

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕДУКЦИИ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МИОМЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

З.Д. Каримов¹, М.Т. Хусанходжаева¹, Б.С. Абдикулов¹, Г.А. Гатина²

¹ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗРУз, Ташкент, Республика Узбекистан

² Дагестанская медицинская академия, Махачкала, Россия

THE EFFECTIVENESS OF THE REDUCTION OF THE UTERINE BLOOD FLOW DURING THE MYOMECTOMY IN PREGNANT WOMEN

Z.D. Karimov¹, M.T. Husanhodzhaeva¹, B.S. Abdikulov¹, G.A. Gatina²

¹ The Republican Science Centre of Emergency Medical Care of the Healthcare Ministry of the RUz, Tashkent, Republic of Uzbekistan

² Dagestan state Medical Academy, Makhachkala, Russia

РЕЗЮМЕ

В статье изложены результаты проведения консервативной миомэктомии у 41 беременной. Показано, что у небольшой группы больных возникает крайняя необходимость использования эффективной кровосберегающей технологии, без которой ожидаемая кровопотеря может вызвать необходимость гистерэктомии. Использованная техника гомолатеральной перевязки восходящих маточных сосудов в сочетании с временным клеммированием собственной связки яичника позволила успешно провести миомэктомию у 4 пациенток с последующим получением (кесарево сечение в доношенном сроке) здоровых новорожденных.

Ключевые слова:

миома матки, беременность, консервативная миомэктомия, перевязка маточных сосудов.

ABSTRACT

The article presents the results of conservative myomectomy in 41 pregnant women. It is shown that in a small group of patients there is an urgent need to use effective reducing blood loss technology, without which the anticipated blood loss may require a hysterectomy. Used machinery homolateral tubal ligation of ascending uterine vessels in conjunction with temporary ligation of the own ovarian ligament allowed to carry out successful myomectomy in 4 patient and then get (cesarean section at full-term pregnancy) the healthy newborns.

Keywords:

hysteromyoma, pregnancy, eigation of uterine vessels, conservative myomectomy.

КМ — консервативная миомэктомия

ММ — миома матки

УЗИ — ультразвуковое исследование

ВВЕДЕНИЕ

Со временем частота случаев сочетания беременности и миомы матки (ММ) увеличивается. Объяснением тому служат рост заболеваемости ММ в женской популяции, поздняя реализация репродукции, а также расширение возможностей обнаружения опухоли [1]. Как часто возникает необходимость проведения консервативной миомэктомии (КМ) среди беременных? Практика показывает, что с течением времени актуальность этого вопроса также возрастает в связи с омоложением заболевания и увеличением числа больных с желанной беременностью [1–8]. В создании протоколов ведения наиболее сложными моделями патологии (включая urgentные) считаются те, в которых очевидно просматривается необходимость оперативного вмешательства из-за серьезного дискредитирующего влияния ММ на течение беременности, вплоть до крайнего риска потери не только самой беременности, но и детородного органа. Одной из причин возникновения весьма непростых препятствий на пути построения тактики ведения, ориентированной на сохранение беременности, слу-

жит кровотечение при проведении КМ у беременных. Именно этот фактор ставит под сомнение успешный исход операции, 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 КМ у беременных, а этот метод при проведении данного вида вмешательства у небеременных женщин дает наилучшие результаты. На первый взгляд, из-за неминуемо возникающей гипоксии у внутриутробного плода использование этой методики абсолютно неприемлемо. Однако зависимость уровня данной гипоксии от степени редукции маточного кровотока, равно как и динамика последующих событий, совершенно не изучены. Целесообразность данных рассуждений возникла у операционного стола, когда мы

впервые в 2003 г. столкнулись с очевидной реальностью: почти неминуемой перспективой потери беременности и детородного органа у первобеременной молодой женщины в сроке 20 нед с некрозом интрамурального миоматозного узла в дне матки, который достигал 15 см в диаметре. Были проведены: гомолатеральная перевязка маточных сосудов на стороне преимущественной локализации опухоли, временное клеммирование собственной связки яичника на той же стороне, КМ. Последующая гладкая динамика с рождением (кесарево сечение) доношенной здоровой девочки массой 3800 г через 18 нед после операции явилась вдохновляющим фактором и позволила нам и в последующем использовать редукцию маточного кровотока еще в 3 случаях.

