

# АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих  
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2011 • Том 5 • № 2

**Дифференцированный подход  
к лечению аденомиоза**

**Состояние гуморального иммунитета  
у женщин при опухолевых  
заболеваниях матки**

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.gynp.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел: +74956495495; e-mail: [info@irbis-1.ru](mailto:info@irbis-1.ru)  
Copyright © 2011 Издательство ИРБИС

# ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МИОМЕ ШЕЙКИ МАТКИ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ У ПАЦИЕНТКИ С НЕРЕАЛИЗОВАННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ (клиническое наблюдение)

Макаров И.О., Ермоленко Г.Л., Хайрудинова Н.М.

Кафедра акушерства и гинекологии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова

*Резюме: авторы описывают клинический случай миомы гигантских размеров, исходящей из шейки матки, у пациентки 28 лет с органосохраняющим хирургическим лечением.*

*Ключевые слова: шеечная беременность, миома, органосохраняющая операция*

Миома матки является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний. Частота её среди других заболеваний женской половой сферы составляет 20-44%, а у женщин репродуктивного возраста, по различным оценкам, 10-30% [3], 13,3-27% [7], 10-30% [3]. Доказано, что миома матки многоклональна. В случае развития нескольких миоматозных узлов в матке, каждый узел имеет независимое происхождение. Клинически определяемый рост миомы не всегда связан с пролиферативными процессами в ней, и может быть обусловлен вторичными изменениями [3,4,5,7]. Значительно реже узлы миомы исходят из влагалищной части шейки матки [2]. Частота обнаружения миоматозных узлов с шеечным расположением колеблется от 2,1 до 4,876% [2]. Небольшое количество гладкомышечных элементов в строме шейки матки делает возможным частое развитие миом при подобной локализации. Соотношение частоты развития миом в теле и шейке матки составляет 12:1. В то время, как миомы, располагающаяся в теле матки, часто бывают множественными, миоматозные узлы в шейке матки обычно единичные и могут достигать больших размеров, сдавливая соседние органы [1]. Если раньше при гигантских размерах миомы, исходящей из шейки матки, выполняли радикальные операции в объеме экстирпации матки, то в настоящее время в связи с усовершенствованием хирургической техники, учитывая желание пациентки сохранить менструальную и генеративную функцию, есть возможность выполнения органосохраняющих операций [5].

Пациентка Н., 28 лет поступила в отделение гинекологии ГКБ № 40 г. Москвы с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, сукровичные выделения из половых путей. По данным анамнеза, перенесенные заболевания были следующими: ветряная оспа в детстве, хронический тонзиллит, хронический бронхит. Менструальная функция не нарушена. Беременностей не было. Половая жизнь с 18 лет. С целью предохранения от беременности применяла барьерные методы контрацепции. В течение последнего года от беременности не предохраняется. Миома матки, соответствующая по размерам 8 неделям беременности, впервые выявлена в ноябре 2008 года, тогда же и были назначены биоактивные добавки. В мае 2009 года, размеры матки соответствовали 12 неделям беременности. При последующей явке на осмотр к врачу по месту жительства в октябре 2009 года была выявлена миома матки гигантских размеров и рекомендовано оперативное лечение.

В процессе дополнительного обследования в стационаре обнаружено следующее.

При выполнении ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза с доплерографией от 03.12.2009 г. выявлено: тело матки размерами 60x23x58 мм, несколько смещено влево. Позади матки определяется подбрюшинный узел миомы размерами 188x125x160 мм, неоднородной эхоструктуры структуры, предположительно шеечной локализации, т. к. шейка матки практически не визуализируется, а тело матки определяется над узлом. При доплерографии определяется умеренная васкулиризация центральных отделов узла с нормальными спектральными показателями кровотока (индекс резистентности 0,51-0,68), преобладает перинодулярный тип кровоснабжения узла, что свидетельствует о его доброкачественном характере.

Клинико-лабораторные показатели в пределах нормы.

При цитологическом исследовании мазка экто- и эндоцервикса, аспирата из полости матки – атипических клеток не выявлено.

В предоперационном периоде пациентке с профилактической целью проведена цистоскопия с катетеризацией мочеочечников.

Операция: нижнесрединная лапаротомия, миомэктомия без вскрытия полости матки и цервикального канала с ушиванием задней губы шейки матки.

После вскрытия брюшной полости обнаружено, что тело матки расположено на опухоли размерами 30х35см, исходящей из задней поверхности шейки матки. Нижний полюс опухоли вдаётся во влагалище. Патологии со стороны придатков матки и соседних органов брюшной полости при осмотре не обнаружено.

В ходе операции серозная брюшина рассечена над узлом, отсепарована от него. Введен зонд в полость матки через влагалище. На зажимах рассечены и легированы крестцово-маточные связки с двух сторон, которые были распластаны на узле. Прямая кишка тупо отведена. Под контролем зонда отсечен узел миомы от задней губы шейки матки с поэтапным легированием сосудов. Источником питания узла являлась нисходящая ветвь маточной артерии справа. После удаления узла отмечен дефект мышц средней трети

задней части шейки матки. Отдельными викриловыми швами соединены верхняя и средняя треть задней части шейки матки. Крестцово-маточные связки подшиты к шейке матки кзади. Кровопотеря во время операции составила 400,0 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 13-е сутки после операции пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Результат гистологического исследования: узловая лейомиома матки с мелкими очагами клеточного строения.

В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением. Менструации по 5-6 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные. По результатам УЗИ органов малого таза через 3 месяца отмечается деформация задней стенки шейки матки в виде неоднородных рубцовых изменений в проекции удаленного крупного узла миомы. За счет этого перерастянутая передняя стенка шейки матки визуализируется в виде складки с деформацией цервикального канала.

Таким образом, в настоящее время в связи с развитием хирургической техники возникла возможность выполнения органосохраняющих операций у пациенток с нереализованной репродуктивной функцией.

## Литература:

1. Акушерство и гинекология II то м Алан Х.ДеЧерни, Лорен Натан. Москва «МЕДпресс информ» 2009 стр. 169-171.
2. Лейомиомы матки Е.М. Вихляева «МЕДпресс информ» 2004.
3. Миома матки И.С. Сидорова Москва МИА 2008.
4. МИОМА МАТКИ проблемы патогенеза и патогенетической терапии Г.А.Савицкий. А.Г.Савицкий «ЭЛБИ-СПб» 2000.
5. Оперативная гинекология В.И Краснополский и др., Москва «МЕДпресс информ» 2010. стр 98-126.
6. Современные аспекты консервативного лечения больных миомой матки Л.Н. Васильевская Москва 1982.
7. Руководство по оперативной гинекологии В.И. Кулаков и др. Москва МИА 2006.

## SPARING SURGERY FOR GIANT CERVICAL MYOMA IN A PATIENT WITH UNREALIZED REPRODUCTIVE FUNCTION (clinical observation)

**Makarov I.O., Ermolenko G.L., Hayrudinova N.M.**

Department of Obstetrics and Gynecology, First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

*Abstract: the authors describe a case study of giant cervical myoma with organ-sparing surgical treatment in a 28 years woman.*

*Key words: cervicamyomal pregnancy, sparing surgery*