

Миомэктомия во время беременности: показания, особенности хирургической тактики и анестезии, предоперационная подготовка и реабилитация (клинический случай)

С.Н. Буянова, С.А. Гукасян, Н.В. Юдина

РМЖ. Акушерство. Гинекология. 09 сентября 2014 г, № 19

Сообщение о первой миомэктомии во время беременности было опубликовано Granvill в 1827 г. Позднее Ammussat (1840) и A.L. Atlee (1845) сообщили об удалении узла миомы во время беременности. Первые шаги по внедрению реконструктивных операций при миоме матки предприняли за рубежом Rukronlein (1890) и W. Muller (1885), а в России – Д.А. Абуладзе. Они рекомендовали миомэктомию как операцию, сохраняющую, а у многих женщин – восстанавливающую их детородную функцию, поскольку 30% пациенток с миомами матки были бесплодными.

Миома матки обнаруживается приблизительно у каждой 4–5-й женщины после 30 лет [6]. Сочетание беременности и миомы в 70-е годы XX века, по данным различных авторов, колебалось от 0,3% до 5%, а в настоящее время этот процент гораздо выше, что объясняется как увеличением частоты развития миомы, так и расширением возможностей ее обнаружения при УЗИ.

Беременность предполагает возникновение дополнительной нагрузки для матки, выполнение которой может быть осложнено наличием миоматозных узлов, рост таких узлов чаще всего происходит во время беременности.

Поскольку число женщин, имеющих сочетание миомы матки и беременности, возрастает, акушерам-гинекологам все чаще приходится уточнять тактику ведения больных с миомой матки во время беременности [4, 9, 10].

Нередко само наступление беременности у женщин с миомой матки – единственный шанс стать матерью. Течение беременности, акушерская тактика, а также методы родоразрешения при этом имеют свои особенности. Зачастую течение беременности у таких пациенток осложняется угрозой ее прерывания в различные сроки (частота этого осложнения колеблется от 14% до 25%) (Персианинов Л.С., 1972; Аксенов Т.А., 1978; Буянова С.Н. и др., 1998), фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) и синдромом задержки роста плода, быстрым ростом опухоли, нарушением питания и некрозом миоматозного узла, отслойкой плаценты, особенно в тех случаях, когда она полностью или частично расположена в области миоматозного узла, а также неправильным положением и предлежанием плода. Роды у беременных с миомой матки также протекают с осложнениями: несвоевременное излитие вод, аномалии сократительной деятельности матки, дистресс-синдром плода, плотное прикрепление плаценты, гипотонические кровотечения, субинволюция матки в послеродовой период и др.

Осложненное течение беременности и родов определяет высокую частоту оперативных вмешательств и акушерских пособий у беременных с опухолями матки. Кесарево сечение при наличии миомы матки, как правило, заканчивается расширением объема оперативного вмешательства (миомэктомия, удаление матки). Осложненное течение беременности и родов требует строго дифференцированного подхода к ведению беременных с миомой матки и определяет индивидуальную акушерскую тактику в каждом конкретном случае. Прежде всего, это

касается решения вопросов о необходимости, возможности и условиях миомэктомии во время гестации [1, 2]. Важный принцип, который следует подчеркнуть особо: показанием к миомэктомии является не сам факт наличия миомы у беременной, а высокий риск осложнений, который она представляет в каждом конкретном случае для состояния здоровья, в первую очередь будущей матери, а также плода.

Сроки проведения и показания к миомэктомии во время беременности. По нашему мнению, оптимальным для проведения плановой миомэктомии является срок беременности 14–16 нед, который характеризуется началом полноценного функционирования плаценты и возрастанием уровня прогестерона в периферической крови в 2 раза. Прогестерон препятствует развитию регулярных сокращений миометрия, усиливает заpirательную функцию внутреннего маточного зева. По нашему мнению, основными показаниями к миомэктомии во время беременности являются:

- большие и гигантские размеры узлов, препятствующие протеканию беременности и занимающие всю брюшную полость;
- нарушение кровообращения, некроз узлов, подтвержденные при УЗИ (почти во всех случаях);
- атипичное расположение узлов миомы (шеечные, перешеечные, интралигаментарные), приводящее к нарушению функции тазовых органов (дизурические явления, стойкая боль);
- невозможность прерывания беременности с использованием вагинального доступа из-за больших шеечно-перешеечных узлов при стойкой клинической картине угрозы прерывания беременности.

