

МИОМА МАТКИ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ В СОЧЕТАНИИ С ТУБООВАРИАЛЬНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

А.Д. Дели², А.Э. Каспарова^{1,2}, И.А. Вишнякова², Н.Е. Шукурова²

¹БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»;

²БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»

Введение. Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль женских половых органов. Оказание помощи при миоме матки регламентировано современными протоколами. Материал и методы. В статье рассматривается клинический случай сочетания миомы матки гигантских размеров, осложненной тяжелой постгеморрагической анемией и наличием двусторонних тубоовариальных образований. Результаты. В предложенном материале авторами поднимается вопрос, почему в условиях внедрения персонализированного подхода к пациенту и стремлении к профилактике заболеваний больная поступает на стационарное лечение в тяжелом состоянии. Выводы. При своевременном обращении женщины за медицинской помощью и ее качественной диспансеризации формирование сочетанной патологии, каждая из которых угрожала жизни женщины (миома матки гигантских размеров, анемия тяжелой степени, тубоовариальные образования с двух сторон), было бы невозможным и радикального объема медицинского вмешательства можно было бы избежать.

Ключевые слова: медицина 5П, миома матки, быстрый рост, анемия, аномальное маточное кровотечение, тубоовариальное образование.

DOI 10.19163/1994-9480-2019-4(72)-40-43

MYOMA OF THE UTERUS OF GIANT SIZES IN COMBINATION WITH TUBOVARIAL FORMATIONS: CLINICAL OBSERVATION

A.D. Deli², A.E. Kasparov^{1,2}, I.A. Vishnyakova², N.E. Shukurova²

¹BI HE KhMAO-Yugra «Surgut State University»;

²BI KhMAO-Ugra «Surgut district clinical hospital»

Introduction. Uterine fibroids are the most common benign tumor of the female genital organs. Assistance with uterine myoma is regulated by modern protocols. Material and methods. The article deals with a clinical case of a combination of giant uterine fibroids, complicated by severe post-hemorrhagic anemia, and the presence of bilateral tubovarial formations. Results. In the proposed material, the authors raise the question – why in the conditions of the introduction of a personalized approach to the patient and the desire to prevent diseases, the patient goes to hospital treatment in serious condition. Findings. With timely treatment of a woman for medical help and her qualitative medical examination, the formation of a combined pathology, each of which threatened a woman's life (uterine fibroids of gigantic size, severe anemia, tubovarian formations on both sides) was not possible, and a radical amount of medical intervention could be avoided.

Key words: 5P medicine, uterine myoma, fast growth, anemia, abnormal uterine bleeding, tubovarial formation.

Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль женских половых органов. Распространенность миомы матки, по данным отечественной и зарубежной литературы, составляет от 25 до 40 %; а в перименопаузальном периоде наблюдается более чем у 50 % женщин [2, 3].

За последние годы, благодаря современным достижениям молекулярной биологии, гистохимии, изменений взглядов на реализацию репродуктивной функции, представления о патогенезе миомы матки претерпели ряд инновационных изменений. Наряду с традиционными знаниями о миоме матки как о гормонально-зависимом образовании, развитие которого обусловлено взаимодействием действия эстрогенов и прогестерона [9, 10], появились данные о том, что первопричиной возникновения миомы матки являются хромосомные аберрации и/или определенные генные мутации [8]. При этом ключевую роль в развитии и росте этой опухоли играют гормональные факторы, процессы неоплазии и цитогенетические нарушения.

Возникновение подавляющего большинства хронических заболеваний, по мнению В. Е. Радзинского и др. [6], связано с образом жизни, и сегодня

можно говорить о новой типологии заболеваемости «цивилизованного» человека. В настоящее время большинство исследователей сходятся во мнении, что в возникновении и росте миомы матки важную роль играют факторы внешней среды. В качестве внешних причин развития миомы матки могут выступать как химические и физические, так и экологические, и инфекционные. При этом все экзогенные факторы агрессии имеют общий неспецифический механизм воздействия: вызывают необходимость компенсаторной перестройки структур и функций на уровне биосистемы гипоталамус – гипофиз – яичники – матка [1]. В исследованиях Н. Вао и др. [7] в развитии опухолевого процесса матки отмечена значимость гипоксии на фоне микроциркуляторных нарушений, что, по мнению авторов, обуславливает компенсаторные изменения гладкомышечных клеток с последующими дистрофическими изменениями и секрецией ими компонентов экстрацеллюлярного матрикса. В исследованиях С. А. Дворянского и др. [1], касающихся качества здоровья у жительниц Севера отмечено, что городские жительницы северных территорий болеют миомой матки в 3 раза чаще по сравнению с сельскими. Частота возникновения миомы матки у женщин, приехавших

из других регионов и живущих в условиях Севера (пришлое население), значительно выше по отношению к коренному населению (90 и 10 % соответственно). Авторы связывают данные процессы с высокой степенью психоэмоционального напряжения и оксидантного стресса у женщин, проживающих в не свойственной им территории.

