

# Сучасний підхід до лікування міом матки у вагітних II триместру

*М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, С.В. Грідчин, О.М. Павелко*  
Київський міський пологовий будинок № 5

У статті наведено результати застосування аргоноплазмової коагуляції при міомектомії у двох пацієнок у II триместрі вагітності. Результати дослідження свідчать, що завдяки застосуванню аргоноплазмової коагуляції створюється швидкий гемостаз, зменшується об'єм крововтрати і інтенсивність больового синдрому, а також скорочуються строки перебування пацієнок у стаціонарі.

**Ключові слова:** міома, вагітність, міомектомія, аргоноплазмова коагуляція, гемостаз.

Міома матки є однією із найбільш поширених доброякісних пухлинних захворювань жіночої статевий системи і несприятливо впливає на репродуктивне здоров'я жінки. Згідно з літературними даними різних авторів поширеність міоми матки і вагітності складає 0,5–6% [1, 2]. Також, слід зазначити тенденцію до «омолодження» даної патології – зростає кількість жінок, хворих на міому, віком до 30 років (в активному репродуктивному віці), при цьому міома матки у молодих жінок (20–25 років) нерідко має активний характер (швидкий ріст, утворення багаточисленних міоматозних вузлів, збільшення їхнього розміру під час вагітності), що значною мірою ускладнює перебіг вагітності і пологів.

Останнім часом перед акушерами все частіше постає питання про можливість подовження вагітності у пацієнок з міомою матки, оскільки до особливостей перебігу вагітності при цьому відносять загрозу переривання у різні гестаційні строки, фетоплацентарну недостатність та синдром затримки росту плода, завмирання плода, швидкий ріст новоутворення, порушення живлення і некротизування міоматозного вузла, відшарування плаценти, неправильні положення плода.

Слід зазначити, що пологи у пацієнок із міомою також перебігають із ускладненнями: аномалії скоротливої здатності матки, несвоєчасне відходження вод, дистрес плода, щільне прикріплення плаценти, гіпотонічні кровотечі, субінволюція матки і післяпологовий період тощо. При цьому перебіг вагітності, акушерська тактика, а також методи розродження мають цілу низку своїх особливостей. Так, ускладнений перебіг вагітності і пологів визначають високу частоту хірургічних втручань, що нерідко закінчується лапаротомією та хірургічною зупинкою кровотечі. Кесарів розтин у пацієнок з міомою здебільшого закінчується розширенням об'єму оперативного втручання. Ускладнений перебіг вагітності і пологів потребують індивідуального підходу у кожному конкретному випадку. Перш за все це стосується необхідності проведення міомектомії під час гестації.

Хірургічна тактика консервативної міомектомії при вагітності пов'язана із виконанням таких умов: мінімальною травматичністю для плода і крововтратою; раціоналізацією розрізу на матці з урахуванням наступного абдомінального розродження; вибором оптимального шовного матеріалу (міцність, мінімальна алергогенність, здатність утворювати повноцінний рубець).

Метою застосування аргоноплазмової коагуляції при міомектомії у вагітних є створення повноцінного рубця на матці, зменшення інтраопераційної крововтрати, покращання якості життя за рахунок зменшення больового синдрому, відмова від антибактеріальної терапії і обмеження застосування анальгетиків у ранній післяопераційний період, а також строків перебування у стаціонарі.

В акушерській практиці застосування аргоноплазмової коагуляції є перспективним методом при міомектомії у вагітних, оскільки зменшується об'єм крововтрати, одночасно видалення і коагуляція ложа міоматозного вузла.

Дві пацієнтки на різних строках гестації (13–14 та 18–19 тиж) знаходились під спостереженням у Київському міському пологовому будинку № 5 у відділенні гінекології. Вік вагітних складав до 30 років, обидві жінки народжували вперше, у обох пацієнок міому матки було діагностовано ще до вагітності.

Під час огляду вагітних звертали увагу на локалізацію міоматозних вузлів, їхню структуру, розташування плаценти, тонус і збудливість міометрія.

У обох пацієнок спостерігали пухлини великого розміру (більше 10 см у діаметрі) із субсерозною локалізацією, що перешкоджали розвитку вагітності, створюючи симптоми здавлення тазових органів. На строках 13–14 та 18–19 тиж було проведено міомектомію.

Оперативне втручання обох пацієнткам проводили під епідуральною анестезією, що дозволяло досягти максимальної релаксації і мінімального впливу на плід; проводили нижньосерединну лапаротомію створюючи оптимальний доступ до вузлів і знижуючи тим самим ризики для матки і плода. Під час міомектомії після накладання дворядних окремих швів застосовували аргоноплазмову коагуляцію, використовуючи при цьому апарат Maxium (KLS Martin group), режим «аргон Ендо» при потужності 35 Вт, потік аргону 5 л/хв, температура плазми впливу до 120 °С, час впливу 2–4 с.

