

УДК 1.618.2/.3+616.5-089.88.61

© А. К. Пругло, В. В. Полищук, А. В. Могоровская, 2012.

СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ В АНАМНЕЗЕ

А. К. Пругло, В. В. Полищук, А. В. Могоровская

Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. – профессор И. И. Иванов), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь.

CASE OF CESAREAN DELIVERY OF THE PREGNANT WOMAN AFTER CONSERVATIVE LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY

A. K. Pruglo, V. V. Polishchuk, A. V. Mogorovskaya

SUMMARY

In the article has been showed the clinical case of the delivery of patient with a uterine scar after laparoscopic conservative myomectomy without information about suture of the uterus. The risk of the rupture of uterus is shown in this article, validity of waiver of attempt of vaginal births and planned caesarean section.

ВИПАДОК ОПЕРАТИВНОГО РОЗРОДЖЕННЯ У ВАГІТНОЇ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ

А. К. Пругло, В. В. Поліщук, Г. В. Могоровська

РЕЗЮМЕ

У статті представлено клінічний випадок розродження пацієнтки з рубцем на матці після лапароскопічної консервативної міомектомії без ушивання матки. Продемонстровано ризик розриву матки при даному стані, обґрунтованість відмови від спроби вагінальних пологів і планового кесарева розтину.

Ключевые слова: беременность, роды, рубец на матке, консервативная миомэктомия, кесарево сечение.

Миома матки относится к одной из самых распространённых доброкачественных новообразований женской репродуктивной системы. Распространённость данного заболевания среди женщин репродуктивного возраста колеблется от 13,3 до 27,0% [2]. Учитывая заинтересованность данного контингента пациенток в сохранении и реализации генеративной функции, на первый план выходят органосохраняющие методы лечения данной патологии, что регламентировано действующим приказом МОЗ Украины №582 от 15.12.2003 г [6]. При адекватном отборе пациенток репродуктивного возраста с миомой матки на эндоскопические операции в 97,1% случаев возможно выполнение органосберегающих операций и устранение основных патологических симптомов заболевания, в 36,7% случаев – восстановление фертильности [1, 2, 4, 8].

С целью оценки риска разрыва матки у беременных после лапароскопической консервативной миомэктомии рассмотрен клинический случай несостоятельности рубца на матке после консервативной лапароскопической миомэктомии без последующего ушивания матки, выявленного интраоперационно в качестве диагностической находки в Городском клиническом родильном доме №1 г. Симферополя.

Пациентка О., 35 лет, была взята на учет в сроке 12 недель беременности в перинатальной женской консультации клинического родильного дома №2 г. Симферополя.

DS: Беременность 38 недель и 2 дня. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Рубец на матке (после консервативной миомэктомии). Тазовое предлежание плода. Гипотиреоз, легкая степень в стадии медикаментозной компенсации.

Из анамнеза: первичное бесплодие в течение 4 лет, в 2008 г. – оперативное вмешательство лапароскопическим доступом: «Параовариоцистэктомия слева. Консервативная миомэктомия. Электрокоагуляция очагов эндометриоза», в ходе операции удален интрамурально-субсерозный узел размерами 30×25 мм, располагавшийся в области дна матки, ушивания ложа не последовало. В 2009 г. – самопроизвольный аборт в сроке 8 недель. Данная беременность 2-я, протекала на фоне низкой плацентации в 14-15 недель. В женской консультации клинико-биохимическое обследование проведено в полном объеме, в установленные сроки проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ): 14-15 недель – низкая плацентация, от 2-го скрининга отказалась, 33-34 недели беременности – тазовое предлежание плода,

плацента располагается вне зоны предлежания по передней стенке матки. Описание рубца на матке не представляется возможным. Консультирована эндокринологом: гипотиреоз, легкая степень в стадии медикаментозной компенсации.

03.06.10 г. в 12.00 поступила в родильное отделение в удовлетворительном состоянии по направлению перинатальной женской консультации.

Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 78 уд в мин. АД на правой руке – 120/80 мм рт. ст., на левой руке – 120/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень и селезенка недоступны пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Экспресс-анализ на наличие белка в моче – отрицательный.

Объективно: живот увеличен за счет беременной матки правильной овоидной формы, высота дна матки – 41 см, окружность живота – 98 см. Матка в нормальном тонусе, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выше пупка, до 140 уд. в мин.

Выделения из половых путей слизистые, умеренные. Взят мазок на *gp*, атипические клетки.

Околоплодные воды не изливались. Отеков нет. Размеры таза: D. Sp. – 25 см, D. Cr – 28 см, D. Tr. – 33 см, C. Ext. – 29 см. Предполагаемый вес плода 3600 г.

PS: шейка матки конической формы, наружный зев точечный, выделения из половых путей слизистые, умеренные.

PV: влажалоце нерожавшей, узкое. Шейка матки центрирована, мягкая, укорочена до 2 см, наружный зев проходим для 1 см, свободно, цервикальный канал проходим для 1 см, свободно. Область внутреннего зева – в виде плотного валика. Околоплодных вод достаточно. Через цервикальный канал определяются ягодички, предлежащая часть над входом в малый таз. Стенки таза гладкие. Выделения после осмотра не изменились.

Общий анализ крови от 04.06.10 г.: Hb – 115 г/л, эр – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, Ht – 32%, Tr – $207 \cdot 10^9$ /л, L – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 46 мм в час, п/я – 2%, с/я – 78%, э – 1%, л – 15%, м – 4%.

Общий анализ мочи от 04.06.10 г.: цвет желтый, реакция слабо щелочная, белок – 0,066 г/л, сахар – не обнаружен, эпителий – умеренное количество, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови от 03.06.10 г.: общий билирубин – 8,7 мкмоль/л, прямой – 2,2 мкмоль/л, не прямой – 6,5 мкмоль/л, общий белок – 65 г/л.