В современной научной литературе отмечено, что триггерными факторами для развития миомы матки являются обильные менструации, высокая частота медицинских аборт, инфекционно-воспалительные заболевания матки и придатков [6]. Именно многофакторность в генезе миомы матки объясняет столь частое ее распространение с повышением возраста, при наличии осложненного гинекологического и соматического анамнеза, различных гормональных отклонений или без них.

В настоящих условиях миома матки – легко диагностируемая опухоль, размеры которой могут варьировать от микроскопического образования до гигантского миоматозного узла. Оказание помощи при миоме матки, алгоритм диагностики и лечения систематизирован и регламентирован современными протоколами [4]. При этом становится понятным, что радикальное хирургическое лечение с проведением гистерэктомии – это вынужденная мера, которая используется при несвоевременной диагностике и неправильном ведении пациенток. В исследовании, проведенном в США, были представлены данные о ведении более 3 тыс. женщин после гистерэктомии по поводу гиперпластических процессов матки и было, показано, что альтернативные методы лечения (хирургические и гормональные) были использованы недостаточно [8].

На современном этапе развития медицины своевременная постановка правильного диагноза позволяет использовать органосохраняющие методы лечения, включающие малоинвазивные хирургические вмешательства (консервативная миомэктомия, эмболизация артерий, кровоснабжающих миому, и ФУЗ-абляция узла) и медикаментозную терапию (селективные модуляторы прогестероновых рецепторов, средства антипрогестинового ряда, агНРГ) [2, 3, 6]. При этом не вызывает сомнения, что для оказания высокотехнологичной, персонализированной медицинской помощи пациент должен обратиться за ней в медицинскую организацию.

Несколько слов о медицине 5П, которая является трендом современного здравоохранения. 5П – это предиктивная (предсказательная, прогнозирующая медицина), персонализированная (предполагает индивидуальный подход), профилактическая (речь о том, что не к нам пациент приходит, а больше мы с обращением к нему), превентивная (предупреждение заболеваний) и партисипативная (работа врача и пациента в тандеме) медицина [5]. Внедрение этой платформы медицины на примере данного клинического случая позволило бы улучшить клинические показатели как минимум двух медицинских организаций, принимающих участие в профилактике и лечении, а также, что является первостепенным, качество здоровья и жизни пациентки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Представить сложный клинический случай миомы матки гигантских размеров, осложненной аномальным маточным кровотечением, анемией тяжелой степени в сочетании с тубовариальными образованиями при отсутствии наблюдения в медицинской организации.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ оказания медицинской помощи у пациентки Т. 48 лет с симптомной миомой матки, осложненной аномальным маточным кровотечением, анемией тяжелой степени в сочетании с тубовариальными образованиями в отделении гинекологии БУ «Сургутская окружная клиническая больница» (СОКБ).

Диагностические и лечебные мероприятия были согласованы с больной, подписано письменное согласие на оказание медицинской помощи.

Изучение анамнестических данных включало: предрасположенность к опухолевым, обменно-эндокринным, гинекологическим заболеваниям, а также особенностей преморбидного фона и клиники заболевания, а также наследственность. Детально изучалась менструальная функция женщин: возраст менархе, характер менструального цикла в период полового созревания, его изменение с началом половой жизни, после родов и абортов, при смене климатогеографических условий.

Согласно нормативным протоколам проведены клиничко-биохимические, гемостазиологические и другие лабораторные исследования. Для объективной оценки величины матки (узлов) использовали результаты ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза с использованием двухмерного и трехмерного картирования. Эхографию осуществляли на аппарате «Voluson-730 Expert». Цветовое доплеровское картирование производили в области сосудистых пучков матки с обеих сторон, а также исследовали состояние сосудов миометрия и эндометрия.

