

Беременность у пациенток с миомой матки. Реальная клиническая практика

Миома матки (ММ), лейомиома – доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки и тела матки. Изменение размеров миомы во время беременности связано с повышением уровня эстрогенов, прогестерона, хорионического гонадотропина человека и усилением маточного кровотока.

Во время беременности, ММ обычно имеет бессимптомное течение. Развитие осложнений определяется размерами миоматозных узлов, их числом, расположением относительно слоев матки, а также локализацией миомы относительно плаценты и нижнего сегмента матки. Среди возможных клинических проявлений во время беременности наиболее распространены на ранних сроках боль, кровотечение и угроза прерывания, в более поздние сроки возможны отслойка плаценты, разрыв плодных оболочек, угроза преждевременных родов.



СТАТИСТИКА

Частота встречаемости ММ у беременных – 1,6–10,7%

Размеры миомы не изменяются (<10% изменений) в течение всей беременности у 50–60%, увеличиваются у 22–32% и уменьшаются у 8–27% женщин

Среднее увеличение объема миомы во время беременности – $12 \pm 6\%$, очень немногие узлы увеличиваются более чем на 25%

Характер роста миомы во время беременности нелинейный, наибольшее увеличение – в I триместре, с незначительным ростом во II и III триместре

При исходно больших размерах (>5 см) высока вероятность дальнейшего роста узла на фоне беременности, при небольших размерах – опухоль чаще всего не изменяется

У 90% женщин с ММ, диагностированной в I триместре, через 3–6 мес после родов отмечается регресс размеров узлов, и только у 10% сохраняется тенденция к их увеличению

Болевой синдром

Частота болевого синдрома, ассоциированного с ММ, возрастает с увеличением размеров опухоли и особенно выражена при достижении ею 7–10 см. В большинстве случаев боль носит локализованный характер, крайне редко сопровождается умеренным лейкоцитозом, лихорадкой, тошнотой и рвотой. Боль обычно появляется в конце I или начале II триместра беременности, что соответствует периоду наибольшего роста миомы и вероятности развития в ней дегенеративных изменений. Боль может быть и результатом частичной обструкции питающих сосудов или перекутом ножки узла.

Риски

Быстрый рост миомы сопровождается снижением перфузии ткани, ишемией, некрозом («красная дегенерация») и образованием большого количества простагландинов и провоспалительных цитокинов.

При субмукозной локализации узлов или наличии множественной миомы значимо повышен риск прерывания беременности. При интерстициальной и субсерозной локализации узлов не установлено связи между наличием миомы и риском раннего прерывания беременности, но возрастает вероятность преждевременных родов. Наибольший риск обнаружен у пациенток с множественной миомой, при плацентации в проекции миоматозного узла и его размере более 5 см.

Наличие ММ влияет на силу маточных сокращений, нарушает скоординированное распространение сократительной волны по миометрию, приводит к развитию аномалий родовой деятельности и тахисистолии (>5 сокращений за 10 мин); увеличивает частоту родоразрешения путем операции кесарева сечения (КС), особенно при локализации узла в нижнем сегменте матки.

Миомэктомия

Вопрос о целесообразности проведения предконцепционной миомэктомии решается в каждом конкретном случае и зависит от возраста пациентки, ее прошлого репродуктивного анамнеза, тяжести симптомов, размера и расположения миомы. Проведение миомэктомии во время беременности и КС должно быть максимально ограничено в связи с рисками кровотечения, разрыва матки, прерывания беременности и преждевременных родов.

Аспекты купирования болевого синдрома

В случае развития болевого синдрома во время беременности показана госпитализация. Терапия нестероидными противовоспалительными препаратами должна быть ограничена 32 нед беременности ввиду риска преждевременного закрытия артериального протока, развития неонатальной легочной гипертензии, олигогидрамниона и фетальной/неонатальной дисфункции тромбоцитов.

Рис. 1. Миома матки в 24 нед беременности: а – миоматозный узел; б – ЦДК в узле; в – кистозные полости в узле.

