

УДК: 618.14-006.36.

РОЖДАЮЩИЙСЯ МИОМАТОЗНЫЙ УЗЕЛ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Чашина Вилена Игоревна¹, Коваль Марина Владимировна¹, Богданова Анна Михайловна^{2,3}

¹Кафедра акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики

²Кафедра анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Миома матки – это доброкачественная опухоль, которая развивается из гладкомышечных клеток миометрия. Частота возникновения миомы матки у женщин репродуктивного возраста составляет от 5,4% до 77%. В ряде случаев при наличии миомы матки с субмукозным ростом узлов при отсутствии наблюдения и лечения, возникает клиника рождающегося миоматозного узла. **Цель исследования** – представить клинический случай рождающегося миоматозного узла. **Материал и методы.** Сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза, измерение роста и массы тела с подсчетом ИМТ, анализ истории болезни на базе ГАУЗ СО ЦГБ №7 г. Екатеринбурга. **Результаты.** Пациентка Л., 61 год, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, опухолевидное образование во влагалище. При осмотре в половой щели визуализируется бугристое образование бело-розового цвета 10х6 см. При бимануальном влагалищном исследовании: тело матки в положении anteflexio, нормальной величины. Из цервикального канала исходит бугристое образование округлой формы (миоматозный узел) диаметром 10 см на ножке шириной 10 мм. Результаты лабораторных исследований показали признаки гипохромной анемии II степени, тромбоцитоза. Заключение УЗИ: миома матки с родившимся субмукозным узлом. С учетом клинических и анамнестических данных, результатов инструментальных и лабораторных исследований, возраста пациентки, размеров образования, онконастороженности было принято решение о проведении операции в объеме энуклеации родившегося узла. **Выводы.** Представленный клинический случай ведения женщины с рождающимся миоматозным узлом демонстрирует важность своевременной и точной диагностики миомы матки, с использованием современных методов визуализации. Такие факторы как общее состояние здоровья, возраст, репродуктивные планы и наличие сопутствующих заболеваний отмечают важность индивидуального подхода для достижения наилучших результатов и повышения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: рождающийся миоматозный узел, миома матки, оперативная гинекология.

THE EMERGING MYOMATOUS NODE: A CLINICAL CASE

Chashchina Vilena Igorevna¹, Koval Marina Vladimirovna¹, Bogdanova Anna Mikhailovna^{2,3}

¹Department of Obstetrics and Gynecology with a course in medical genetics

²Department of Anatomy, Topographic Anatomy and Operative Surgery

Ural State Medical University

³Central City Hospital №7

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Uterine fibroids are benign tumors that develop from the smooth muscle cells of the myometrium. The incidence of uterine fibroids in women of reproductive age ranges from 5.4% to 77%. In some cases, in the presence of uterine fibroids with submucous nodular growth in the absence of observation and treatment, a clinic of an emerging myomatous node appears. **The aim of the study** is to present a clinical case of an emerging myomatous node. **Material and methods.** Collection of general and obstetric-gynecological anamnesis, measurement of height and body weight with BMI calculation, analysis of medical history on the basis of the State Medical Institution with Central Clinical Hospital №7. **Results.** Patient L., 61 years old, was admitted to the gynecological department with complaints of pain in the lower abdomen, spotting from the genital tract, and a tumor-like formation in the vagina. On examination, a 10x6 cm white-pink lumpy formation is visualized in the genital fissure. During bimanual vaginal examination: the uterine body is in the anteflexio position, of normal size. A rounded lumpy formation (myomatous node) with a diameter of 10 cm on a 10 mm wide pedicle originates from the cervical canal. Laboratory results showed signs of grade II hypochromic anemia and thrombocytosis. Ultrasound conclusion: uterine fibroids with a newly born submucous node. Taking into account the clinical and anamnestic data, the results of instrumental and laboratory studies, the patient's age, the size of her education, and cancer awareness, it was decided to perform surgery to the extent of enucleation of the newly born node. **Conclusions.** The presented clinical case of a woman with an emerging myomatous node demonstrates the importance of timely and accurate diagnosis of uterine fibroids using modern imaging techniques. Factors such as general health, age, reproductive plans and the presence of concomitant diseases emphasize the importance of an individual approach to achieve the best results and improve the quality of life of patients.

Keywords: nascent myomatous node, uterine fibroids, operative gynecology.