Оперативное лечение проведено в объеме катетеризации верхних мочевыводящих путей, лапаротомии пангистерэктомии с придатками с экспресс-биопсией полученного материала. Во время операции проведена экспресс-биопсия удаленного материала, с повторной морфологической верификацией в послеоперационном периоде.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка Т. 48 лет, домохозяйка, обратилась в гинекологическое отделение в экстренном порядке с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, наличие плотного образования и боли ноющего характера в нижних отделах живота, слабость, головокружение. Пациентка женскую консультацию не посещала в течение 6 лет, вышеуказанные жалобы отмечает в течение месяца, динамически не наблюдалась.

Среди перенесенных заболеваний – *считает себя здоровой*, за медицинской помощью не обращалась. Наследственность неотягощена. Анализ репродуктивной функции показал, что менархе с 13 лет, регулярные, продолжительностью 8 дней, обильные, умеренно болезненные. Детородная функция была реализована однократно – отмечает одни консервативные роды в срок, сделано 3 медицинских аборта в сроке первого триместра, без осложнений. Использовала внутриматочную контрацепцию в течение 10 лет, сроки удаления контрацептива указать не может.

При объективном осмотре, рост 162 см, вес 63 кг, ИМТ 24,2. Общее состояние тяжелое, обусловленное сочетанной патологией. Через брюшную стенку, пальпировалось плотное образование неправильной формы до 16 недель беременности, чувствительное при пальпации. При осмотре в зеркалах шейка матки не визуализировалась, в куполе влагалища определялось новообразование округлой формы с выраженной сосудистой сетью. При бимануальном исследовании – новообразование до 16 см, плотное, с неровной поверхностью, представленное с маткой и придатками единым несмещаемым болезненным орган-конгломератом.

По результатам УЗИ органов малого таза трансабдоминальным и трансвагинальным доступом трансвагинальная эхография была неинформативна. Было выявлено, что шейка матки не визуализировалась, тело матки представлено многоузловым образованием общим размером: длиной 159 мм, толщиной 112 мм, шириной 145 мм, объемом 1355 см³. Эндометрий не дифференцировался. Придатки с двух сторон представлены конгломератами неоднородной смешанной структуры размерами в трех измерениях 95–87–58 мм и 78–65–60 мм. Отдельно яичники не визуализировались. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлялась. При ЦДК в узлах определялись сигналы кровотока. Вынесено заключение: Миома матки гигантских размеров, рождающийся миоматозный узел. Тубоовариальные образования с двух сторон.

Результаты предоперационных исследований показали критическое снижение гемоглобина (32 г/л); выраженные изменения в системе гемостаза: протромбиновый индекс (ПТИ) 40 %, фибриноген 8,9 г/л. Отмечалось повышение С-реактивного белка (СРБ) 159 мг/л, при отсутствии острых воспалительных изменений в крови.

Пациентка в экстренном порядке была осмотрена анестезиологом, трансфузиологом. С учетом лабораторных показателей постгеморрагической анемии на фоне миомы матки, клинических признаков гемической гипоксии, предстоящего оперативного вмешательства была проведена коррекция кислородно-транспортной функции крови донорской одногруппной эритроцитосодержащей средой по фенотипу.

С учетом клинико-anamnestических, объективных данных, а также возраста пациентки (период перименопаузы) была определена тактика ведения, в которой было предусмотрено радикальное оперативное лечение в объеме лапаротомии, пангистерэктомии, с возможным расширением объема

оперативного вмешательства (в зависимости от интраоперационной картины). Перед проведением хирургического лечения врачом-урологом проведена катетеризация верхних отделов мочевыводящих путей. Расширен состав операционной бригады, включая уролога.

В экстренном порядке, под комбинированным наркозом, нижнесрединным доступом выполнена лапаротомия. При вскрытии брюшной полости обнаружено, что к передней брюшной стенке подпаян конгломерат из левых придатков, сальника, петель кишок. Для доступа к органам малого таза был выполнен адгезиолизис. При осмотре – матка была увеличена до 16 недель беременности, бледно-розовая, плотная, с неровным контуром, в области шейки отмечена сглаженность сводов, через своды пальпировался плотный миоматозный узел с неровной поверхностью до 15 см в диаметре. Придатки с обеих сторон представлены тубоовариальными абсцессами с множеством гнойных полостей (рис.).