По нашим данным, риск потери плода при миомэктомии в обозначенной ситуации минимален, если толщина миометрия между нижним полюсом узла и полостью матки превышает 0,5–0,7 см.

Наиболее часто встречающимся осложнением беременности при наличии опухоли матки является угроза ее прерывания. По данным И.С. Сидоровой (1985), это осложнение у беременных с миомой наблюдается в 30–75% случаев. По данным Н.П. Василенко и Г.Л. Дорониной (1988), у 15% женщин миома явилась причиной прерывания беременности. Угроза прерывания беременности в первые 12 нед является наиболее значимой, поскольку в это время происходит эмбриогенез и формирование плаценты. Угрожающее прерывание беременности в I триместре часто осложняет нормальное течение этих процессов, что может привести к развитию плацентарной недостаточности, страданию плода. В число методов обследования беременной перед миомэктомией входит контроль за содержанием гормонов фетоплацентарного комплекса в плазме крови. Учитывая, что чаще всего основным патогенетическим механизмом невынашивания беременности является абсолютная или относительная прогестероновая

недостаточность, лечение угрожающего аборта в I триместре должно быть в первую очередь направлено на восполнение недостаточности прогестерона [5, 6, 10]. Беременным с миомой матки следует назначать микронизированный прогестерон в дозе 400–600 мг или дидрогестерон в дозе 20–30 мг/сут с момента констатации беременности.

Принимая во внимание высокий риск прерывания беременности после оперативного вмешательства, интенсивную профилактику данного осложнения, мы начинали еще в предоперационный период (за 5–7 дней до операции). Она включала в себя внутривенное введение адреномиметиков (гексопреналин 5 мг в изотоническом растворе натрия хлорида), сернокислой магнезии 30,0 на 200 мл изотонического раствора натрия хлорида. Препараты вводили внутривенно капельно медленно. Для профилактики побочного действия β-адреномиметиков со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия) препараты вводили вместе с антагонистами кальция (верапамил). Инфузионная терапия продолжалась 7–10 сут после операции с постепенным переходом на таблетированные формы. Дозу подбирали индивидуально в зависимости от выраженности симптомов угрозы прерывания беременности. В конце внутривенного введения препаратов при выраженной угрозе прерывания беременности вводили 5,0 мл метамизола натрия внутривенно струйно, так как комбинированные препараты метамизола натрия обладают антипростогландиновым эффектом. Они были включены в комплекс терапии, направленной на пролонгирование беременности. Учитывая, что миома матки отрицательно влияет на фетоплацентарный кровоток, особенно в тех случаях, когда плацента локализована в области миоматозного узла, мы также проводили терапию, направленную на улучшение состояния кровотока. Для этого пациенткам назначали дипиридамол по 0,025 г 3 раза в сутки, а также препараты для профилактики внутриутробной гипоксии плода (пираретам, кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота, 40% раствор глюкозы).

Выбор метода анестезии при операциях, проводимых у беременных пациенток, определяется многими факторами, в том числе опытом и квалификацией анестезиологической бригады. Во время оперативного вмешательства при беременности соблюдаются следующие условия: обеспечение безопасности состояния матери во время операции, поддержание нормального маточно-плацентарного кровотока, максимальная защита плода и избегание факторов, приводящих к повышению тонуса миометрия. Операции проводились на сроке беременности от 14–16 нед, поскольку именно в этот период снижается риск тератогенного действия многих средств, используемых для анестезии, как во время операции, так и в послеоперационный период. Среди всех прочих методов анестезии использовали эпидуральную блокаду, которая позволяет получить продолжительное и эффективное обезболивание во время операции и продолжить его в послеоперационный период. Во время операции и в послеоперационный период в палате интенсивной терапии проводили тщательный мониторинг. Нами использовался раствор ропивакаина как наиболее безопасный в настоящее время локальный анестетик.

Для обеспечения большей безопасности миомэктомию во время беременности, снижения послеоперационных осложнений была разработана хирургическая технология миомэктомию при беременности. Миомэктомию во время беременности имеет свои особенности по сравнению с миомэктомией вне беременности, что связано с наличием расширенной сосудистой сети, высоким риском повышенной кровопотери. Основные принципы миомэктомию во время беременности – это создание условий для исключения травматизации плода, минимальной кровопотери, снижения риска гнойно-септических осложнений и выбор рационального разреза на матке с учетом последующего абдоминального родоразрешения. Мы применяем нижнесрединную лапаротомию для создания наиболее щадящих условий для беременной и плода, а также