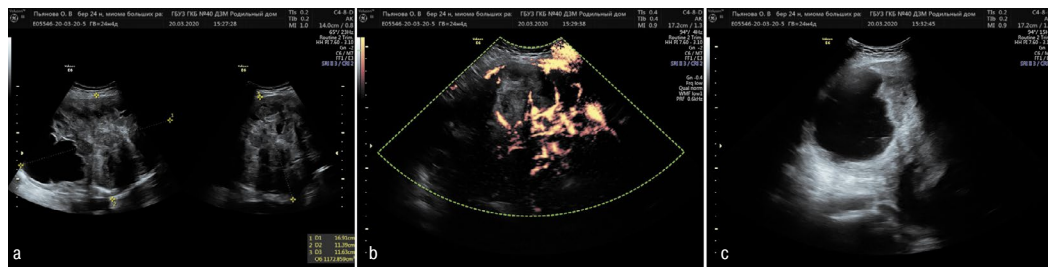
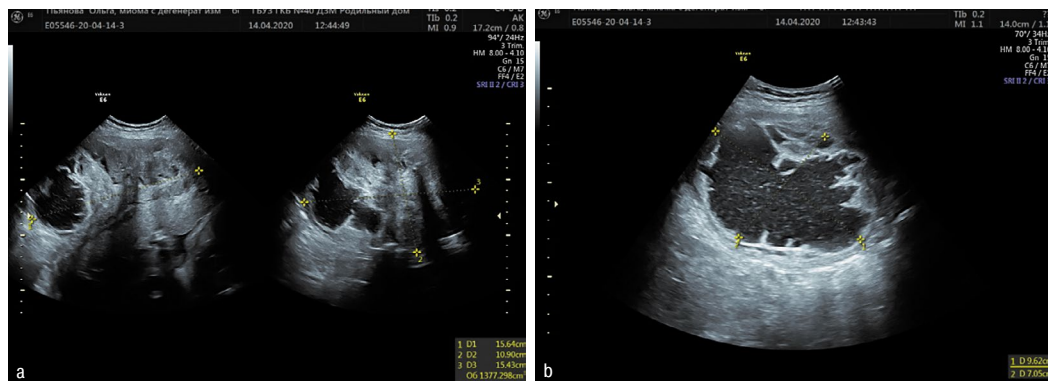


Рис. 2. Миома матки в 28 нед беременности: а – миоматозный узел; б – кистозная полость.



Родоразрешение

В большинстве случаев женщины с ММ родоразрешаются естественным путем. КС проводится по стандартным акушерским показаниям. Плановое – может быть рекомендовано для пациенток с большими размерами узла (>8 см) и локализацией опухоли в нижнем маточном сегменте. Не рекомендовано проводить плановую миомэктомию во время КС, поскольку это увеличивает вероятность кровотечения. Могут быть удалены узлы с явными признаками дегенеративных изменений в случае, если не удалось избежать травматизации узла при гистеротомии или имеется узел на тонкой ножке.

ВАЖНО! Пациентки, у которых удалена миома на ножке, не нуждаются в специальном наблюдении во время родов.

Клиническое наблюдение

В консультативно-диагностическое отделение родильного дома ГKB №40 обратилась первобеременная пациентка П. 1988 г. рождения в сроке беременности 12 нед 5 дней для проведения биохимического скрининга.

В 2015 г. впервые выявлена ММ диаметром до 3 см с субсерозной локализацией узла, без динамики роста узла до наступления беременности.

При скрининговом ультразвуковом исследовании (УЗИ) выявлен конгломерат миоматозных узлов, локализованных интерстициально-субсерозно по передней стенке матки, размерами 138×87×103 мм (объем – 650 см³). При цветовом доплеровском картировании (ЦДК) – умеренный периферический и центральный кровоток (среднескоростной, среднерезистентный). Структура узлов неоднородная, с участками повышенной и пониженной эхогенности с кистозными

полостями. По результатам скрининга выявлен повышенный риск развития преэклампсии и задержки роста плода, в связи с чем назначена ацетилсалициловая кислота в дозе 150 мг/сут.

Течение I триместра осложнилось угрозой прерывания беременности (терапия микролизированным прогестероном 200 мг 2 раза в сутки) и рвотой беременных легкой степени (снижение массы тела на 3 кг).

Во II триместре диагностирована эссенциальная тромбоцитемия (число тромбоцитов – 550 тыс.), и по рекомендациям гематолога назначен эноксапарин натрия в дозе 40 мг/сут.

На протяжении всего периода беременности в проекции конгломерата миоматозных узлов сохранялись боли тянущего характера, усилившиеся в 24–25 нед. Диагностирована угроза преждевременных родов, проведен стационарный курс токолитической терапии (нифедипин) и профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (дексаметазон 24 мг).

В 24 нед беременности при УЗИ субсерозный миоматозный узел был размером 170×113×116 мм (объем – 1170 см³), неоднородной структуры, с участками повышенной, пониженной эхогенности, с кистозными полостями (наибольшая – 74×70 мм) и интенсивным интранодулярным высокоскоростным кровотоком (36 см/с, индекс резистентности IR=0,57); рис. 1.

В 28 нед в связи с нарастанием болевого синдрома, подозрением на нарушение питания в миоматозном узле и угрожающими ранними преждевременными родами (укорочение шейки матки до 22 мм) пациентка повторно госпитализирована. Проведен курс токолитической терапии (нифедипин), антибактериальная (ампициллин 1000 мг 4 раза в сутки

5 дней) и антикоагулянтная терапия (эноксапарин натрия 40 мг).

