемом клиническом случае наблюдалась, однако состояние плода на протяжении всего гестационного срока было удовлетворительным и не вызывало каких-либо опасений.

В 35 недель гестационного периода у беременной пациентки наблюдалась железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести, по поводу чего проводилась противоанемическая терапия.

На сроке 38 нед в акушерском стационаре выполнено ультразвуковое исследование, в ходе которого обнаружено, что общие размеры субмукозного узла равнялись 88 × 64 мм, а его эхографическая структура свидетельствовала об отёке его ткани. Головка плода находилась ниже расположения узла. Учитывая появление скудных кровянистых выделений из матки и данные сонографии, а также принимая во внимание необычность клинической ситуации, было решено провести абдоминальное родоразрешение и выполнить хирургическое органосохраняющее лечение миомы матки. При этом с целью снижения интраоперационной кровопотери решили использовать ранее разработанные нами способы, на которые были получены патенты РФ на изобретения [6, 7].

В частности, для предупреждения развития коагулопатического кровотечения в период проведения раз-

реза передней брюшной стенки во время операции кесарева сечения последовательно внутривенно струйно в периферическую вену пациентки вводили 10 мл 10% раствора глюконата кальция и 10 мл транексамовой кислоты (патент РФ № 2629040 на изобретение «Способ профилактики коагулопатического кровотечения при кесаревом сечении») [6].

Предлагаемая дозировка вышеуказанных препаратов является наиболее оптимальной для достижения быстрого лекарственного гемостаза в периоперационном периоде, а также безопасной не только для оперируемой пациентки, но и для новорождённого, так как максимальная концентрация лекарственных веществ в организме матери наступает после извлечения плода из матки.

Механизм действия глюконата кальция заключается в усилении коагуляции и быстром тромбировании дефекта сосудистой стенки. Это связано с тем, что ионы кальция относятся к IV плазменному фактору свёртывающей системы крови и играют определённую роль в последовательной активации других плазменных факторов свёртывания (II, III, Va, Xa, XIa, XIIa, XIIIa). Кроме того, кальций принимает участие в сокращении гладкой мускулатуры тела матки, что положительно сказывается на профилактике гипотонии матки.

Фармакокинетика другого препарата, который используется в данном изобретении, заключается в том, что транексамовая кислота препятствует переходу профибринолизина (плазминогена) в фибринолизин (плазмин), то есть транексамовая кислота угнетает фибринолитическую активность системы гемостаза и замедляет рассасывание образовавшегося тромба в повреждённом сосуде. Использование транексамовой кислоты не повышает системный коагуляционный потенциал крови у беременных женщин. Следовательно, вероятность развития тромбоза у данной категории беременных не выше, чем у пациенток, не принимавших данный препарат. Применение препарата транексамовой кислоты способствует снижению кровоточивости тканей во время и после операции, сокращению объёма кровопотери, а следовательно, и потребности в трансфузии донорских эритроцитов. Дополнительным важным фармакологическим свойством транексамовой кислоты является её противовоспалительное действие, которое обусловлено подавлением образования кининов, провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли, интерлейкина-1, интерлейкина-2) и других активных пептидов, участвующих в воспалительных и аллергических реакциях [6].

Для проведения деваскуляризации матки во время операции кесарева сечения в данном клиническом случае мы применяли разработанный нами оригинальный метод временной механической ишемии матки, согласно разработанному изобретению (патент РФ № 2638459 «Способ снижения кровопотери при операции кесарева сечения») [7].

В рассматриваемом изобретении используется петля из пластика (рис. 1), которая обладает необходимой пластичностью и прочностью, имеет удобный замок для её надёжной фиксации и после применения легко срезается ножницами. Данная пластиковая петля с замком входит в реестр медицинских изделий и имеет низкую себестоимость.

