

СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ДВУКРАТНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ШЕЕЧНОЙ МИОМЫ МАТКИ

И. Лулева¹, кандидат медицинских наук,
О. Иванова¹, доктор медицинских наук, профессор,
А. Клишкин²

¹Курский государственный медицинский университет

²Медицинский центр ООО «Авиценна», Курск

E-mail: klimkinaalexandr@mail.ru

В результате 1-й эмболизации маточных артерий (ЭМА) у пациентки размер шеечной миомы матки уменьшился на 84,8%. После 2-й ЭМА проведена стимуляция овуляции; наступившая беременность закончилась рождением здорового ребенка.

Ключевые слова: гинекология, эмболизация маточных сосудов, шеечная миома матки, беременность.

Эмболизация маточной артерии (ЭМА) у пациенток репродуктивного возраста является одним из наиболее перспективных направлений эндоваскулярной хирургии миомы матки [1].

Сохранение репродуктивной функции после двукратной ЭМА при шеечной миоме матки больших размеров — редкий случай в клинической практике акушера-гинеколога. Приводим наше наблюдение.

Больная Н., 30 лет, обратилась с жалобами на бесплодие в течение 6 лет, частое мочеиспускание, тяжесть внизу живота. Направлена врачом женской консультации на плановое оперативное лечение.

Из анамнеза: наблюдалась по поводу шеечной миомы матки небольших размеров. Через 1 год появились учащенное мочеиспускание, тяжесть внизу живота. При осмотре отмечен рост миомы. После обращения в отделение оперативной гинекологии ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова Москвы пациентке была выполнена ЭМА.

Из гинекологического анамнеза: менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, умеренно болезненные, по 5 дней, через 28–30 дней. Детородная функция: 1 беременность, закончившаяся срочными родами без осложнений в возрасте 20 лет, ребенок здоров. Стоит во 2-м браке.

При гинекологическом обследовании: шейка матки чистая, короткая, бочкообразно расширяется выше наружного зева, плотная, смещение ограничено из-за узла размером 10×9 см, заполняющего полость малого таза, нижний полюс узла расположен в узкой части полости малого таза, верхний — пальпируется над лоном. Над узлом определяется тело матки (вместе с узлом соответствует 12 нед беременности, ограничено подвижное, безболезненное). Придатки с обеих

сторон не увеличены, область их безболезненная. Выделения слизистые.

Клинический диагноз: фибромиома матки больших размеров, шеечная форма. Симптомное течение.

При УЗИ органов малого таза перед ЭМА: тело матки в ante-flexio, размеры матки с шейкой — 13,3×10,0×8,2 см. В шеечном отделе, в области передней стенки — интерстициально-субсерозный узел размером 10,2×8,2×9,0 см, объем — 752,8 см³. Эндометрий 0,8 см. Сохраненная часть шейки матки 0,9 см. Яичники в типичном месте: справа — 4,6×2,3×4,0 см; слева — 4,3×2,4×3,0 см. Индекс резистентности (ИР) в правой маточной артерии (МА) — 1,0; на границе узла и в узле — 0,50–0,53. Заключение: шеечная интерстициально-субсерозная миома матки больших размеров.

С учетом топографо-анатомического расположения узла консервативно-пластическая операция невозможна. От удаления органа пациентка отказалась. Фактором, определяющим показание к ЭМА, явилась мотивация больной, связанная с настойчивым желанием иметь ребенка.

Пациентке выполнена ЭМА справа. В первые 2 сут после операции отмечены повышение температуры тела до 38–39°C, умеренный лейкоцитоз, боли внизу живота, купированные введением противовоспалительных препаратов. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений.

Жалобы, беспокоившие пациентку перед операцией, исчезли через 2 мес после ЭМА. При контрольном УЗИ на 9-й день менструального цикла (МЦ): тело матки уменьшилось до 4,3×3,4×4,0 см. Эндометрий — 0,4 см. Из передней губы шейки матки исходит узел размером 5,4×5,6×3,0 см (объем — 114,7 см³). ИР в МА — 0,53–0,58. Фолликулы в яичнике диаметром 2–4 мм. Заключение: уменьшение миоматозного узла на 84,8% от первоначального объема.

В течение 6 мес после ЭМА оценивали качество МЦ с помощью тестов функциональной диагностики и УЗИ; все МЦ были ановуляторными.

При влагалищном исследовании через 8 мес после ЭМА отмечено увеличение матки и фиброзного узла до 10 нед беременности. При УЗИ гениталий на 8-й день МЦ: матка 9,6×5,3×7,1 см; по передней стенке шеечный узел размером 6,1×4,2×5,8 см, объем — 148,5 см³. Эндометрий — 5 мм. Яичник справа — 2,8×2,2×2,3, слева — 2,7×2,1×2,0 см. Фолликулы незрелые. Цервикальный канал деформирован, смещен кзади. ИР в правой МА — 0,63, в левой — 0,58. ИР на границе узла — 0,52, в узле — 0,45. По периферии узла определяются множественные сосудистые локусы. По сравнению с предыдущим УЗИ узел увеличился на 28%.