оптимального доступа к атипично расположенным узлам. Тело матки с расположенным в нем плодом выводится в рану и удерживается ассистентом, что позволяет уменьшать кровопотерю. Разрез целесообразно проводить по верхнему полюсу узла во избежание травмы магистральных сосудистых пучков. Важная роль в исходе операции отводится шовному материалу и методике наложения швов на матке. Основным шовным материалом, который используют при хирургических вмешательствах, является викрил. Зашивание ложа узла производят викрилом № 00, отдельными узловыми швами. Необходимо прокалывать всю толщину миометрия во избежание образования гематом в ране. Считаем важным наложение достаточного редких швов: через 7–10 мм друг от друга. Второй ряд швов – между узлами первого ряда. Таким образом, ткани удерживаются в состоянии репозиции без риска ишемии в прошитых и прилежащих участках. Особое внимание уделяется тщательности гемостаза, учитывая выраженность кровоснабжения матки во время беременности. Во время беременности удаляют только доминантные, т. е. большие узлы, составляющие проблему для пролонгирования гестации. Удаление всех узлов приводит к увеличению кровопотери, создает неблагоприятные условия для кровоснабжения миометрия, что повышает риск потери плода.

Послеоперационное ведение беременных, перенесших миомэктомию, имеет свои особенности, обусловленные необходимостью создания благоприятных условий для репарации тканей, профилактики гнойно-септических осложнений, адекватного функционирования кишечника, ликвидации угрозы прерывания беременности и улучшения маточно-плацентарного кровотока. После хирургического вмешательства в течение 2–3 дней проводилась интенсивная инфузионная терапия, включающая белковые, кристаллоидные препараты и средства, улучшающие микроциркуляцию и регенерацию тканей. Вопрос о длительности инфузионной терапии решается индивидуально в каждом конкретном случае и зависит от объема оперативного вмешательства и кровопотери. С целью профилактики гнойно-септических осложнений необходимо проводить антибактериальную профилактику (цефалоспорины). В зависимости от выраженности клинических признаков угрозы прерывания беременности с первых часов после операции продолжается терапия, направленная на сохранение беременности (токолитики, спазмолитики, сульфат магния по общепринятым схемам). В дальнейшем, при необходимости, пероральный прием препаратов назначают до 36 нед гестации с постепенным снижением дозы [10].

На базе МОНИИАГ проводилось обследование и лечение 90 пациенток репродуктивного возраста (от 21 до 43 лет), которым была проведена миомэктомию лапаротомическим доступом во время беременности. Прослежены ближайшие и отдаленные результаты за 5-летний период. Показаниями к миомэктомию во время беременности во всех случаях явились ситуации, представляющие высокий риск нарушения состояния здоровья матери и плода. Так, у четверти беременных были симптомы нарушения функции мочевой системы при шеечно-перешеечных и интерлигаментарных узлах (задержка мочи, требующая катетеризации мочевого пузыря, уретерогидронефроз); у 53% имелись клинические и УЗ-признаки нарушения кровообращения узла (боль, мягкая консистенция, отек, деструкция); у 34,7% – большие и гигантские размеры узлов, заполняющие брюшную полость при сроке беременности до 16 нед. Во всех случаях нами были проведены органосохраняющие операции. Беременность у пациенток протекала удовлетворительно и закончилась родами в 37–39 нед. У 69 (76,7%) пациенток беременность завершилась оперативными родами (кесарево сечение в доношенном сроке беременности), а у 21 (23,3%) пациентки произошли самопроизвольные роды. У 6 женщин при кесаревом сечении обнаружен незна-



Рис. 1. Беременность 16–17 нед. Интралигаментарная миома матки справа



Рис. 2. Миомэктомия. Вылущивание миоматозного узла



Рис. 3. Миомэктомия. 2-й ряд серозно-мышечных швов



Рис. 4. Миоматозный узел на разрезе с участками деструкции

чительный спаечный процесс. Также следует отметить, что в большинстве случаев рубцы на матке не визуализировались, миометрий не был истончен.

Значение реконструктивно-пластических операций при миоме матки во время беременности определяется возможностью создания благоприятных условий для дальнейшего вынашивания беременности и благополучного родоразрешения.

Пациентка Р., 40 лет. Поступила в гинекологическое отделение МОНИИАГ с диагнозом: интерстициальная миома матки больших размеров с центростремительным ростом и перешеечным расположением узлов, с симптомом быстрого роста. Беременность 16–17 нед. Угроза прерывания беременности. Анемия легкой степени. Пациентка страдала первичным невынашиванием беременности (5 самопроизвольных выкидышей в анамнезе в сроке от 8 до 12 нед.). Толщина миометрия от нижнего полюса узла до полости матки – 3 мм.