Тривалість операції – 30 хв, на матці було створено повноцінний рубець, об'єм крововтрати під час операції становив 100 мл.

Ранній післяопераційний період характеризувався менш вираженим больовим синдромом, додаткову антибактеріальну терапію не застосовували. Обою жінок було виписано зі стаціонару на 4-ту добу.

Під час подальших спостережень за пацієнтками було виявлено, що вагітність перебігала нормально і обою жінкам було проведено кесарів розтин у термін пологів в плановому порядку; пологи закінчилися народженням живих доношених дітей, збереженням репродуктивної функції.

Таким чином, застосування високочастотної монополярної аргоноплазмової коагуляції при міомектомії у вагітних є безпечним для матері, зменшує об'єм крововтрати, забезпечує якісний гемостаз, попереджає запальні ускладнення, сприяє загоєнню операційної рани, зменшує вираженість больового синдрому і тривалість перебування у стаціонарі.

**Современный подход к лечению миомы матки у беременных II триместра**

**М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, С.В. Гридчин, Е.Н. Павелко**

В статье приведены результаты применения аргоноплазменной коагуляции при миомэктомии у двух пациенток во II триместре беременности. Результаты исследования свидетельствуют, что благодаря применению аргоноплазменной коагуляции создается быстрый гемостаз, уменьшается объем кровопотери и интенсивность болевого синдрома, а также сокращаются сроки пребывания пациенток в стационаре.

**Ключевые слова:** миома, беременность, миомэктомия, аргоноплазменная коагуляция, гемостаз.

**Modern approach of hysteromyomas treatment for pregnant in the second trimester**

**M.V. Makarenko, D.A. Govseev, S.V. Gridchin, E.N. Pavelko**

In the article the results of application with argon plazma coagulation are resulted at a myomectomy for two patients in a midpregnancy. Research rotined that due to application of argon plazma coagulation rapid hemostasis is created, reduced the volume of blood loose and intensity of pain syndrome diminishes, and also the terms of stay of patients grow short in permanent establishment.

**Key words:** mioma, myomectomy, argon plazma coagulation, hemostasis.

**Сведения об авторах**

**Макаренко Михаил Васильевич** – Киевский городской родильный дом № 5, 03037, г. Київ, Краснозвездный пр., 2; тел.: (044) 275-80-77

**Говсеев Дмитрий Александрович** – Киевский городской родильный дом № 5, 03037, г. Київ, Краснозвездный пр., 2; тел.: (044) 275-80-77

**Гридчин Сергей Васильевич** – Киевский городской родильный дом № 5, 03037, г. Київ, Краснозвездный пр., 2; тел.: (044) 275-26-35

**Павелко Елена Николаевна** – Киевский городской родильный дом № 5, 03037, г. Київ, Краснозвездный пр., 2; тел.: (044) 275-26-35

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Айвазова С.Ф. Допплерометрическое исследование кровотока фетоплацентарного комплекса у беременных с миомой матки // Вестник новых медицинских технологий, вып. № 4, том XIV, 2007.

2. Кустаров В.Н., Татаров А.С. Тече-

ние беременности, родов и послеродового периода у пациенток с простой и пролиферирующей миомой матки //Казанский медицинский журнал, вып. № 3, том 91, 2010. – С. 394–397.

3. Сидорова И.С., Унанян А.Л., Аге-

ев М.Б. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста // Акушерство, гинекология и репродукция, вып. № 4, том 6, 2012. – С. 22–28.

4. Ищенко А.И., Жуманова Е.Н.,

Ищенко А.А. Репродуктивная функция женщин после консервативной миомэктомии с наложением кругового рассасывающегося компрессионного шва на область внутреннего зева //Акушерство, гинекология и репродукция, вып. № 3, том 7, 2013.

Статья поступила в редакцию 24.11.2014

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**ПНЕВМОНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ГЛАВНЫХ ПРИЧИН ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В УКРАИНЕ - МИНЗДРАВ**

В Украине пневмония занимает 3 место по причинам детской смертности. Об этом во время брифинга сообщила главный внештатный специалист по детской иммунологии Минздрава Украины Людмила Чернышева.

По ее словам, пневмония является главной причиной детской смертности во всем мире:

ежегодно болезнь уносит жизни около 1,4 млн детей в возрасте до 5 лет.

"Это больше чем СПИД, малярия и корь вместе взятые. По данным отчета ВОЗ в 2010 году среди причин смертности детей до 5 лет на мировом уровне пневмония занимает 1 место (18%), в Украине 3 место (12%) после врожденных ано-

малий и недоношенности", - сказала Л.Чернышева.

Ежегодно в Украине регистрируют около 90 тыс. случаев пневмонии у детей до 17 лет, а каждые 3 дня от пневмонии умирает 1 ребенок до 4 лет.

Источник: УНН  
<http://www.unn.com.ua/>