

МЕТОДИКА ПЕРЕВЯЗКИ МАТОЧНЫХ СОСУДОВ ПРИ МИОМЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

М.Т. ХУСАНХОДЖАЕВА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Министерство Здравоохранения
Республики Узбекистан

ҲОМИЛАДОР АЁЛДА МИОМЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯ ВАҚТИДА БАЧАДОН ТОМИРИНИ БОҒЛАШ УСЛУБИ

М.Т. ХУСАНХОДЖАЕВА

Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

THE METHOD OF LIGATION OF THE UTERINE VESSELS WITH MYOMECTOMY IN PREGNANT WOMEN

M.T. KHUSANKHODJAEVA

Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

Ҳомиладорликнинг 9 ҳафталиги даврида биринчи тугувчи аёлда йирик мушаклараро миоматоз тугуннинг ишемияси туфайли самарали қилинган миомэктомия операцияси. Қон кетишини олиш учун операция вақтида бачадон томирини биртомонлама боғлаш усулини қўлланиш. Операциядан кейин асоратлар бўлмади, ҳомила ривожланиши ҳозирги пайта 14 ҳафталик.

Калит сўзлар: бачадон миомаси, консерватик миомэктомия, бачадон биртомонлама боғланиши.

A case of successful myomectomy large intramuscular ischemia myoma over, was node in fist pregnant women in the period of 9 weeks. For decreasing the stage of blood losing before enucleating of myoma staging was using homelier bandaging uterine vessels on the side of tumor localization. A complication isn't present now, pregnant is progressing and now the term of pregnant period going good of 14 weeks.

Key words: hysteromyoma, pregnancy, bandage uterine vessels, conservative myomectomy.

Введение. Миомы матки (ММ) во время беременности, по данным различных авторов, увеличилось до 5,0%, что объясняется как увеличением частоты миомы в женской популяции, так и расширением возможностей ее обнаружения [4]. Как часто возникает необходимость проведения миомэктомии (МЭ) во время беременности? Практика показывает, что с течением времени актуальность этого вопроса возрастает в связи с омоложением заболевания и возрастанием числа больных с очень желанной беременностью [1].

Материал и методы. С 2001 по 2012г. в научном отделе неотложной гинекологии РНЦЭМП накоплен опыт проведения 268 КМ. Из них во время беременности проведена 41 операция, вне беременности - 227. Из числа КМ, проведенных вне беременности – у 52 имела место только субсерозная локализация миоматозного узла (без интраорганных узлов), а у 175 – межмышечная или смешанная локализация узлов. Среди беременных только в 2 случаях отмечался перекрут субсерозного узла в чистом виде, в остальных 39 – межмышечная или смешанная форма локализации. В нашей практике показания к МЭ среди беременных, как правило, были сочетанными: острое, некорректируемое консервативными методами нарушение питания миоматозных узлов, крупные миомы, инкурабельная прогрессирующая угроза прерывания желанной беременности. Количество удаленных миоматозных узлов колебалось от 1 до 5, размеры – от 4,0 до 18,0 (см) в диаметре, при этом моноузловая ММ отмечена у

31 из 41 беременной. Сроки беременности, при которых проводилась МЭ, колебались от 9 до 35 недель. После МЭ самопроизвольно беременность прервалась у 2 женщин в сроках 10 и 24 недели, на 9 и 21 сутки после операции. Ни у одной из них не было серьезных осложнений, не потребовалось повторного оперативного вмешательства, кровопотеря была небольшой (150,0-180,0мл), а хорошее качество рубца на матке подтверждено УЗИ. Вместе с тем, не останавливаясь на причинах общепризнано, что кровотечение остается важнейшим осложнением при проведении МЭ у беременных. Именно этот фактор ставит под сомнение успешный исход операции для матери и плода в особо сложных случаях, поскольку использование известных кровосберегающих технологий (билатеральная перевязка маточных артерий, временный резиновый турникет на шейку матки, сосудосуживающие препараты, окситоцин, марцеляция узла и др.) среди беременных имеет существенное ограничение. В обозримой литературе мы не встречали исследований, посвященных изучению эффективности превентивной перевязки восходящих маточных артерий при проведении МЭ у беременных, а этот метод наиболее эффективен. На первый взгляд – это может показаться абсолютно неприемлемым при ориентации на сохранение беременности. Однако, использование гомолатеральной перевязки на стороне локализации узла (окончательная интраоперационная оценка) видится уже не столь драматичным. Во всяком случае, рассматривать этот метод, как

последний резерв для сохранения беременности, на наш взгляд допустимо. Эти соображения и легли в основу нашей попытки сохранить беременность у молодой женщины с очень желанной беременностью на фоне ишемии быстрорастущего, крупного межмышечного миоматозного узла. Приводим подробное описание данного случая.