С учетом заинтересованности пациентки в сохранении беременности в клинике начато лечение, направленное на ее пролонгирование, профилактику ФПН, назначена противоанемическая терапия (дидрогестерон, сернокислая магnezия, гексопреналин внутривенно капельно и таблетированная форма, вазоактивные препараты – ксантинола никотинат внутривенно капельно, дипиридамо, эссенциальные фосфолипиды внутривенно струйно, спазмолитические и седативные препараты, препараты железа). Под эпидуральной анестезией проведены нижнесрединная лапаротомия, миомэктомия (без вскрытия полости матки), санация и активное трансабдоминальное дренирование полости малого таза. При вскрытии обнаружено: матка синюшной окраски, ротирована влево, увеличена до 28 нед беременности за счет множественной миомы и беременности 16–17 нед.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванова Н.В., Бугеренко А.Е., Азиев О.В., Штыров С.В. // Вестн. Росс. Асоц. акуш.-гин., 1996. – № 4. – С. 58–59.
2. Смицкий Г.А. // Вест. Росс. асоц. акуш.-гин., 1997. – № 3. – С. 84–86.
3. Бабунашвили Е.Л. Репродуктивный прогноз при миоме матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – С. 24.
4. Вихляева Е.М. Руководство по диагно-

5. тике и лечению лейомиомы матки. М: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 400.
5. Краснопольский В.И., Сергеев П.В., Гаспарян Н.Д. и др. Беременность и прогестеронзависимая миома матки // Рос. вестн. акуш.-гин., 2003. – № 3:3. – С. 5–57.
6. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. – М.: Миклош, 2005. – С. 5–136, 162.

7. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. и др. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки // Рос. вестн. акуш.-гин., 2005. – № 5:2. – С. 74–76.
8. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – С. 98–125.
9. Титченко И.П. Клиническое значение новых ультразвуковых диагностических техно-

10. логии в выборе тактики лечения миомы матки вне и во время беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 2007. – С. 24.
10. Шмаков Г.С. Миомэктомия во время беременности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук, М., 1997. – С. 48.
11. Donnerz J., Jadoul P. What are the implications of myomas on fertility? A need for a debate? // Human Reprod. 2002. – Vol. 17:6. – P. 1424–1430.

ПОЛІЖИНАКС

Склад: 1 капсула вагінальна містить неоміцину сульфат 35 000 МО, поліміксину В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО.

Фармакотерапевтична група. Протимікробні та антисептичні засоби для застосування у гінекології. Антибіотики. Ністатин, комбінації. Код АТХ G01A A51.

Показання. Лікування вагітні, спричиненого чутливими до препарату мікроорганізмами, у тому числі:

- бактеріальний вагініт, спричинений банальною піогенною мікрофлорою;
- рецидивуючий неспецифічний вагініт;

- вагініт, спричинений грибами роду *Candida* (*Candida albicans* і *Candida non-albicans*);

- вагініт, спричинений змішаною інфекцією.

З метою профілактики інфекційних ускладнень Полжінакс рекомендується застосовувати перед початком будь-якого хірургічного втручання на статевих органах, перед аборт, встановленням внутрішньоматкового засобу, перед і після діатермокоагуляції шийки матки, перед проведенням внутрішньоматкових та внутрішньоуретральных обстежень, перед пологами.

Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента (комбінації компонентів) препарату. Через наявність олії соєвої Полжінакс протипоказаний пацієнтам з алергією до сої та арахісу.

Застосування у період вагітності або годування груддю. У клінічних дослідженнях Полжінаксу на даний час не було відзначе-

но та не повідомлялося про випадки виникнення вад розвитку або фетотоксичності. Спостережень за вагітністю, що зазнала впливу цього лікарського засобу, недостатньо, щоб виключити будь-який ризик. Тому застосування препарату у період вагітності можливе лише за призначенням лікаря у тих випадках, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода.

Через відсутність даних щодо проникнення препарату у грудне молоко застосування цього препарату слід уникати у період годування груддю.

Спосіб застосування та дози. Дорослим застосовувати інтравагінально ввечері перед сном 1 капсулу на добу. Курс лікування – 12 діб, профілактичний курс – 6 діб. Не слід переривати курс лікування під час менструації.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. Іннотера Шузі, Франція/Innothera Chouzy, France.