



## Миома матки больших размеров после осложненного кесарева сечения (клинический случай)

Лариса Владимировна МАЙОРОВА<sup>1,2</sup> ,

Кристина Викторовна ЧЕРНЕВА<sup>1,2</sup>  ,

Александр Андреевич КУСКОВ<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>ТОГБУЗ «Городская клиническая больница г. Котовска»

393190, Российская Федерация, Тамбовская область, г. Котовск, ул. Пионерская, 24

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина»,  
Медицинский институт

392000, Российская Федерация, г. Тамбов, ул. Интернациональная, 33

<sup>3</sup>ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница»

392000, Российская Федерация, г. Тамбов, ул. Рылеева, 80

✉ [kristy.chemeva@mail.ru](mailto:kristy.chemeva@mail.ru)

**Аннотация.** Миома матки – доброкачественная, капсулированная опухоль женской половой сферы, часто встречающаяся в репродуктивном возрасте. Патогенетический механизм и причины развития миомы матки неизвестны, в связи с чем возникают вопросы и споры, направленные на выявление причинной обусловленности. Предрасположенностью к развитию миомы могут послужить хронические воспалительные заболевания женских половых органов, методы хирургического воздействия (артифициальные аборты, кесарево сечение, диагностические выскабливания полости матки), связанные с дисфункциями гипоталамус-гипофиз-надпочечники-яичники, наследственностью, профессиональными вредностями, экстрагенитальными заболеваниями. В настоящее время одной из актуальных проблем современной акушерско-гинекологической службы является постоянно возрастающая частота кесарева сечения. Кесарево сечение является одним из наиболее важных факторов риска инфекции, которая вызывает неблагоприятные отдаленные осложнения для здоровья женщины. *Цель исследования:* на конкретном клиническом примере описать, как осложненное кесарево сечение спровоцировало возникновение миомы матки больших размеров у женщины репродуктивного периода. В представленном материале описан клинический случай ведения пациентки, которой было проведено оперативное лечение в гинекологическом отделении с диагнозом «Множественная миома матки. Рост опухоли. Гиперменструальный синдром. Постгеморрагическая анемия». Представленный клинический случай подчеркивает необходимость квалифицированного подхода к оперативному родоразрешению, технике выполнения операции кесарева сечения, послеоперационного ведения. *Заключение.* Должны быть выполнены в полном объеме методы лечения пациенток с миомой матки, включая наблюдение и мониторинг для быстрого обнаружения этой патологии, и своевременная предоперационная подготовка с выполнением хирургического вмешательства в объеме миомэктомии и метропластики. В раннем и позднем послеоперационном периоде мероприятия после кесарева сечения должны быть комплексными и включать своевременное выявление инфекционных осложнений, рациональное проведение антибактериальной терапии.

**Ключевые слова:** миома матки; репродуктивный возраст; кесарево сечение; миомэктомия; метропластика

**Для цитирования:** Майорова Л.В., Чернева К.В., Кусков А.А. Миома матки больших размеров после осложненного кесарева сечения (клинический случай). Тамбовский медицинский журнал. 2023;5(1):34-40. DOI [10.20310/2782-5019-2023-5-1-34-40](https://doi.org/10.20310/2782-5019-2023-5-1-34-40)

## Large uterine fibroids after complicated caesarean section (clinical case)

Larisa V. MAYOROVA<sup>1,2</sup> , Kristina V. CHERNEVA<sup>1,2</sup>  ✉ ,

Aleksandr A. KUSKOV<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Kotovsk City Clinical Hospital

24 Pionerskaya St., Kotovsk 393190, Tambov Region, Russian Federation

<sup>2</sup>Derzhavin Tambov State University, Medical Institute

33 Internatsionalnaya St., Tambov 392000, Russian Federation

<sup>3</sup>Tambov Regional Clinical Hospital for Children

✉ [kristy.chereva@mail.ru](mailto:kristy.chereva@mail.ru)