ВВЕДЕНИЕ

Миома матки – это доброкачественная опухоль, которая развивается из гладкомышечных клеток миометрия. Частота возникновения миомы матки у женщин репродуктивного возраста составляет от 5,4% до 77% [1]. При профилактических осмотрах выявляется впервые у 5% обследуемых женщин. Распространённость миомы у женщин старше 35 лет составляет 40–50%. В постменопаузальном возрасте распространённость миомы снижается, что связано с зависимостью роста опухоли от половых гормонов [2].

К факторам риска миомы матки относятся возраст начала менархе, низкий паритет, сахарный диабет, ожирение, гипертоническая болезнь, синдром поликистозных яичников и африканское происхождение. Кроме того, на возникновение миомы матки могут влиять различия в экспрессии генов, более высокий уровень хронического стресса, неправильное питание, а также воздействие окружающей среды и профессиональные факторы [4]. Многочисленные исследования выделяют фактором риска развития миомы повышенный индекс массы тела. Возможным объяснением повышенного риска развития миомы при ожирении является повышенная доступность активного эстрогена в результате преобразования андрогенов в жировой ткани и, что более важно, снижение концентрации глобулина, связывающего половые гормоны [5].

По локализации миоматозных узлов выделяют субсерозные, интерстициальные и субмукозные, располагающиеся в теле и шейке матки. Субмукозные (0–3-й типы миом) и интрамуральные миомы матки, прилежащие к эндометрию, являются причиной аномальных маточных кровотечений (АМК) [6]. Наиболее распространёнными симптомами, помимо АМК, также являются боли в области таза и/или увеличение живота, нарушение репродуктивной функции. Трансвагинальное ультразвуковое исследование рекомендуется в качестве первичного метода диагностики из-за его доступности и высокой чувствительности, хотя в некоторых случаях наиболее точным диагностическим инструментом на сегодняшний день является магнитно-резонансная томография [7].

При субмукозных миоматозных узлах, интерстициальных узлах с центральным и центрипетальным ростом возможны самопроизвольная экспульсия узлов, выделение их в виде фрагментов некротизированной ткани или некротизированного детрита. В ряде случаев при наличии миомы матки с субмукозным ростом узлов при отсутствии наблюдения и лечения, возникает клиника рождающегося миоматозного узла. В случае рождающихся субмукозных узлов проводят миомэктомию влагалищным доступом с ревизией полости матки или экстирпацию матки [6].

Цель исследования – на клиническом примере дать этио-патогенетическую и клиничко-анамнестическую оценку рождающегося субмукозного миоматозного узла.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза, измерение роста и массы тела с подсчетом индекса массы тела (ИМТ), анализ истории болезни на базе ГАУЗ СО ЦГБ №7 г. Екатеринбург.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациентка Л., 61 год, поступила в гинекологическое отделение ГАУЗ СО ЦГБ №7 г. Екатеринбург по направлению из женской консультации с жалобами на боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, опухолевидное образование во влагалище.

Считает себя больной с декабря 2024 г., когда впервые обратилась к врачу-терапевту с жалобами на ощущение инородного тела во влагалище, тянущие боли внизу живота, была направлена на консультацию к гинекологу. Отмечает периодически скудные кровянистые выделения из половых путей, частые позывы к мочеиспусканию в течение 4-х лет, за медицинской помощью по этому поводу не обращалась. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям. Хронические заболевания: сахарный диабет II типа, ожирение 3 степени, гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, контролируемая; бронхиальная астма. Терапию принимает. В 2007 г. выполнена холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни.

Согласно результатам репродуктивного анамнеза менархе с 14 лет, менструальный цикл был регулярный, менопауза с 57 лет. Было 4 беременности, из которых 1 медицинский аборт и 3 естественных родов без осложнений в возрасте 20, 23 и 26 лет.

При объективном осмотре: рост 168 см, вес 150 кг, ИМТ – 53,1 кг/м². Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Отечность стоп, голеней, верхних конечностей. Живот мягкий, симметричный, при пальпации безболезненный в гипогастральной области.

Наружные половые органы развиты по женскому типу. В половой щели визуализируется бугристое образование бело-розового цвета 10х6 см. Осмотр в зеркалах в связи с этим затруднен (рис.1).