Цель исследования: изучение возможности сохранения беременности при неотложных состояниях, вызванных миомой матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За последние 12 лет (1999–2012 гг.) в РНЦЭМП проведена КМ у 41 беременной. Показания к вмешательству были сочетанными: острое некорректируемое консервативными методами нарушение питания миоматозных узлов, крупные миомы, инкурабельная прогрессирующая угроза прерывания желанной беременности. Среди названной группы женщин первородящих было 31 (75,6%), повторнородящих — 10 (24,4%). У всех больных беременность была желанной и протекала на фоне интраорганных миоматозных узлов: интрамурально-субсерозных — у 14 (34,1%), интрамуральных — у 24 (58,5%), интрамурально-субмукозных — у 3 (7,3%). Беременные с субсерозными узлами в чистом виде в разработку не входили. Количество удаленных миоматозных узлов колебалось от 1 до 5, размеры — от 4 до 22 см в диаметре, при этом моноузловая ММ отмечена у 31 беременной из 41. Сроки беременности, при которых проводилась КМ, варьировали в пределах 9–35 нед. Наиболее сложным (в хирургическом плане) контингентом были 4 первобеременные женщины с крупными интраорганными узлами миомы, величина которых колебалась от 9 до 22 см в диаметре при сроках беременности 10–20 нед (рис. 1). У всех 4 миома была моноузловой, а ведущим показанием к КМ была ее стойкая ишемия и угроза прерывания. Помимо величины опухоли риск массивной кровопотери был связан с локализацией узлов: на ребре матки с интимной близостью по отношению к крупным сосудам, близостью по отношению к полости матки, а также варикозным расширением вен маточно-яичникового коллектора и общими гравидарными изменениями миометрия. Высокий риск массивной кровопотери в данных случаях был сопряжен с угрозой потери не только желанной беременности, но что более драматично — детородного органа. Это и послужило причиной использования нами гомолатеральной перевязки восходящего отдела маточных сосудов и одновременно проводимого временного клеммирования яичниковой артерии в области собственной связки яичника (на той же стороне) у данных 4 женщин. 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 производили лигирование (рис. 4). Пуск кро-



Рис. 1. Первобеременная А., 29 лет. Общий вид больной на операционном столе. Увеличенный живот за счет крупной миомы матки на фоне беременности 9–10 нед



Рис. 2. Та же больная. Ультразвуковое исследование. Визуализируется эмбрион в полости матки, соответствующий 9–10 нед беременности и крупный интрамуральный миоматозный узел



Рис. 3. Та же больная. Интраоперационная картина на этапе ревизии. Видна выраженная деформация правого отдела матки за счет большого межмышечного миоматозного узла



Рис. 4. Та же больная. Интраоперационная картина. Этап перевязки восходящих маточных сосудов справа



Рис. 5. Та же больная. Интраоперационная картина. Этап энуклеации опухоли



Рис. 6. Та же больная. Интраоперационная картина. Окончательный вид восстановленной матки

вотока по яичниковым сосудам производили сразу по завершении восстановления стенки матки. Проведение КМ начинали с секции миометрия электроножом в поперечном направлении в проекции наибольшей выпуклости миоматозного узла, рассекали миометрий вместе с поверхностными слоями опухоли, обходя крупные сосуды. Острым и тупым путем (рис. 5) производили бережную поэтапную интракапсулярную энуклеацию узла. Способ восстановления ниши миоматозного узла зависел от различных конкретно складывавшихся топографических условий после удаления узлов. Стремилась к однорядному ушиванию, избегая деформации полости матки, используя как узловый, так и непрерывный шов. Как и при перевязке сосудов, предпочитали длительно рассасывающийся шовный материал на атравматических иглах. Удаленные миоматозные узлы подвергали гистологическому исследованию. Интраоперационный мониторинг состояния внутриутробного плода не использовали. Однако сразу после операции и в последующем (5–8 сут), проводили УЗИ-доплерометрию, оценивая сердечную деятельность плода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех пациенток проведена запланированная миомэктомия. Среди 41 оперированной случаев вынужденного интраоперационного прерывания беременности, равно как и вынужденной гистерэктомии во время и после операции, не было. Каких-либо иных тяжелых осложнений после операции также не отмечено. Интраоперационная кровопотеря в общей выборке варьировала от 200 до 7000 мл, а среди 4 женщин с перевязкой и временным клемированием сосудов матки — от 200 до 400 мл. Гемотрансфузию не проводили ни в одном случае, лишь у 3 потребовалась трансфузия свежемороженой одногруппинной плазмы.

Сердечная деятельность, а также двигательная активность внутриутробного плода на всех этапах наблюдения в послеоперационном периоде существенно не страдала. При этом каких-либо заметных отличий в результатах наблюдения среди оперированных традиционным способом и с использованием редукции маточного кровотока не отмечено. Все случаи нарушения питания ММ верифицированы гистологическим исследованием.

У 3 женщин (7,3%) из 41 беременность самопроизвольно прервалась в период 14–38 дней после операции в сроках беременности 13, 16 и 26 нед. Все три эпизода прерывания наблюдались в нашем отделении и протекали без серьезных осложнений, не потребовалось повторного оперативного вмешательства, кровопотеря была небольшой (150–180 мл), а хорошее качество рубца на матке подтверждено УЗИ. Во всех случаях проводили инструментальную ревизию полости матки под перманентным УЗ-контролем. Из оставшихся 38 женщин у одной произошли преждевременные самопроизвольные роды в сроке 34 нед, у 31 — плановое абдоминальное родоразрешение в сроках 37–40 нед, перинатальных потерь не было. Выбыли из-под наблюдения 4 женщины, а двое в настоящий момент находятся на стадии гестации. У 4 женщин, у которых применялась редукция маточного кровотока, беременность завершилась в срок рождением (плановое кесарево сечение) живых доношенных новорожденных.