**Abstract.** Uterine fibroids is a benign, encapsulated tumor of the female genital area, often found in reproductive age. The pathogenetic mechanism and causes of the development of uterine fibroids are unknown, hence there are questions and disputes on identifying causation. A predisposition of fibroids can serve as chronic inflammatory diseases of the female genital organs, methods of surgical treatment (artificial abortions, caesarean section, biopsy of lining of uterus), dysfunctions of the hypothalamus-pituitary gland-adrenal glands-ovaries, heredity, occupational hazards, extragenital diseases. One of the current issues of modern obstetric and gynecological care is the increasing frequency of caesarean section. Caesarean section is one of the most important risk factors for infection, which causes adverse long-term complications for a woman's health. *Research purpose:* to highlight with an example of clinical case how a complicated caesarean section provoked the occurrence of complicated large uterine fibroids in a woman of the reproductive period. The presented material describes a clinical case of a patient who underwent surgical treatment in the gynecological department with a diagnosis of "Multiple uterine fibroids. Tumor growth. Hypermenstrual syndrome. Posthemorrhagic anemia". The presented clinical case emphasizes the need for a qualified approach to operative delivery, the technique of performing a caesarean section and postoperative management. *Conclusion.* Treatment of patients with uterine fibroids should be carried out in full, including observation and monitoring for early detection of this pathology, as well as timely preoperative preparation with surgical treatment such as myomectomy and metroplasty. In the early and late postoperative period, measures after caesarean section should be comprehensive and include timely detection of infectious complications, rational antibiotic therapy.

**Keywords:** uterine fibroids; reproductive age; caesarean section; myomectomy; metroplasty

**For citation:** Mayorova L.V., Chereva K.V., Kuskov A.A. Large uterine fibroids after complicated caesarean section (clinical case). *Tambov Medical Journal*. 2023;5(1):34-40. (In Russian). DOI [10.20310/2782-5019-2023-5-1-34-40](https://doi.org/10.20310/2782-5019-2023-5-1-34-40)

### ВВЕДЕНИЕ

Миома матки – наиболее распространенная опухоль женской половой сферы, ее доля среди других гинекологических заболеваний достигает 45 % [1]. Клиническая картина миомы матки больших размеров определяются многими факторами: локализацией и направленности роста опухоли (субсерозные, интрамуральные, субмукозные, межсвязочные), особенностями гемодинамических нарушений в малом тазу, вариантом ее гистологического строения (обычная лейомиома, клеточная, пролиферирующая, липолейо-

миома, малгинизирующая и др.), состоянием рецепторного аппарата миометрия и эндометрия, в том числе наличие сопутствующей гинекологической патологии [2–6]. У большинства женщин миома матки длительное время протекает бессимптомно либо имеет место нарастающее развитие симптомов. Ее основными диагностированными критериями являются размеры и/или расположение миоматозных узлов. Клинические проявлениями опухоли являются обильное менструальное кровотечение, дисменорея, нециклическая боль, нарушение мочеиспускания, запоры и т. д. [7].

Особое внимание уделяется гормональным аспектам, в том числе изучены влияния конституциональных особенностей (ожирение) у женщин. Кроме того, важную роль играют репродуктивные, эпидемиологические, генетические факторы в развитии этой опухоли. К актуальным репродуктивным факторам относят отсутствие наступления беременности, раннее менархе, осложненные оперативные роды путем кесарева сечения в анамнезе. В нашем клиническом случае быстрый рост узлов в сочетании с аномальными маточными кровотечениями, гиперпластическими процессами эндометрия и развитием хронической постгеморрагической анемии у женщины после осложненного кесарева сечения, а также репродуктивный возраст пациентки являются основными показателями к субтотальной или тотальной гистерэктомии [8].

Сложность, с которой может столкнуться врач – это выбор подходящей и эффективной тактики ведения, в которой должны быть учтены не только медицинские элементы проблемы, но и принятие решения пациенткой об объеме операции и оперативном доступе. Как правило, женщины настаивают на консервативном или органосохраняющем лечении, что впоследствии и определяет тактику ведения таких пациентов.

Выбор лечебной тактики определяется рядом факторов, которые включают в себя особенности патогенетического процесса развития заболевания, локализацией, размером и темпом роста опухоли, возрастом больной, наличием репродуктивных планов. Основной терапевтической задачей является либо удаление опухоли, либо торможение опухолевого процесса и регресс новообразования<sup>1</sup> [9]. Хирургическое лечение может привести не только к развитию подслизистой миомы [10], но и к потере специфических функций женщины [11]. Миомэктомия при восстановлении фертильности до 80 % в первые 12 месяцев в полном объеме не является восполнимой, так как у 30 % пациенток возникает рецидив заболевания из-за роста небольших неудаленных узлов [12–14].

<sup>1</sup> Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения). Минздрав России, 2015.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование использован клинический случай пациентки гинекологического отделения ТОГБУЗ «Городская клиническая больница г. Котовска».