Рис. 1. Внешний вид промежности с рождающимся миоматозным узлом

При бимануальном влагалищном исследовании: тело матки в положении anteflexio, нормальной величины. Придатки матки не пальпируются. Из цервикального канала исходит бугристое образование округлой формы (миоматозный узел) диаметром 10 см на ножке шириной 10 мм.

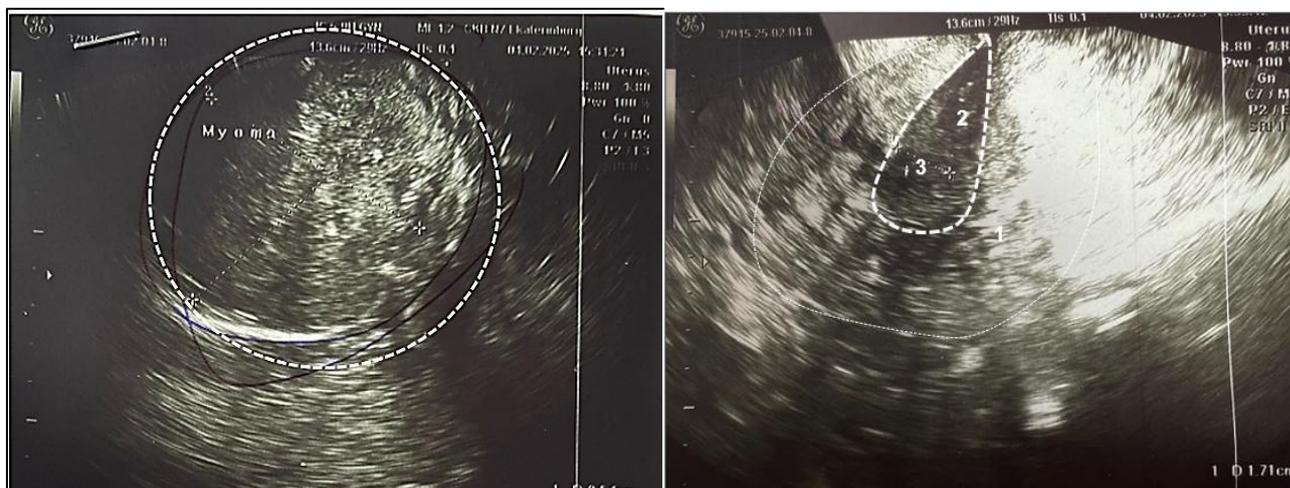
Результаты лабораторных исследований показали признаки гипохромной анемии II степени: снижение гемоглобина (97 г/л), гематокрита (33,6%), среднего объема эритроцита (78,8), средней концентрации гемоглобина в эритроците (22,8 пг). Был зафиксирован тромбоцитоз (тромбоциты $475 \times 10^9/\text{л}$; тромбоцитрит 0,46). В коагулограмме повышение фибриногена (5,2 г/л).

Микроскопическое исследование мазка из шейки матки: эпителиальные клетки 4-7; большое количество лейкоцитов 60-100 в поле зрения; флора – смешанная; диплококки, трихомонады – не обнаружены.

Микроскопическое исследование влагалищного мазка: эпителиальные клетки 0-5; лейкоциты 11-18 в поле зрения.

Цитологическое исследование соскоба шейки матки: одинаковый клеточный состав, клетки цилиндрического и метаплазированного эпителия отсутствуют, без признаков атипии, с реактивными воспалительными изменениями. Цитологическое заключение по The Bethesda System: признаки интраэпителиального поражения, злокачественности не обнаружено. NILM. Цитограмма воспалительного процесса (кольпита).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза: тело матки 71х56х60 мм. Из полости матки, из дна передней стенки находится ножка миоматозного узла диаметром 18 мм. Сам узел находится во влагалище 96х76 мм, высоко васкуляризирован. Шейка матки без патологии. Свободной жидкости нет. Маточные трубы не визуализируются. Заключение: миома матки с родившимся субмукозным узлом (рис. 2.).