Первобеременная А., 29 лет, обратилась в приемное отделение РНЦЭМП 23.01.2012 с жалобами на умеренные схваткообразные боли в нижних отделах живота. История развития заболевания: ещё до замужества, с сентября 2011 г. больная стала отмечать едва заметное увеличение живота в нижних отделах, но не предала этому значения. Вышла замуж в конце октября 2011 г., сразу забеременела, а 15.12.11 возник первый приступ болей в низу живота. Обратилась в частную клинику, где был установлен диагноз: беременность 6 недель, миома матки больших размеров. Принимала спазмолитики, токолитики. В течение последних 4 дней боли усилились, а с 6 ч. 00 мин. 23.01.12 приобрели жгучий постоянный характер. В тот же день обратилась в приемный покой РНЦЭМП и была госпитализирована в отделение неотложной гинекологии с диагнозом: Беременность 1,8недель. Моноузловая межмышечная миома матки больших размеров. Ишемия миоматозного узла. Угроза прерывания беременности. Менархе с 13 лет, установились сразу, по 5-6 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 29 лет. Объективно: общее состояние при поступлении средней тяжести, обусловлено болями в животе, интоксикацией, характером патологии. Температура тела 37,8 С, пульс – 98 в 1 мин. удовлетворительных свойств, артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, спокойный, мышечного напряжения нет, без перитонеальных симптомов, увеличен за счет большого умеренно болезненного образования исходящего из малого таза, верхний полюс которого доходит до пупка, контуры образования четко очерчены, консистенция плот-эластическая, ограничено подвижное. Мочеиспускание учащенное, стул склонен к запорам.

Влагалищное исследование: влагалище не рожавшей, шейка матки конической формы, длиной 3,5см., наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 25 недель беременности, за счет большого опухолевидного образования исходящего из правых отделов матки. Образование плотно-эластической консистенции, размерами 15×15 см, умеренно болезненно, в едином комплексе с маткой без четких границ. Придатки не пальпируются, все отделы параметрия без особенностей, выделения светлые. Клинико-лабораторное обследование: общий анализ крови: Нв 115 г/л, лейкоциты $8,4 \times 10^9/\text{л}$; общий анализ мочи, биохимия крови, коагулограмма без особенностей. При УЗИ

брюшной полости отмечается беременность 8-9 недель, определяется интрамуральный узел 13,0×13,0см. в правых отделах тела матки, ближе к ребру, эхоструктура узла разнородная, с очагами размягчения.

Наблюдение в течение 2 суток, на фоне консервативной терапии (спазмолитики, фраксипарин, актовегин, токолитики, антибактериальная терапия) малоэффективно: постоянные боли не купировались, усилилась локальная болезненность в области опухолевидного образования матки, прогрессировала угроза прерывания.

Принимая во внимание диагноз, желанную беременность, старший возраст первобеременной, 25.01.2012 произведена операция: нижнесрединная лапаротомия, перевязка восходящего ствола маточных сосудов справа, консервативная миомэктомия, дренирование брюшной полости. Во время операции определялась увеличенная матка обычного цвета, общим размером до 25 недель беременности. После визуальной и бережной пальпаторной ревизии установлено: крупный миоматозный узел размерами 13,0×12,0 см. локализовался межмышечно ближе к правому ребру матки, его верхний полюс в непосредственной интимной близости с анастомозом яичникового и маточного коллектора сосудов, где отмечается варикозное расширение венозных сосудов. Периметрий над ним с выраженной инъекцией сосудов, налета фибрина нет. Пальпаторно миоматозный узел эластической консистенции. Маточные сосуды справа резко расширены располагались, огибая заднюю стенку миоматозного узла из-за антепозиционного роста узла. Придатки с обеих сторон были без изменений.

Учитывая серьезную опасность интраоперационного кровотечения, произведена перевязка маточных сосудов справа на уровне внутреннего зева (рис. 1). Использовали длительно рассасывающийся шовный материал на атравматической игле.