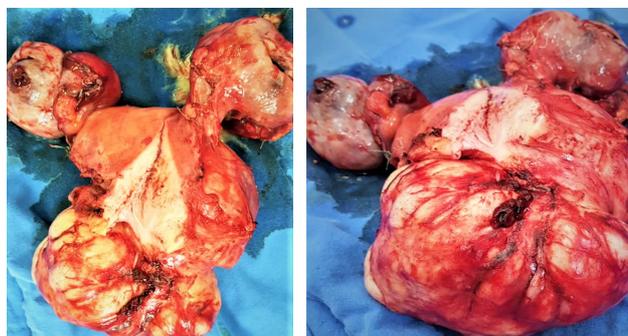


Рис. Матка с шейкой и миомой гигантских размеров и тубоовариальными образованиями с двух сторон

Выполнена тотальная гистерэктомия с придатками. По предполагаемому своду влагалища сделан разрез, под визуальным контролем, матка с родившимся миоматозным узлом, сглаженной шейкой и придатками от сводов влагалища отсечена. Культия влагалища ушита отдельными узловыми швами, перитонизирована брюшиной. Брюшная полость дренирована силиконовым дренажом через дополнительный разрез слева, ушита послойно наглухо. Продолжительность операции составила 2 часа. Интраоперационная кровопотеря составила 150 мл.

Для комплексной характеристики патологического процесса при макроскопическом исследовании матки с шейкой и придатками выявлено, что матка плотная, бледно-розовая, с ровной поверхностью, шейка сглажена на родившемся узле, плотный миоматозный узел диаметром 16 см с неровной поверхностью, на широком основании исходит из задней стенки матки. Придатки с множеством гнойных полостей. При микроскопическом исследовании картина опухолевой ткани, образованной веретенновидными клетками без признаков атипии, наиболее напоминающими гладкие миоциты. Придатки с формированием микроскопических абсцессов, выраженная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами.

Послеоперационный период протекал гладко, пациентка получала антибактериальную, инфузионно-корректирующую терапию, адекватное обезболивание, профилактику тромбэмболических осложнений. На фоне комплексного лечения была достигнута нормализация и клинико-биохимических показателей, также положительная динамика и анемии. По результатам гемограммы отмечалось повышение гемоглобина (Hb) до 90 г/л. На 10-е сутки после операции пациентка была выписана домой с рекомендациями амбулаторного наблюдения.

Результаты патогистологического изучения срезов матки, придатков были готовы через 10 дней. Результаты макроскопического исследования были идентичны осмотру макропрепарата после операции. При микроскопическом исследовании было сделано заключение о наличии лейомиомы тела матки и гнойных двусторонних tuboовариальных абсцессов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение – это пример, где риск операции при наличии гигантских размеров миомы матки был сопряжен с другими грозными осложнениями: изменением анатомии органов брюшной полости и малого таза и сложностью хирургического лечения, аномальным маточным кровотечением с признаками тяжелой железодефицитной анемии и гемической гипоксии, наличием гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки и др. Предиктором tuboовариальных образований стало длительное ношение ВМК (10 лет), хронический воспалительный процесс матки и придатков. Такой вариант воспаления протекает в стертой форме и, как правило, ведет к поздней диагностике и тяжелым осложнениям.

Следует отметить, что при своевременном обращении женщины за медицинской помощью и ее качественная диспансеризация, развитие заболеваний и осложнений, каждое из которых угрожало жизни женщины (гигантские размеры миомы матки, железодефицитная анемия тяжелой степени, tuboовариальные гнойно-воспалительные образования с двух сторон и др.), могло быть предупреждено, а объем хирургического вмешательства не был бы таким радикальным.