А

Б

Рис. 2 А – УЗ-скан миоматозного узла;

Б – 1 - стенка матки; 2 - полость матки; 3 - ножка миоматозного узла

С учетом клинических и анамнестических данных, результатов инструментальных и лабораторных исследований, возраста пациентки, размеров образования, онконастороженности было принято решение о проведении операции в объеме энуклеации родившегося узла. В асептических условиях родившийся узел взят на пулевые шипцы. Крутящими движениями узел отделен от ножки, исходящей из стенки матки, удален из влагалища, затем произведено выскабливание полости матки. Препарат отправлен на гистологическое исследование. Операционный материал, взятый для проведения морфологического исследования: подслизистый узел больших размеров, соскоб из полости матки (Рис.3). Интраоперационная кровопотеря – 50 мл. Результаты гистологического исследования: лейомиоматозный узел с миксоматозом, участками некроза, выраженной воспалительной инфильтрацией, кровоизлияниями. Макроскопически – фрагментированный железистый полип эндометрия, некротический детрит, кровь, фибрин (рис. 3.).



Рис. 3. Макроскопическая картина узла после операции

В послеоперационном периоде пациентке был назначен окситоцин, антибактериальная и антианемическая терапия.

На 7-е сутки после операции женщина была выписана домой с рекомендациями для дальнейшего амбулаторного наблюдения и продолжения антианемической и противовоспалительной терапии. Пациентка не испытывала болей и дискомфорта, выражая

полное удовлетворение результатами лечения, его сроками и значительным улучшением качества жизни.

ОБСУЖДЕНИЕ

В представленном клиническом случае нет сведений о том, когда появилась миома матки, пациентка узнала о ней впервые при госпитализации. Факторами риска возникновения миомы матки могли явиться: аборт, поздняя менопауза, ожирение, заболевания гепатобилиарной системы. У женщин в постменопаузе с ожирением причиной увеличения размера миомы может быть периферическая ароматизация андростендиона, вырабатываемого надпочечниками, в эстроген. По мере увеличения миомы опухолевая масса сдавливает кровеносные сосуды, вызывает механическую компрессию питающих артерий, что приводит к ишемизации миоматозных узлов, вследствие чего они подвергается дегенеративным изменениям [2]. Чаще всего встречается гиалиновая дегенерация (63%), за которой следуют миксоматозная (13%), кальцифицирующая (8%), муцинозная (6%), кистозная (4%), саркоматозная (3%) и жировая (3%) дегенерации. Точный патогенез дегенерации миомы у женщин в постменопаузе остается неясным, однако повышенная выработка факторов роста (эпидермальных или инсулиноподобных) миомой может объяснять это состояние [2]. В редких случаях, менее чем в 1% случаев, она может подвергнуться злокачественной дегенерации и превратиться в лейомиосаркому [2].

Все больше данных свидетельствует о том, что артериальная гипертензия и другие факторы сердечно-сосудистого риска (включая повышенный уровень холестерина, ожирение, толщину интима-медиа сонных артерий и др.) могут быть связаны с миомой матки [9]. В когортном исследовании S.D. Mitro et al. с повторными измерениями, как факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, так и диагностированных миом, у пациенток с впервые выявленной гипертензией риск развития миомы был на 45% выше, а у пациенток с нелеченой гипертензией — на 19% выше [9].

В представленном клиническом случае длительные кровотечения стали причиной развития анемического синдрома, вероятнее всего железодефицитного характера, что должно было быть учтено и диагностировано терапевтом при первом обращении пациентки. В послеоперационном периоде крайне важно продолжить терапию под контролем терапевта до полной нормализации уровня железа в организме.

Регулярные осмотры гинекологом являются неотъемлемой частью профилактики и ранней диагностики различных гинекологических заболеваний. Такие обследования позволяют своевременно выявлять патологические изменения репродуктивной системы, включая воспалительные процессы, новообразования и гормональные нарушения. Это особенно важно для женщин с факторами риска, такими как наследственная предрасположенность, хронические заболевания или анамнез, отягощенный гинекологическими проблемами. Профилактические визиты к специалисту способствуют поддержанию женского здоровья и предотвращению серьезных осложнений, связанных с поздней диагностикой патологий.