Перевязка сосудов осуществлялась путем проведения лигатуры в толще перешеечного отдела матки спереди назад, далее обратный ход лигатуры – сквозь листки широкой маточной связки наперед к первоначальному вколу, где производилось лигирование. Далее электроножом в поперечном направлении в проекции наибольшей выпуклости миоматозного узла, рассечен миометрий вместе с поверхностными слоями опухоли. Острым и тупым путем (рис. 2) произведена бережная, поэтапная интракапсулярная энуклеация узла. По ходу операции отмечалось умеренное кровотечение из сосудов образовавшейся большой ниши, пальпаторно отчетливо ощущалась непосредственная близость полости матки с эмбрионом. Ушивание ниши миоматозного узла проведено 2 рядными узловыми швами

нитью моносан 1/0 на атравматической игле. Размер восстановленной матки соответствовал 11 неделям беременности. Интраоперационная кровопотеря составила 600,0 мл. Гемотрансфузию не

проводили. Гистологическое исследование удаленного миоматозного узла полностью подтвердило клинический диагноз.



Рис. 1. Больная А., 29 лет. Интраоперационная картина. Этап перевязки маточных сосудов справа.

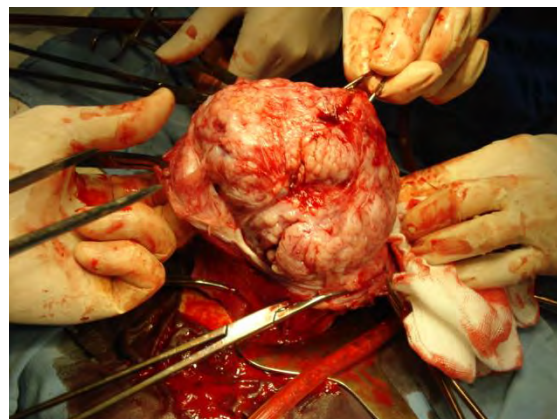


Рис. 2. Та же больная. Интраоперационная картина. Этап энуклеации опухоли.

Послеоперационный период протекал гладко на фоне терапии, направленной на сохранение беременности. К третьим суткам почти полностью ликвидировались признаки угрозы прерывания, подтвержденные УЗИ. На 2, 5, 9 сутки после операции УЗИ показало прогрессирование беременности, сердцебиение эмбриона не страдало. Беременная выписана на 9 сутки после операции с прогрессирующей беременностью. Последний осмотр 28.02.2012 г. показал нормальное развитие беременности, соответствующее 13-14 неделям, признаки угрозы прерывания не возобновлялись.

Обсуждение. Среди беременных проведение МЭ, в особенности при наличии межмышечных узлов, относится к разряду весьма редких хирургических вмешательств во всем мире, а большинство публикаций носят характер описания случаев из практики. В последнее время, из-за существенно участвовавших случаев ММ среди женщин репродуктивного возраста, а также часто возникающих осложнений желанной беременности на её фоне, ряд специалистов [1, 2, 4, 5] сформулировали круг вопросов по решению данной проблемы. Её структура многогранна, охватывает важнейшие аспекты интра- и послеоперационных осложнений в непосредственной связи с возможностью сохранения беременности и получения доношенного здорового ребенка. По немногочисленным сообщениям, показатели прерывания беременности после КМ весьма высоки. Ранее опубликованные нами результаты [3] демонстрируют, что целесообразность проведения МЭ у беременных ограничивается небольшим кругом показаний: ишемия миоматозных узлов, большие размеры узлов миомы с быстрым ростом опухоли и инкурабельная прогрессирующая угроза прерывания желанной беременности. Вероятно, следует

согласиться, с уже устоявшимся мнением о том, что в большинстве других неосложненных случаев, лучше пытаться продлить беременность до доношенных сроков и при необходимости проведения кесарева сечения, провести МЭ после извлечения плода [2, 4]. Такая тактика приносит лучшие результаты, как в отношении перинатальных потерь, так и в плане сохранения детородного органа.

Небезупречным и дискуссионным, по нашему мнению, выглядит клинический протокол, предусматривающий преимущественное прерывание беременности с последующей МЭ вне беременности. Связано это не только с тем, что прерываемая беременность у женщины может оказаться последней. Причиной спорных моментов и склонность некоторых исследователей к такому ведению больных, является высокий небезосновательный риск тяжелых осложнений при проведении МЭ у беременных и неуверенность специалистов в том, что в результате этих осложнений не потребуются гистерэктомии по жизненным показаниям. Ограничиваясь теоретическими аспектами, уточнить актуальность таких опасений невозможно. Вместе с тем - это не означает призыва к широкой хирургической активности. Это может привести к непоправимым отрицательным последствиям. Именно поэтому отмечается единодушные исследователей, указывающих на уровень квалификации учреждения и специалистов, как на одно из главных условий проведения МЭ у беременных [1, 2, 4, 5].