В основе внедрения принципов персонализированной медицины лежит полноценная и эффективная профилактика. Одним из механизмов реализации медицины 5П является необходимость участия пациента в сохранении его собственного здоровья. Успешная профилактика – это огромная работа как врача, так и пациента. Первый – в основе оказания медицинской помощи должен придерживаться современных принципов доказательной медицины, второй (пациент) – принимать участие в сохранении собственного здоровья путем регулярных осмотров и высокой приверженности к лечению. Четкое следование этим требованиям позволит улучшить результаты медицинской помощи, а в глобальном масштабе уменьшит заболеваемость и смертность от патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворянский С.А., Овчинников В.В. Некоторые аспекты адаптации и состояния гемостаза на Севере // Вятский мед. вестн. – 2010. – № 1. – С. 102–107.
2. Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю., Ибрагимова Д.М., Нариманова М.Р. Миома матки: альтернативные методы лечения // Проблемы репродукции. – 2018. – № 24 (2). – С. 83–87. <https://doi.org/10.17116/repro201824283-87>
3. Лузикова Я.С., Енко Б.О., Майборода А.А., Метько Е.Е., Бондаревич А.В., Круглова Т.В., Подмостко С.В. Дифференцированный подход к лечению миомы матки // Молодой ученый. – 2018. – № 15. – С. 169–172.
4. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация: Клинические рекомендации (протокол лечения). – М., 2015. – 72 с.
5. Щербо С.Н., Щербо Д.С. Персонализированная медицина. – Том 1. «Биологические основы». – М.: РУДН, 2016. – 302 с.
6. Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф. Миома матки: курс на органосохранение. – М.: StatusPraesens, 2014. – 15 с.
7. Bao H., Sin T.K., Zhang G. Activin A induces leiomyoma cell proliferation, extracellular matrix (ECM) accumulation and myofibroblastic transformation of myometrial cells via p38 MAPK // Biochem. Biophys. Res. Commun. – 2018. – № 504 (2). – P. 447–500.
8. Bulun S.E. Uterine fibroids // N. Engl. J. Med. – 2013. – № 369. – P. 1344–55.
9. Corona L.E., Swenson C.W., Sheetz K.H., et al. Use of other treatments before hysterectomy for benign conditions in a statewide hospital collaborative // J. Obstet. Gynecol. – 2015. – № 212:304. – P. 1–7.
10. Doherty L.F., Taylor H.S. Leiomyoma-derived transforming growth factor-beta impairs bone morphogenetic protein-2-mediated endometrial receptivity // Fertil. Steril. – 2015. – № 103 (3). – P. 845–852.

REFERENCES

1. Dvorjanskij S.A., Ovchinnikov V.V. Nekotorye aspekty adaptacii i sostojanija gemostaza na Severe [Some aspects of adaptation and the state of hemostasis in the North]. *Vjatskij med. vestrn.* [Vyatka Medical Bulletin], 2010, no. 1, pp. 102–107. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Dobrohotova Ju.Je., Il'ina I.Ju., Ibragimova D.M., Narimanova M.R. Mioma матки: alternativnye metody lechenija [Uterine fibroids: alternative treatments]. *Problemy reprodukcii* [Reproductive problems], 2018, no. 24 (2), pp. 83–87. (In Russ.; abstr. in Engl.). <https://doi.org/10.17116/repro201824283-87>.
3. Luzikova Ja.S., Enko B.O., Majboroda A.A., Met'ko E.E., Bondarevich A.V., Kruglova T.V., Podmostko S.V. Differencirovannyj podhod k lecheniju miomy матки [A differentiated approach to the treatment of uterine fibroids]. *Molodoy uchenyj* [Young scientist], 2018, no. 15, pp. 169–172. (In Russ.; abstr. in Engl.).
4. Mioma матки: diagnostika, lechenie i reabilitacija: Klinicheskie rekomendacii (protokol lechenija) [Uterine fibroids: diagnosis, treatment and rehabilitation: Clinical recommendations (treatment protocol)]. Moscow, 2015. 72 p.
5. Shherbo S.N., Shherbo D.S. Personalizirovannaja medicina [Personalized medicine]. Tom 1. «Biologicheskie osnovy». Moscow: RUDN, 2016. 302 p.
6. Radzinskij V.E., Totchiev G.F. Mioma матки: kurs na organosohranenie [Uterine fibroids: a course on organ conservation]. M.: StatusPraesens, 2014. 15 p.
7. Bao H., Sin T.K., Zhang G. Activin A induces leiomyoma cell proliferation, extracellular matrix (ECM) accumulation and myofibroblastic transformation of myometrial cells via p38 MAPK. *Biochem. Biophys. Res. Commun.*, 2018, no. 504 (2), pp. 447–500.
8. Bulun S.E. Uterine fibroids. *N. Engl. J. Med.*, 2013, no. 369, pp. 1344–55.
9. Corona L.E., Swenson C.W., Sheetz K.H., et al. Use of other treatments before hysterectomy for benign conditions in a statewide hospital collaborative. *J. Obstet. Gynecol.*, 2015, no. 212:304, pp. 1–7.
10. Doherty L.F., Taylor H.S. Leiomyoma-derived transforming growth factor-beta impairs bone morphogenetic protein-2-mediated endometrial receptivity. *Fertil. Steril.*, 2015, no. 103 (3), pp. 845–852.

Контактная информация

Вишнякова Инга Анатольевна – зав. гинекологическим отделением БУ «Сургутская окружная клиническая больница», e-mail: Vishnyakova IA@surgutokb.ru