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

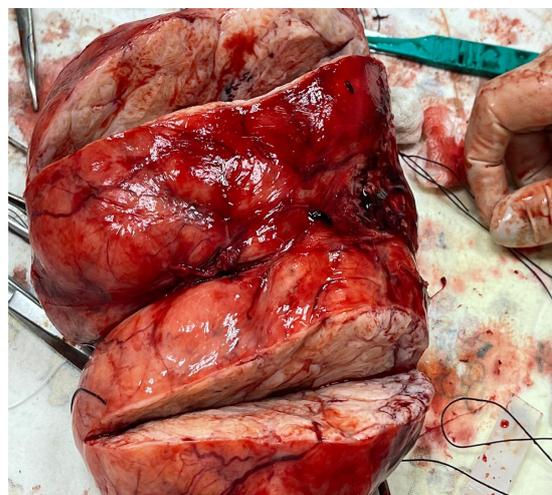
Больная А., 1985 г. р., поступила в гинекологическое отделение ТОГБУЗ «Городская клиническая больница г. Котовска» с диагнозом: «Симптомная миома матки больших размеров. Гиперменструальный синдром. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени». Жалобы при поступлении: на ноющую боль в нижних отделах живота, иррадиирующую в область прямой кишки, обильные, длительные, болезненные менструации, учащенное мочеиспускание, слабость за счет снижения гемоглобина. Считает себя больной в течение 2 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы. По поводу вышеперечисленных жалоб проведено обследование. При УЗИ органов малого таза было обнаружено: Матка в виде плотной опухоли, занимающей большую часть брюшной полости, с верхним полюсом у пупка, неровными контурами за счет множественных миоматозных узлов, расположенных интерстициально (до 45 мм) и субсерозно (до 99 × 75мм). Эндометрий неоднородный, трехслойный, экзогенность средняя. Толщина 8 мм. Яичники слева и справа не визуализируются. Шейка матки 45 × 35 мм, неоднородной структуры, с единичными жидкостными включениями до 11 мм. Заключение: миома матки больших размеров. В анамнезе у женщины срочные оперативные роды путем кесарева сечения в 2005 г., осложнившиеся послеродовым эндометритом, расхождением кожного послеоперационного шва. Проводились длительная антибактериальная терапия, наложение вторичных швов. При поступлении в отделение диагностирована анемия тяжелой степени (гемоглобин 67 г/л). После проведения геотрансфузии проведено раздельное выскабливание матки под контролем гистероскопии в целях предоперационной подготовки. Гисто-

логическое исследование: соскоб цервикального канала – кровь и неизменный крошечный фрагмент слизистой цервикального канала; в соскобе из полости матки кровь и фрагмент эндометрия с изменениями по типу стадии пролиферации. После получения гистологического исследования и на фоне проводимой антианемической терапии проведено оперативное лечение. Операция: Лапаротомия по Пфанненштилю. Иссечение кожного рубца. Надвлагалищная ампутация матки

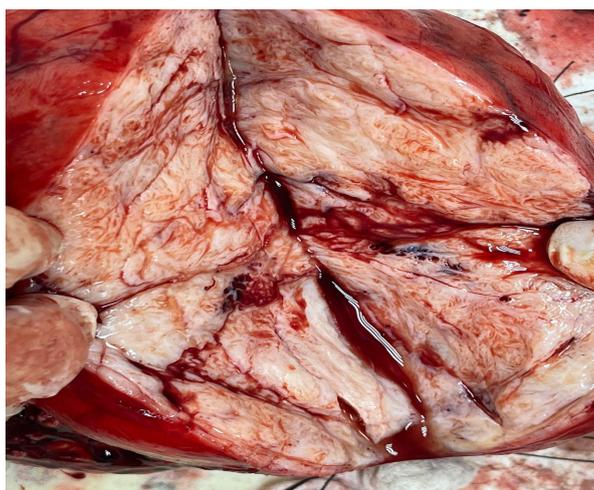
с правыми придатками, левой маточной трубой. Эпицистостомия. Санация дренирование брюшной полости. По вскрытию брюшной полости обнаружено: в малом тазу плотное, бугристое образование с выраженной сосудистой сетью размером 30 × 28 см (рис. 1, 2). Образование извлечено из брюшной полости. Образование исходит из передней стенки матки ближе к перешейку с прорастанием дна и передней стенки мочевого пузыря. Матка увеличена до 9 недель беременности (рис. 3).