Основные этапы выполнения указанного метода осуществляются следующим образом. Во время операции кесарева сечения после хирургического разреза на матке, извлечения плода и последа из полости матки к области перешейка матки с захватом её связок и проходящих в них сосудов подводят пластиковую затягивающую петлю с замком, которую накладывают ниже разреза на матке, туго затягивают и фиксируют в замке. Затем ушивают операционную рану на матке, после чего пластиковую петлю срезают ножницами и извлекают из брюшной полости [7].

Отличительными особенностями предлагаемого способа являются простота выполнения, не требующая высокой квалификации врача, возможность быстрого проведения манипуляции и отсутствие системного воздействия на организм. Кроме того, сдавление с помощью пластиковой петли в области перешейка матки основных кровоснабжающих её сосудов способствует временной ишемии как верхнего, так и нижнего сегментов матки.

Дополнительным преимуществом разработанного способа является то, что его можно использовать не только для профилактического уменьшения кровопотери во время операции кесарева сечения, но и для остановки развившегося маточного кровотечения. Следует ещё раз подчеркнуть, что сжатие тканей в области перешейка матки и сдавление маточных сосудов не оказывают отрицательного влияния на сократительную способность миометрия. Практическая значимость предложенного способа заключается в уменьшении кровопотери и предупреждении (на 60%) периоперационных осложнений [7].

При выполнении абдоминального родоразрешения извлечён живой доношенный ребёнок женского пола, с массой тела 2600 г, ростом 51 см и оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.

После наложения пластиковой петли ниже разреза на матке и фиксации её в замке (рис. 2) осмотрена по-

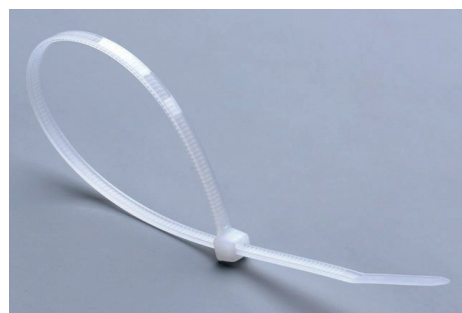


Рис. 1. Пластиковая петля с замком.

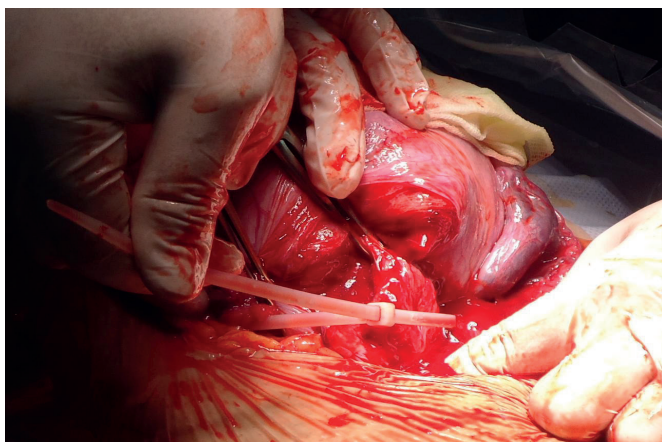


Рис. 2. Наложение и затягивание петли в замке ниже операционного разреза на матке.



Рис. 3. Осмотр полости матки и субмукозно расположенного миоматозного узла.



Рис. 4. Удалённый миоматозный узел.

лость матки и обнаружено, что по задней стенке матки располагается субмукозный узел диаметром 90 мм, мягкой консистенции (рис. 3). Произведена энуклеация вышеуказанного узла (рис. 4), при этом его ложе ушито отдельными викриловыми швами в один ряд. Общая интраоперационная кровопотеря составила 450 мл.

Наблюдение в послеоперационном периоде за родильницей и её новорождённым ребёнком не выявило каких-либо осложнений. На 5-е сутки после хирургического родоразрешения они были выписаны из родо-вспомогательного стационара.