При контрольном УЗИ – увеличение размеров узла до 188×110×156 мм (объем – 370 см³) и кистозной полости до 96×70 мм, содержимое которой имело мелкодисперсный характер. Общая структура узла пониженной эхогенности, с единичными локусами ЦДК, что свидетельствовало об отеке тканей узла и вторичных изменениях (рис. 2).

В 30 и 34 нед – повторные госпитализации в связи с сохраняющимся риском преждевременных родов и жалобами пациентки.

В 30 нед беременности размеры узла – 162×98×123 мм (объем – 998 см³), кистозная полость уменьшилась до 70×74 мм, а содержимое приобрело анэхогенный характер. В 34 нед миоматозный узел уменьшился до размеров 144×86×122 мм (объем – 810 см³), кистозная полость уменьшилась до 64×40 мм (рис. 3).

В 37,6 нед беременная родоразрешена путем операции КС. Показанием для оперативного родоразрешения стало смешанное ягодичное предлежание плода и наличие ММ больших размеров с локализацией в нижнем маточном сегменте.

Проведена срединная лапаротомия с обходом пупка слева, КС в нижнем маточном сегменте, миомэктомию без вскрытия полости. Аутогемотрансфузия аппаратом Cell Saver. Рождена живая доношенная девочка массой 2950 г, ростом 50 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.

Интраоперационно узел представлен образованием с неровной бугристой поверхностью, интимно припаянной к париетальной брюшине и большому сальнику. Удален методом вылуцивания без вскрытия полости матки. Общая кровопотеря – 800 мл. Аутогемотрансфузия аппаратом Cell Saver – 250 мл.

Макропрепарат размером 120×84 мм, весом 760 г, контуры узла неровные бугристые, на разрезе внутреннее содержимое имело кистозные полости.

Результат морфологического исследования подтвердил диагноз фибролейомиомы матки с дистрофией узла, расстройством кровообращения по типу кровоизлияний и очаговым некрозом (рис. 4).

В послеродовом периоде диагностирована анемия легкой степени тяжести (гемоглобин – 99 г/л), тем не менее пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на 5-е сутки.

Рис. 3. ММ в 34 нед беременности: а – миоматозный узел; б – ЦДК в узле; в – кистозные полости в узле.

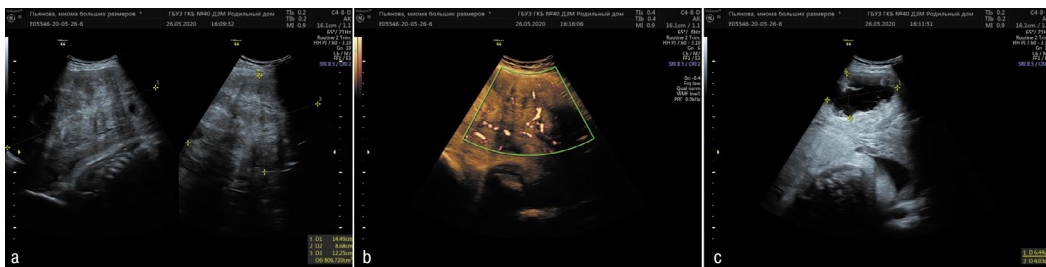
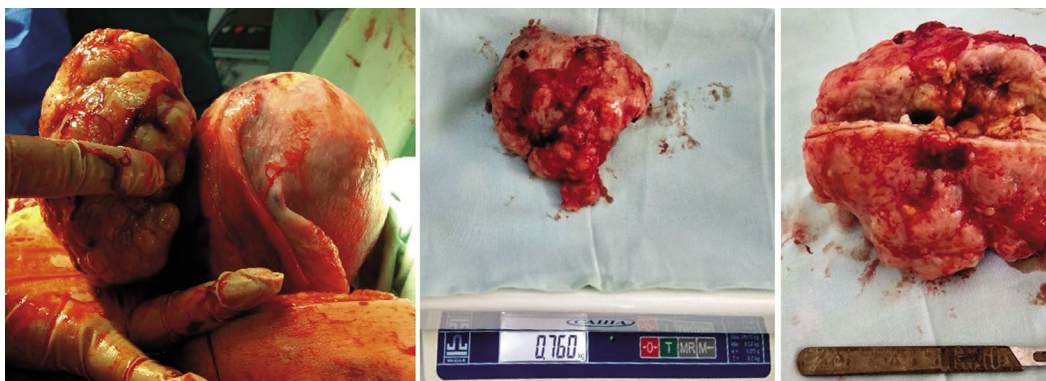


Рис. 4. Макропрепарат миоматозного узла.



Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует классическое течение беременности на фоне ММ с развитием типичных осложнений (угроза прерывания беременности, преждевременных родов, болевой синдром) и характерными изменениями в самом узле.

По материалам статьи «Специфика ведения беременности у пациенток с миомой матки. Клинический случай», опубликованной в журнале «Гинекология». Полная версия статьи представлена на сайте цифрового издательства OmniDoctor



OMNIDOCTOR.RU