

УДК 618.3+618.4-006.36

© Коллектив авторов, 2011.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Е. Д. Минович, А. Э. Багликова, С. А. Петренко, М. А. Егорова

Центральная городская клиническая больница №6 (гл. врач – С. В. Ткачук), г. Донецк.

THE OPTIMIZATION OF TACTICS IN PREGNANTS WITH MYOMA OF UTERUS

Ye. D. Mirovich, A. E. Baglikova, S. A. Petrenko, M. A. Egorova

SUMMARY

On the a thorough clinical analysis we have developed an algorithm of pregnancy management in cases when myoma nodules obstruct fetus bearing. We have also determined indications for a planned myomectomy during pregnancy and surgical tactics for a specific operative intervention.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З МІОМОЮ МАТКИ

Є. Д. Мірович, А. Е. Баглікова, С. О. Петренко, М. О. Єгорова

РЕЗЮМЕ

На підставі всебічного клінічного аналізу розроблено алгоритм ведення вагітних у тих випадках, коли вузли міоми перешкоджають виношуванню вагітності, визначені показання до планової міомектомії під час вагітності та хірургічна тактика в разі даного оперативного втручання.

Ключевые слова: беременность, миома матки, консервативная миомэктомия.

Увеличение числа пациенток фертильного возраста, страдающих миомой матки, возрастающая современная тенденция к планированию первой беременности в позднем репродуктивном возрасте после получения образования и становления профессиональной карьеры ставят перед гинекологами проблему ведения беременности при миоме матки [1]. Течение беременности, акушерская тактика, а также методы родоразрешения при этом имеют свои особенности. К особенностям течения беременности при ее сочетании с миомой матки относятся: угроза прерывания в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и синдром задержки роста плода (СЗРП), быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, неправильные положения и предлежания плода. Роды у беременных с миомой матки также протекают с осложнениями (несвоевременное излитие вод, аномалии сократительной деятельности матки, плотное прикрепление плаценты, гипотонические кровотечения и др.). Многие исследователи отмечают, что угроза прерывания беременности отмечается у 30,0-75,0% женщин с миомой матки [1, 2].

В генезе невынашивания важная роль отводится гормональным нарушениям у больных с миомой матки. Так, многие исследователи полагают, что миома сопровождается абсолютной или относительной прогестероновой недостаточностью, что может явиться одним из способствующих моментов самопроизвольного прерывания беременности [3, 6]. По-

этому патогенетически обоснованным является назначение синтетически синтезированного прогестерона – дидрогестерона до 22-29 недель беременности [2, 3, 6]. Нередко угроза прерывания обусловлена нарушением питания миоматозных узлов, развитием отека либо некроза узла [4, 5].

Считается, что при наличии небольших узлов миомы, расположенных в теле матки, беременность протекает благоприятно [1, 6]. Метод родоразрешения выбирается индивидуально. Однако, в ряде случаев при больших и гигантских узлах, при атипичном их расположении, некрозе узла возникает необходимость хирургического вмешательства при беременности. В литературе имеются немногочисленные публикации по этому вопросу, при этом взгляды на проблему противоречивы. До настоящего времени в литературе не освещена должным образом проблема миомэктомии во время беременности, ее перспективы и возможности сохранения репродуктивной функции. Четко не определена тактика ведения беременности до и после миомэктомии.

Целью данной работы явилось улучшение репродуктивного прогноза у беременных с миомой матки больших размеров путем оптимизации тактики ведения и совершенствования абдоминальной миомэктомии у данного контингента женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 23 беременные с миомой матки, возрастом от 23 до 45 лет (средний возраст $37,4 \pm 1,2$ лет). Все женщины были

направлены в отделение патологии беременности для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения в сроках беременности от 6 до 18 недель в связи с наличием миомы матки больших размеров или с признаками угрозы прерывания. У всех беременных узлы были субсерозными или субсерозно-интерстициальными, размеры узлов варьировали от 6 до 12 см в диаметре, при этом у 14 пациенток миома матки была множественной.

У 5 (21,7%) пациенток в анамнезе были одни роды, у 18 женщин настоящая беременность была первой, причем по поводу бесплодия обследовались и лечились 16 пациенток. У 4 женщин миома матки была обнаружена еще до беременности, у 19 – в ранние сроки гестации. У всех пациенток рост миомы прогрессировал с наступлением беременности. Кроме миомы матки, 3 беременные имели в анамнезе аденомиоз, у 5 была дисфункция яичников. Из экстрагенитальной патологии у 2 беременных был хронический пиелонефрит, у 1 – гипертоническая болезнь, у 4 – патология щитовидной железы, у 1 – недостаточность митрального клапана.

Беременные были обследованы с помощью ультразвуковых и лабораторных методов исследования, при необходимости были проведены консультации смежных специалистов. Размеры, особенности расположения миоматозных узлов относительно плацентарного ложа, интенсивность кровотока, их структура и степень васкуляризации определялись при помощи ультразвукового исследования с применением энергетического доплеровского режима на аппарате «Toshiba Neomio XG». Оценка маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока проводилась с помощью доплерографии при сроках беременности 16-18 недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении доплерометрического исследования у 14 женщин выявлено одностороннее или двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях. Показаниями для оперативного вмешательства во время беременности были узлы, препятствующие вынашиванию беременности или представляющие опасность для здоровья (опухоль с признаками быстрого роста и деструкции, сдавление смежных органов).