После получения согласия на повторную ЭМА пациентке через 10 мес выполнена 2-я операция ЭМА. Послеоперационный период протекал тяжелее и характеризовался выраженными болями внизу живота, подъемом температуры тела выше 39°C, лейкоцитозом. Пациентка в течение 1 нед находилась в отделении реанимации. В дальнейшем показатели гомеостаза нормализовались, течение послеоперационного периода — удовлетворительное.

Через 3 мес после 2-й ЭМА осуществлено УЗИ органов гениталий (16-й день МЦ): матка 4,6×6,8×5,4 см;

эндометрий — 4 мм. По передней стенке шейный узел размером 3,6×5,1×4,8 см (объем — 88,1 см³), с очагами деструкции, без васкуляризации. Яичники справа 28×27×32 мм, слева — 26×29×28 мм, с мелкими фолликулами (до 3–4 мм); ИР в МА — 0,48–0,36. Заключение: отсутствие питания в узле, уменьшение объема узла на 41%.

В течение всего периода наблюдения проводились тесты функциональной диагностики и УЗ-мониторинг, подтверждавшие постоянные ановуляторные циклы. При динамическом наблюдении толщина эндометрия не превышала 6–7 мм, размеры фолликулов — 7–9 мм.

На 9-м месяце наблюдения после 2-й ЭМА при УЗ-контроле вновь отмечен рост миоматозного узла до 6,5×4,8×6,4 см, по периферии узла — множественные сосудистые участки. Объем перфузии в МА — 22–28 мл/с. ИР по периферии узла — 1,0. Эндометрий — 7 мм на 14-й день МЦ. Максимальный размер фолликула — 12 мм. Заключение: на фоне улучшения кровотока в маточных артериях отмечен рост узла.

При очередной консультации предложен 3-й сеанс ЭМА, от проведения которого пациентка отказалась. С учетом ановуляторных циклов на фоне восстановления кровотока в МА принято решение провести пробный курс стимуляции овуляции клостильбегитом в течение 3 мес по классической схеме. Через 1 мес после отмены стимуляции отмечено созревание доминантного фолликула к середине МЦ, что послужило основанием для использования в качестве стимулятора овуляции хорионического гонадотропина. В этом же цикле наступила маточная беременность.

Течение беременности было благоприятным на протяжении всего периода гестации, плод развивался соответственно срокам беременности. Миоматозный узел на протяжении беременности оставался того же размера, что и накануне беременности. При сроке гестации 38,5 нед пациентка госпитализирована в акушерский стационар для родоразрешения путем операции кесарева сечения. В 39 нед на фоне дородового отхождения околоплодных вод и начала родовой деятельности пациентка родоразрешена путем кеса-

рева сечения с последующей низкой ампутацией матки. Участок шейки, расположенный ниже узла, размером до 1 см, удалось сохранить. Масса тела ребенка 3100 г, длина тела — 52 см, оценка по шкале Апгар — 8–9 баллов.

Удаленный препарат с описанием миоматозного узла: в области истмического отдела и шейки матки интрамуральное округлое образование с нечеткими границами диаметром 7 см, представлено бледно-серой (частично — серо-розовой) тканью грубодольчатого вида, дряблой консистенции. По микроскопическому строению — солитарная клеточная лейомиома.

Послеоперационный период протекал гладко, женщина с ребенком выписана в удовлетворительном состоянии домой. Ребенок находился на грудном вскармливании до 1,5 лет, по физическому и интеллектуальному развитию не отстает от сверстников.

Приведенное наблюдение подтверждает эффективность ЭМА даже при двукратном ее использовании с возможностью в дальнейшем стимуляции овуляции и развития беременности. Комплексный, нестандартный подход позволил при наличии у пациентки шейечно-перешеечной миомы больших размеров сохранить орган, выносить и родить ребенка.

Литература

1. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы // Акушерство и гинекология. — 2007; 5: 54–9.

PRESERVATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION AFTER DOUBLE EMBOLIZATION OF LARGE CERVICAL MYOMA

I. Luneva¹, Candidate of Medical Sciences; Professor O. Ivanova¹, MD; A. Klimkin²

¹Kursk State Medical University

²ООО Avicenna Medical Center, Kursk

The paper describes a clinical case of a female patient who had two-step uterine artery embolization (UAE) for large cervical myoma. UAE caused a myoma reduction by 84.8% of the initial volume. After the second UAE, ovulation was stimulated, resulting in pregnancy and the birth of a healthy baby.

Key words: uterine artery embolization, cervical myoma, pregnancy.