Коагулограмма от 03.06.10 г.: протромбиновый индекс – 100%, время рекальцификации – 98 сек., фибриноген «А» – 3,72 г/л, время свертывания – 3'00"–4'30", фибриноген «Б» – не обнаружен.

На основании жалоб, данных объективного исследования, лабораторных и инструментальных

методов исследования выставлен клинический DS: Беременность 38 недель, 6 дней. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Рубец на матке (после консервативной миомэктоми). Тазовое предлежание плода. Гипотиреоз легкой степени в стадии медикаментозной компенсации.

План ведения родов: при развитии регулярной родовой деятельности роды закончить операцией кесарева сечения.

15.06.10 г. обратилась с жалобами на регулярные схватки с 07.30. Общее состояние удовлетворительное. АД – 120/80 мм рт. ст. (на обеих руках). Пульс – 78 уд./мин. Схватки через 5 минут по 25-30 секунд, удовлетворительные по силе. Произведено измерение: окружность живота – 99 см и высота дна матки – 38 см. Предполагаемая масса плода – 3760 г. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец, прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд./мин. Околоплодные воды не отходили.

PV: шейка матки укорочена до 0,5 см. Цервикальный канал проходим для 2 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодички плода, прижаты к 1 плоскости малого таза. Мыс недостижим. Стенки таза без особенностей.

DS: Беременность 40 недель. Роды 1, 1 период родов. Чисто ягодичное предлежание плода. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Рубец на матке (после консервативной миомэктоми). Гипотиреоз, легкая степень в стадии медикаментозной ремиссии. План ведения родов: учитывая наличие послеоперационного рубца на матке после консервативной миомэктоми у роженицы с тазовым предлежанием плода и предполагаемой массой плода 3760 г, решено роды завершить путем операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте согласно действующим клиническим протоколам [6, 7].

15.06.10 г. в 08.30 в асептических условиях под эндотрахеальным наркозом произведена лапаротомия по Пфанненштилю. К ране предлежит беременная матка, центрирована. В нижнем сегменте поперечным разрезом вскрыта матка, излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. В 08.35 за ягодички извлечен живой доношенный плод мужского пола без обвития пуповины, весом 3680 г, ростом 52 см, в состоянии по шкале Апгар на 1 минуте – 8 баллов, на 5 минуте – 9 баллов. Пуповина рассечена между зажимами, ребенок передан неонатологу. Через 1 минуту рукой отделена плацента и выделен послед – целый, направлен на патогистологическое исследование. При отделении плаценты, расположенной по задней стенке матки с переходом на дно, определяется дефект мышечной стенки матки в области дна. Матка выведена в рану и осмотрена. В области дна матки на месте ранее проведенной консервативной миомэктомии отмечается дефект мышечной стенки размерами 6×8 см, в области дефекта

стенка матки истончена до 1 мм, покрыта тонкой висцеральной брюшиной. Учитывая наличие значительного по размерам дефекта мышечной стенки матки в области дна и высокую вероятность его разрыва при последующей беременности, консилиумом решено произвести стерилизацию путем перевязки маточных труб. Рана на матке ушита непрерывным двухрядным викриловым швом с перитонизацией за счет пузырьно-маточной складки. Матка сократилась, плотная. Произведена стерилизация путем перевязки маточных труб с обеих сторон способом Мадленера [3]. Гемостаз полный. Дальнейший ход операции типичен. Интраоперационная кровопотеря составила 700 мл.

Заключительный диагноз: Роды 1, срочные, в 40 недель. Чисто ягодичное предлежание плода. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Несостоятельный рубец на матке (после консервативной миомэктомии). Гипотиреоз, легкая степень в стадии медикаментозной ремиссии. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Стерилизация по Мадленеру.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 5 сутки в удовлетворительном состоянии домой с ребенком.

ВЫВОДЫ

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что лапароскопическая консервативная миомэктомия без последующего ушивания матки является показанием для планового абдоминального родоразрешения ввиду высокого риска несостоятельности рубца и может быть причиной разрыва матки, что нашло свое подтверждение на практике и продемонстрировано данным клиническим случаем [4, 5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Видео-лапароскопические операции на матке и ее придатках у больных раком молочной железы / И. Г. Комаров, Д. В. Комов, С. Ю. Слетина [и др.]. – М. : Триада-Х, 2007. – 72 с.
2. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія : підручник : у 2-х т. / Запорожан В. М., Цегельський М. Р., Рожковська Н. М. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – Т. 2. – 420 с.
3. Кулаков В. И. Гинекология – национальное руководство / В. И. Кулаков. – М. : МЕД-пресс, 2009. – 596 с.
4. Кулаков В. И. Миомэктомия и беременность / В. И. Кулаков, Г. С. Шмаков. – М. : МЕД-пресс, 2001. – 344 с.
5. Пекарев О. Г. Особенности микроциркуляции и лимфотока в рубце миомэктомии после миомэктомии / О. Г. Пекарев, Р. Г. Насирова, Н. В. Якимова [и др.] // Фундаментальные проблемы лимфологии и клеточной биологии : материалы междунар. конференции, 28-29 октября 2008 г., Новосибирск, Россия / ФГБУ «НИИКЭЛ» СО РАМН. – Новосибирск, 2008. – Т. 2 (М-Я). – С. 68–70.
6. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги : Наказ від 15.12.2003 р. / Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2003. – № 582.
7. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги : Наказ від 27.12.2011 р. / Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2011. – № 977.
8. Determinants of pregnancy rate and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy for infertility / L. Dessolle, D. Soriano, C. Poncelet [et al.] // Fertil. Steril. – 2001. – Vol. 76, № 2. – P. 370–374.