Целесообразность перевязки восходящих стволов маточной артерии при проведении МЭ доказана современными исследованиями, однако использование данной методики у беременных сопряжено с риском потери беременности. Веро-

ятно, поэтому в обозримой литературе мы не встречали сведений о её использовании среди беременных. В данном случае прибегнуть к её использованию нас побудил крайне высокий риск массивного кровотечения, которое само по себе не менее пагубно для внутриутробного плода. Взвесив все риски, уже за операционным столом, мы пришли к заключению, что гомолатеральная (на стороне локализации узла) перевязка маточных сосудов принесет меньше отрицательных последствий для плода, чем ожидаемая кровопотеря, которая могла последовать без использования этой методики. Вместе с тем, небольшой срок беременности вероятно позволяет нашим оппонентам указать нам на менее рискованный (потеря матки) вариант лечения в данном случае: проведение аборта с последующей МЭ в холодный период. Однако, тот же самый небольшой срок беременности сыграл «подкупающую» роль в выборе нашей тактики. Мы были уверены, что даже в случае возникновения непредвиденныхотягчающих моментов по ходу операции, как минимум, нам удастся завершить операцию с сохранением детородного органа. Как показал ход операции, наши предположения оправдались. По окончании операции, уже не вызывало сомнений, что в случае неиспользования гомолатеральной перевязки маточных сосудов, кровопотеря была бы неминуемо существенно выше, вплоть до постановки вопроса о гистерэктомии.

В заключении хотелось бы отметить: в хирургии ни какой видеоматериал не может передать в полной мере все интраоперационные особенности. Нам приходилось проводить МЭ у беременных с наличием более крупных межмышечных узлов, но столь актуально, как в данном случае, вопрос о необходимости использования эффективной кровосберегающей технологии не возникал никогда. Мы думаем, что данный эпизод, несмотря на то, что беременность ещё не завершилась родами доношенным плодом, можно считать успешным, хотя бы потому, что использованный метод снижения интраоперационной кровопотери не вызвал серьезных изменений на настоящем этапе гестации.

Литература:

1. Ботвин М.А., Побединский Н.М. Тактика ведения беременности с цетрипетальным ростом крупных миоматозных узлов // Акушерство и гинекология. 2004. № 1; 24-27
2. Бунин А.Т., Шмаков Г.С. Особенности течения и ведения беременности и родов у беременных с миомой матки. // Акушерство и гинекология. 1996. № 1; 64-65.
3. Каримов З.Д., Хусанходжаева М.Т. Органосберегающее хирургическое лечение миомы матки во время беременности. //Акушерство и гинекология 2009. №9; 31-33.
4. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Хирургическая и акушерская тактика при сочетании беременности с опухолями половых органов. // Акушерство и гинекология. 2002. № 2; 41-45.
5. Glavind K, Palvio DH, Lauritsen JG. Uterine myoma in pregnancy. // Obstet. Gynecol. Scand. 1990; 7: 617-619.
6. Joo JG, Inovay J, Silhavy M, Papp Z. Successful enucleation of a necrotizing fibroid causing oligohydramnios and fetal postural deformity in the 25th week of gestation. A case report. //J Reprod Med. 2001 Oct.; 10: 923-925.
7. Ludwig M, Baumann P, Wolter-Kolbert F, Bauer O, Felberbaum R, Gembruch U, Diedrich K. Pregnancy and extreme myomatous uterus-conservative management. // Zentralbl Gynakol. 1996; 9: 523-529.

МЕТОДИКА ПЕРЕВЯЗКИ МАТОЧНЫХ СОСУДОВ ПРИ МИОМЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

М.Т. ХУСАНХОДЖАЕВА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Министерство
Здравоохранения Республики Узбекистан

Описан случай успешного проведения миомэктомии по поводу ишемии крупного межмышечного миоматозного узла у первобеременной женщины в сроке 9 недель. Для снижения уровня кровопотери, до этапа энуклеации миоматозного узла, использовалась гомолатеральная перевязка маточных сосудов на стороне локализации опухоли. Существенных осложнений не было, беременность прогрессирует и в настоящий момент соответствует гестационному сроку – 14 недель.

Ключевые слова: миома матки, беременность, перевязка маточных сосудов, консервативная миомэктомия.