Всем женщинам данной группы была выполнена консервативная миомэктомия в плановом порядке при сроке беременности 16-19 недель после обследования и предоперационной подготовки токолитическими препаратами в течение 3 дней. Токотитики (Гинипрал) применяли как рег ос по 1/2 таблетки 4-6 раз в сутки вместе с Верапамилом, так и внутривенно в дозе 0,5 мг токолитического препарата с 40 мг Верапамила в 400 мл изотонического раствора хлорида натрия. Кроме того, в комплекс терапии, направленной на пролонгирование беременности, входил препарат Магне-В₆ (по 2 таблетки 3 раза в сутки).

Хирургическая тактика консервативной миомэктомии при беременности была направлена на соблюдение следующих условий: 1) минимальная травматичность для плода; 2) минимальная кровопотеря; 3) выбор рационального разреза на матке с учетом последующего абдоминального родоразрешения; 4) использование шовного материала, способного образовывать полноценный рубец на матке. При проведении консервативной миомэктомии во всех случаях применялась перидуральная анестезия, имеющая минимальное воздействие на плод.

Для создания оптимального доступа к атипично расположенным узлам миомы, а также наиболее щадящих условий для беременной матки и плода применяли нижнесрединную лапаротомию.

Важным моментом хирургической тактики при беременности была целесообразность удаления только крупных узлов (от 5 см в диаметре и более), препятствующих вынашиванию настоящей беременности. Удаление всех узлов (более мелких) создает неблагоприятные условия для кровоснабжения миометрии, заживления раны на матке и развития плода.

Тело матки с расположенным в нем плодом не фиксировалось, а свободно располагалось в брюшной полости. Во избежание дополнительной кровопотери, учитывая выраженную сосудистую сеть с хорошо развитыми коллатеральными узлами миомы захватывали марлевыми тампонами, смоченными теплым изотоническим раствором хлорида натрия, без использования травматичных зажимов. Продольным разрезом по средней линии рассекали капсулу узла. Миоматозный узел выделяли острым и тупым путем с одновременным лигированием всех сосудов, расположенных в миометрии. Ложе узлов ушивали. Большое значение в исходе операции и беременности нами отведено шовному материалу и методике наложения швов на матку. Основным шовным материалом, который использовали при хирургических вмешательствах во время беременности, был викрил № 0 и 1. Наложение швов на матку проводили в один-два ряда. Накладывали только узловые швы, так как в этом случае закрытие ран считается более надежным. Удаленность швов друг от друга была 1 см. Таким образом, ткани удерживались в состоянии репозиции, не возникала ишемия прошитых и прилежащих участков. Во всех случаях в задний свод устанавливали контрольный дренаж.

Далее проводились мероприятия, направленные на пролонгирование беременности. Принимая во внимание гиперэстрогению у беременных с миомой матки, применяли Дуфастон по 10 мг 2 раза в сутки, прием продолжали до 22-29 недель.

В послеоперационном периоде необходимо создание благоприятных условий для репарации тканей, в связи с чем проводилась интраоперационная антибиотикопрофилактика, профилактика гнойно-септических осложнений, инфузионная терапия, вос-

становливалась адекватная функция кишечника. Учитывая, что у данного контингента беременных наблюдается высокая частота нарушения кровотока в маточных артериях (по данным доплерометрических исследований), с целью улучшения маточно-плацентарной гемодинамики нами применялась озонотерапия (5-7 процедур). Концентрация озона в газовой смеси составляла 0,5-0,7-1,0-1,2 мг/л.

На 10-14-е сутки после операции беременные с прогрессирующей беременностью выписывались.

В сроке 37 недель гестации всех беременных госпитализировали в отделение патологии беременности для родоразрешения. Во всех случаях произведено плановое кесарево сечение. Извлечены новорожденные с высокой оценкой по шкале Апгар (8 и 9 баллов) и массой тела 2700-4000 г. Разрез передней брюшной стенки был нижнесрединным с иссечением кожного рубца, при этом рубцы на матке после миомэктомии практически не визуализировались. Продолжительность кесарева сечения составляла 35-60 минут; кровопотеря во время операции – 500-700 мл. Течение послеоперационного периода у 19 (82,6%) женщин было неосложненным, у 4 (17,4%) отмечена субинволюция матки.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение консервативной миомэктомии во время беременности в оптимальные сроки позволяет улучшить последующий репродуктивный прогноз, сохранить матку и получить желанного ребенка с наименьшим риском для матери.

2. Следует отметить, что миомэктомия во время беременности имеет свои особенности по сравнению с миомэктомией вне беременности. Это связано с наличием расширенной сосудистой сети, высоким риском повышенной кровопотери, необходимостью особенно тщательного формирования рубца, способного выдержать растяжение с увеличением срока беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миома матки: современное состояние вопроса // Р. В. Волков, И. Д. Евтушенко, С. Н. Иванов [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2004. – Т. 19, № 4. – С. 126–130.

2. Савицкий Г. А. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. – СПб., 2000. – 146 с.

3. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В. М. – М.: Триада-Х, 2005. – 304 с.

4. Cobellis L. Hemostatic technique for myomectomy during cesarean section / Cobellis L., Pecori E., Cobellis G. // International Journal of Gynecology and Obstetrics. – 2002. – Vol. 79. – P. 261–265.

5. Gabbe S. G. Obstetrics: normal and problem pregnancies / Gabbe S. G., Niebyl J. R., Simpson J. L. – New York: Churchill Livingstone, 2002. – 599 p.

6. Kwawukume E. Y. Myomectomy during cesarean section / E. Y. Kwawukume // International Journal of Gynecology and Obstetrics. – 2002. – Vol. 76. – P. 183–184.