**Рис. 1.** Бугристое образование с выраженной сосудистой сетью размером 30 × 28 см  
**Fig. 1.** Tuberos formation with a pronounced vascular network of 30 × 28 cm



**Рис. 2.** Миома матки с выраженной сосудистой сетью  
**Fig. 2.** Uterine fibroids with a pronounced vascular network



**Рис. 3.** Миома матки, увеличенная до 9 недель беременности  
**Fig. 3.** Uterine fibroids enlarged up to 9 weeks of pregnancy

Контуры ее неровные. Яичник справа представлен многокамерной кистой с жидкостным содержимым, размером 6 × 7 см. Левый яичник размером 3 × 4 см, обычного строения. Маточные трубы с просовидными высыпаниями. Тупым и острым путем выделена опухоль с резекцией паравезикальной клетчатки. Клеммирована, пересечена, лигирована ножка опухоли. Тело мочевого пузыря ушито с наложением эпицистостомы. Далее операция продолжена обычным методом.

В послеоперационном периоде комплексная антибактериальная терапия, инфузионная, антианемическая терапия. Результаты гистологического исследования подтвердил факт прорастания стенки мочевого пузыря. Пациентка выписана на 13 сутки после операции с катетером Фолея и цистостомой. Катетер удален на 20 сутки. Цистостома – на 25 сутки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

Данный клинический случай показывает, к каким осложнениям может привести осложненное кесарево сечение с длительным послеродовым эндометритом и расхождением швов. Миома матки – наиболее распространенное доброкачественное заболевание среди всех опухолей женской половой системы. Частота развития миомы матки у женщин репродуктивного возраста достаточно высока. Проблема, с которой может столкнуться врач – это выбор правильной и оптимальной тактики ведения, при которой должны быть учтены не только медицинские аспекты проблемы, но и решение пациентки об объеме операции и оперативном доступе.

Для каждой пациентки необходима индивидуальная тактика ее введения, выбора метода лечения, оптимальные для пациента, то есть должна быть персонализирована.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., ред. Акушерство: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
2. Sozen I., Arici A. Cellular Biology of Myomas: Interaction of Sex Steroids with Cytokines and Growth Factors. *Myomas. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2006;3(1):41-58. DOI [10.1016/j.ogc.2005.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2005.12.005)
3. Wilsin E.A., Yang F., Rees E.D. Estradiol and progesterone binding in uterine leiomyomata and in normal uterine tissues. *Obstet. Gynecol.* 1980;55:347-53.
4. Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф. Миома матки: курс на органосохранение. М.: Редакция журнала Status Praesens; 2014. 24 с.
5. Сидорова И.С., Шешукова Н.А., Закаблукова С.В. Патология эндометрия при наличии миомы матки. *Гинекология*. 2000;8(4):6-10.
6. Шляев А.Ю. Лейомиома матки (в помощь начинающему врачу). *Гинекология*. 2005;7(1):65-70.
7. Леваков С.А. Варианты развития миомы матки (простая и пролиферирующая): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2001.
8. Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В., Колесникова Т.А. Течение беременности и родов у женщин с миомой матки. В кн.: Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности. Мн.; 2017. С. 59-61.
9. Тихомиров А.Л. Новые возможности патогенетической терапии миомы матки. *Гинекология*. 2013;15(3):36-8.
10. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И. Современные возможности органосохраняющей терапии миомы матки. *Лекарственный вестник*. 2013;(4):25-8.
11. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Возможности гистерорезектоскопии при лечении больных с подслизистой миомой матки. В кн.: Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических больных: материалы 22 Международного конгресса с курсом эндоскопии. М.; 2009. С. 4.
12. Попов Э.Н. Новые технологии в гинекологии. *Врач*. 2016;(12):1-3.
13. Кулавский Е.В., Кутуев А.А. Консервативная миомэктомия у женщин фертильного возраста. В кн.: Мать и дитя: материалы 11 Всероссийского научного форума. М.; 2010. С. 416.
14. Курцер М.А., Лукашина М.В., Тищенко Е.П. Консервативная миомэктомия во время кесарева сечения. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2008;7(3):82-7.