ОБСУЖДЕНИЕ

Среди беременных проведение КМ, в особенности при наличии крупных межмышечных узлов, относится к разряду весьма редких хирургических вмешательств, 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 ее фоне ряд специалистов [2–5] сформулировали круг вопросов по решению данной проблемы. Ее 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 [4] демонстрируют, что целесообразность проведения КМ 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 КМ после извлечения плода [3, 5]. 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 КМ вне беременности. Связано это не только с тем, что прерываемая беременность у женщины может оказаться последней. Причиной спорных моментов и склонности некоторых исследователей к такому ведению больных становится высокий небезосновательный риск тяжелых осложнений при проведении КМ 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 единодушие исследователей, указывающих на высокий уровень квалификации учреждения и специалистов, как на одно из главных условий проведения КМ у беременных [2, 4–6].

Целесообразность перевязки восходящих стволов маточных артерий при проведении КМ доказана современными исследованиями, однако использование данной методики у беременных очевидно сопряжено с развитием гипоксии у внутриутробного плода. Степень такой гипоксии и риск потери беременности при этом совершенно не изучены. Вероятно поэтому в обозримой литературе мы не встречали сведений о ее использовании среди беременных. Прибегнуть к этому методу нас побудил крайне высокий риск массивного неконтролируемого кровотечения и вместе с этим вероятности частичной блокады маточного кровотока принимали уже за операционным столом, взвешивая

все риски и приходя к заключению, что данный метод принесет меньше отрицательных последствий для плода, чем ожидаемая кровопотеря, которая могла последовать без использования этой методики. Вместе с тем, небольшой срок беременности, наблюдавшийся у данных 4 беременных (10–20 нед), вероятно позволяет нашим оппонентам указать нам на менее рискованный (потеря матки) вариант лечения в данном случае: проведение аборта с последующей КМ в холодном периоде. Однако тот же самый небольшой срок беременности сыграл «подкупающую» роль в выборе нашей тактики. Мы были уверены, что даже в случае возникновения непредвиденных отягчающих моментов по ходу операции, как минимум, нам удастся завершить операцию с сохранением детородного органа. Как показали результаты, наши предположения оправдались. По окончании вмешательства уже не вызывало сомнений то, что в случае неиспользования редукции маточного кровотока кровопотеря была бы неминуемо выше, вплоть до постановки вопроса о гистерэктомии.

В заключение хотелось бы отметить: в хирургии никакой фотоматериал (включая представленный: рис. 1–7) не может передать в полной мере все интраоперационные особенности. Поэтому необходимо подчеркнуть, что актуальность редукции маточного кровотока при КМ у беременных связана не столько



Рис. 7. Макропрепарат — вид удаленного миоматозного узла

с величиной миоматозного узла, сколько с особенностями его роста, близостью и характером изменений сосудов крупного и среднего калибра. В рамках данной работы мы не можем более подробно останавливаться на объективных характеристиках изменений маточного кровотока в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, а также дать более точную

информацию о влиянии метода на внутриутробное состояние плода. Однако достижение главной цели — сохранение желанной беременности и детородного органа у беременных с крайне высоким риском потери того и другого — побудило нас к написанию данной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольский В.И., Лозутова Л.С., Буянова С.Н. и др. Хирургическая и акушерская тактика при сочетании беременности с опухолью половых органов // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 2. – С. 41–45.
2. Ботвин М.А., Побединский Н.М., Липман А.Д. и др. Тактика ведения беременности с центрально-лобным ростом крупных миоматозных узлов // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 1. – С. 24–27.
3. Бунин А.Т., Шмаков Г.С. Особенности течения и ведения беременности и родов у беременных с миомой матки // Акушерство и гинекология. – 1985. № 1. – С. 64–65.
4. Каримов З.Д., Ниязметова Г.И., Абдикулов Б.С. и др. Органосохраняющее хирургическое лечение миомы матки во время беременности // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 31–33.
5. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 344 с.
6. Ландеховский Ю.Д., Фадеев И.Е. Отраслевой стандарт (протокол) ведения больных миомой матки // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 5. – С. 39–42.
7. Савицкий Г.А. Миома матки и беременность // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997. – № 3. – С. 84–86.
8. Glavind K., Palvio D.H., Lauritsen J.G. Uterine myoma in pregnancy // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 1990. – Vol. 69, N 7–8. – P. 617–619.
9. Joo J.G., 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. – Vol. 40, N 10. – P. 923–925.

Поступила 07.06.2012

Контактная информация:

Каримов Заур Джавдатович,
д.м.н., руководитель научного отдела
неотложной гинекологии РНЦЭМП
e-mail: karimovzaurdj@mail.ru