ВЫВОДЫ

Представленный клинический случай ведения женщины с рождающимся миоматозным узлом демонстрирует важность своевременной и точной диагностики миомы матки, с использованием современных методов визуализации. Такие факторы как общее состояние здоровья, возраст, репродуктивные планы и наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ожирение и др.) отмечают целесообразность индивидуального подхода для достижения наилучших результатов и повышения качества жизни пациентов. Многочисленные факторы, в том числе генетические, гормональные, иммунологические могут способствовать росту и развитию миомы. Для разработки эффективных мер профилактики и лечения, направленных на снижение медицинских, экономических, социальных и психологических последствий, необходимо более глубокое понимание различных механизмов патогенеза, что заставляет задуматься о персонализированной профилактической и терапевтической стратегии для лечения этого заболевания.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Diagnosis and management of uterine fibroids: current trends and future strategies / A. Ahmad, M. Kumar, N.R. Bhoi [et al.] // Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology. – 2023. – Vol. 34, №3. – P. 291-310. doi:10.1515/jbcpp-2022-0219
2. Garg, P. Neglected case of a huge leiomyoma in an elderly postmenopausal woman: a case report / P. Garg, R. Bansal // J Med Case Reports. – 2022. – Vol. 16. – P. 485.
3. Шкуракова, Е. А. Миома матки – проблема 21 века / Е.А. Шкуракова // Ответственный редактор. – 2021. – С. 183.
4. Krzyżanowski, J. The Role of Nutrition in Pathogenesis of Uterine Fibroids / J. Krzyżanowski, T. Paszkowski, S. Woźniak // Nutrients. – 2023. – Vol. 15, №23. – P. 4984.
5. Modifiable prognostic factors in uterine fibroid development: a systematic review of literature / A.L. Keizer, A. Semmler, H.S. Kok [et al.] // J Obstet Gynaecol. – 2024. – Vol. 44, №1. – P. 2288225.
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Миома матки». – 2024. – 46 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/257_1 (дата обращения: 24.01.2025). – Текст: электронный.
7. Clinical signs and diagnosis of fibroids from adolescence to menopause / E. Mension, F. Carmona, S. Vannuccini, C. Chapron // Fertil Steril. – 2024. – Vol. 122, №1. – P. 12-18.
8. Зайдиева, Я. З., Лечение пациенток с миомой матки в период менопаузального перехода/Я. З. Зайдиева, Л. Н. Гулиева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. – Т. 20. – №. 1. – С. 32-38.
9. Hypertension, Cardiovascular Risk Factors, and Uterine Fibroid Diagnosis in Midlife / S.D. Mitro, L.A. Wise, L.E. Waetjen [et al.] // JAMA Netw Open. – 2024. – Vol.7, №4. – P. 246832.

Сведения об авторах

В.И. Чашчина – студент

М.В. Коваль – кандидат медицинских наук, доцент

А.М. Богданова – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры

Information about the authors

V.I. Chashchina* – Student

M.V. Koval – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

A.M. Bogdanova – Candidate of Sciences (Medicine), Department Assistant

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

vilena.gold@mail.ru

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ, СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

УДК 616.001:614.88

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Давыдов Илья Андреевич¹, Пластинин Василий Сергеевич¹, Кузьмин Вячеслав Валентинович¹, Кайгородова Алена Сергеевна²

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО Территориальный центр медицины катастроф

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Неотложная медицинская помощь больным с политравмой оказывается в ближайшем ЛПУ и направлена на стабилизацию состояния. Дальнейшие лечебно – диагностические мероприятия должны осуществляться в специализированном медицинском центре. Для оценки транспортабельности используются различные шкалы тяжести травмы и органной недостаточности. **Цель исследования** – провести оценку шкал степени тяжести больных при политравме при проведении межгоспитальной транспортировки. **Материал и методы.** Проведено ретроспективное исследование за временной промежуток с 1 января 2024 по 31 декабря 2024 на основе медицинской документации ТЦМК Свердловской области о перегоспитализации 53 больных. С целью определения транспортабельности и возможного прогноза проведена оценка шкал ISS, RTS, qSOFA, «Екатеринбург–2000». **Результаты.** В результате исследования при использовании шкал 43 больных (81,13 %) были признаны транспортабельными и перетранспортированы в специализированные ЛПУ, 10 больных (18,9 %) были признаны нетранспортабельными, с продолжением лечения в областном ЛПУ. Проведение корреляционного анализа выявило наличие высокой корреляционной связи шкалы ISS со шкалой RTS, шкалой «Екатеринбург– 2000» и шкалой qSOFA. Шкала «Екатеринбург– 2000» показала слабую по силе корреляционную связь со средним и пульсовым артериальным давлением и заметную связь с ЧСС. Корреляционная связь шкал тяжести с SpO₂ была статистически незначима. **Выводы.** Шкалы оценки тяжести состояния и органной недостаточности ISS, «Екатеринбург– 2000», RTS, qSOFA