## REFERENCES

1. Aylamazyan E.K., Kulakova V.I., Radzinskiy V.E., Saveleva G.M., eds. Obstetrics: National Guidelines. Moscow, GEOTARMedia Publ.; 2015. (In Russian).
2. Sozen I., Arici A. Cellular Biology of Myomas: Interaction of Sex Steroids with Cytokines and Growth Factors. *Myomas. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2006;3(1):41-58. DOI [10.1016/j.ogc.2005.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2005.12.005)
3. Wilsin E.A., Yang F., Rees E.D. Estradiol and progesterone binding in uterine leiomyomata and in normal uterine tissues. *Obstet. Gynecol.* 1980;55:347-53.
4. Radzinskiy V.E., Totchiev G.F. Uterine fibroids: a course on organ preservation. Moscow, Editorial of Journal Status Praesens; 2014, 24 p. (In Russian).
5. Sidorova I.S., Sheshukova N.A., Zakablukova S.V. Pathology of the endometrium in the presence of uterine fibroids. *Gynecology*. 2000;8(4):6-10. (In Russian).
6. Shilyaev A.Yu. Leiomyoma of the uterus (to help the novice doctor). *Gynecology*. 2005;7(1):65-70. (In Russian).
7. Levakov S.A. Options for Development of Uterine Fibroids (Simple and Proliferating). Dr. med. sci. diss. thesis. Moscow; 2001. (In Russian).
8. Kukharchik Yu.V., Gutikova L.V., Kolesnikova T.A. Pregnancy and labor in women with uterine myoma. In: Modern Perinatal Medical Technologies in Demography Problem Solving. Minsk; 2017, pp. 59-61. (In Russian).
9. Tikhomirov A.L. Uterine fibroid – new possibilities of nosotropic therapy. *Gynecology*. 2013;15(3):36-8. (In Russian).
10. Tkachenko L.V., Sviridova N.I. Modern possibilities of organ-preserving therapy of uterine fibroids. *Lekarstvennyy vestnik*. 2013;(4):25-8. (In Russian).
11. Strizhakov A.N., Davydov A.I. Possibilities of hysteroresectoscopy in the treatment of patients with submucosal uterine myoma. In: Proceedings of the 22nd International Congress with the Course of Endoscopy “New Technologies in the Diagnosis and Treatment of Gynecological Patients”. Moscow; 2009, p. 4. (In Russian).
12. Popov E.N. New technologies in gynecology. *Vrach*. 2016;(12):1-3. (In Russian).
13. Kulavskiy E.V., Kutuev A.A. Conservative myomectomy in women of childbearing age. In: Proceedings of the 11th All-Russian Scientific Forum “Mother and Child”. Moscow; 2010, pp. 416. (In Russian).
14. Kurtser M.A., Lukashina M.V., Tishchenko E.P. Conservative myomectomy during caesarean section. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2008;7(3):82-7. (In Russian).

### Информация об авторах

**Майорова Лариса Владимировна**, заведующая акушерско-гинекологического отделения. Городская клиническая больница г. Котовска, г. Котовск, Тамбовская область, Российская Федерация. E-mail: [namar2009@yandex.ru](mailto:namar2009@yandex.ru)

**Вклад в статью:** идея статьи, сбор клинического материала, написание части статьи.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7811-5006>

**Чернева Кристина Викторовна**, врач-стажер акушерско-гинекологического отделения. Городская клиническая больница г. Котовска, г. Котовск, Тамбовская область, Российская Федерация. E-mail: [kristy.cherneva@mail.ru](mailto:kristy.cherneva@mail.ru)

**Вклад в статью:** анализ литературы, сбор клинического материала, написание текста статьи.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7944-4645>

### Information about the authors

**Larisa V. Mayorova**, Head of Midwifery Department. Kotovsk City Clinical Hospital, Kotovsk, Tambov Region, Russian Federation. E-mail: [namar2009@yandex.ru](mailto:namar2009@yandex.ru)

**Contribution:** main article conception, clinical data acquisition, part of the article writing.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7811-5006>

**Kristina V. Cherneva**, Medical Apprentice of Midwifery Department. Kotovsk City Clinical Hospital, Kotovsk, Tambov Region, Russian Federation. E-mail: [kristy.cherneva@mail.ru](mailto:kristy.cherneva@mail.ru)

**Contribution:** literature analysis, clinical data acquisition, article text writing.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7944-4645>

**Кусков Александр Андреевич**, врач акушер-гинеколог. Тамбовская областная детская клиническая больница, г. Тамбов, Российская Федерация. E-mail: [kuskov.1993@mail.ru](mailto:kuskov.1993@mail.ru)

**Вклад в статью:** анализ литературы, редактирование статьи.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2680-2661>

Конфликт интересов отсутствует.

Поступила в редакцию 12.11.2022 г.

Поступила после рецензирования 13.12.2022 г.

Принята к публикации 31.01.2023 г.

**Aleksandr A. Kuskov**, Obstetrician-Gynecologist. Tambov Regional Clinical Hospital for Children, Tambov, Russian Federation. E-mail: [kuskov.1993@mail.ru](mailto:kuskov.1993@mail.ru)

**Contribution:** literature analysis, article editing.

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2680-2661>

There is no conflict of interests.

Received 12 November 2022

Revised 13 December 2022

Accepted 31 January 2023