Таким образом, представленный клинический случай показывает, что благоприятный исход для матери и плода при подслизистом расположении миоматозного узла возможен. Однако его можно всё-таки отнести к исключительно редким случаям. Принимая решение о сохранении беременности при вышеуказанной локализации миомы матки, пациентка должна понимать всю меру ответственности за себя и будущего ребёнка. Вместе с тем внимательное отношение со стороны медицинских работников к ведению беременности с наличием патологического состояния матки и применение новых технологий при оперативном родоразрешении способствуют благоприятному акушерскому и перинатальному исходу у пациенток с необычными клиническими ситуациями.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никитина Е.С., Рымашевский А.Н., Набока Ю.Л., Рымашевский М.А., Бабаева М.Л. Микробиоценоз влагалища при миоме матки. *Таврический медико-биологический вестник*. 2016; 2: 104-7.
2. Тихомиров А.Л. Современное медикаментозное лечение миомы матки — возможность избежать гистерэктомии и её негативных последствий. *Медицинский алфавит*. 2017; 10: 17-22.
3. Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Магакян С.Г. Алгоритм лечебно-профилактической тактики ведения пациенток с миомой матки. *Гинекология*. 2015; 3: 4-8.
4. Зайналова С.А., Синчихин С.П., Степанян Л.В. Плацентарная недостаточность — вопросы этиопатогенеза, диагностики, клиники и терапии. *Астраханский медицинский журнал*. 2014; 2: 15-23.
5. Иванов И.И., Брауде И.Е. Эффективность современной диагностики и лечения плацентарной дисфункции во время беременности. *Таврический медико-биологический вестник*. 2013; 2: 159-60.
6. Синчихин С.П., Сарбасова А.Е., Степанян Л.В., Мамиев О.Б. Предупреждение повышенной кровопотери и коагулопатического кровотечения при абдоминальном родоразрешении. *Гинекология*. 2017; 19: 46-50.
7. Синчихин С.П., Сарбасова А.Е., Мамиев О.Б., Степанян Л.В., Русецкая Н.П., Григорян Н.В. Транзиторная механическая ишемия матки при операции кесарева сечения у юных женщин. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2017; 1: 51-8.

REFERENCES

1. Nikitina E.S., Rymashevskiy A.N., Naboka Yu.L., Rymashevskiy M.A., Babayeva M.L. Vaginal microbiocenosis with uterine myoma. *Tavriskiy mediko-biologicheskij vestnik*. 2016; 2: 104-7. (in Russian)
2. Tikhomirov A.L. Modern medical treatment of uterine fibroids — the ability to avoid hysterectomy and its negative effects. *Meditinskij alfavit*. 2017; 10: 17-22. (in Russian)
3. Sinchikhin S.P., Mamiyev O.B., Magakyan S.G. Algorithm of treatment-and-prophylactic tactics of management of patients with uterine myoma. *Ginekologiya*. 2015; 3: 4-8. (in Russian)
4. Zaynalova S.A., Sinchikhin S.P., Stepanyan L.V. Placental insufficiency — issues of etiopathogenesis, diagnosis, clinic and therapy. *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2014; 2: 15-23. (in Russian)
5. Ivanov I.I., Braude I.E. The effectiveness of modern diagnosis and treatment of placental dysfunction during pregnancy. *Tavriskiy mediko-biologicheskij vestnik*. 2013; 2: 159-60. (in Russian)
6. Sinchikhin S.P., Sarbasova A.E., Stepanyan L.V., Mamiyev O.B. Prevention of increased blood loss and coagulopathic bleeding during abdominal delivery. *Ginekologiya*. 2017; 19: 46-50. (in Russian)
7. Sinchikhin S.P., Sarbasova A.E., Mamiyev O.B., Stepanyan L.V., Rusetskaya N.P., Grigoryan N.V. Transient mechanical ischemia of the uterus during cesarean section in young women. *Reproduktivnoye zdorov'ye detey i podrostkov*. 2017; 1: 51-8. (in Russian)