

V Сообщение о первой консервативной миомэктомии у гинекологически больной пациентки датировано 1827 годом. С тех пор появлялись публикации об единичных операциях подобного рода. Как правило, все эти операции планировались по поводу предполагаемой кисты яичника, а по ходу оперативного вмешательства обнаруживали субсерозный миоматозный узел на ножке. Первые шаги внедрения реконструктивных операций при миоме матки за рубежом были предприняты в 1885 году, а в России ДА. Амбуладзе в 1902 году. Консервативную миомэктомию рекомендовали не только как операцию, сохраняющую менструальную функцию, но и во многих случаях как восстанавливающую детородную функцию [3].

Первые сообщения о проведении консервативной миомэктомии во время беременности появились в конце XIX столетия. Как правило, эти операции давали неутешительные результаты. Это было связано с недостаточно отработанной оперативной техникой, проблемами шовного материала, асептики и антисептики, антибактериальных препаратов и т.д. Тем не менее С.Д. Михнов (1905) даже в то время считал, что удаление матки у беременной женщины с миомой матки допустимо делать лишь в тех случаях, когда нет полной возможности произвести миомэктомию.

У врачей уже нашего поколения существенным тормозом для поведения консервативной миомэктомии на беременной матке, в большей степени при выполнении операции кесарева сечения, длительное время являлось постановление объединенного пленума правления Всесоюзного и Всероссийского обществ акушеров-гинекологов (Оренбург, 1979), в котором было записано, что консервативная миомэктомия может быть выполнена только тогда, когда имеются значительных размеров единичные субсерозные узлы на тонкой ножке, либо когда миоматозные узлы расположены в месте предстоящего разреза на матке [3,9].

Только в 1988 году резолюцией объединенного пленума правления Всесоюзного и Всероссийского обществ акушеров-гинекологов в г. Барнауле было разрешено проведение консервативной миомэктомии во время кесарева сечения в крупных стационарах высококвалифицированными хирургами-гинекологами при строгом соблюдении показаний и противопоказаний. Тем не менее до настоящего времени в лагере акушеров-гинекологов находятся сторонники постановлений как барнаульского, так и оренбургского пленумов (по нашему наблюдению, последних больше среди врачей администраторов и гинекологов, не обладающих достаточной оперативной техникой).

Некроз миоматозного узла в акушерско-гинекологической практике является грозным осложнением, сопровождается клиникой острого живота и требует экстренного оперативного лечения. До недавнего времени у пациенток с миомой матки даже в небеременном состоянии при возникновении осложнений, связанных с нарушением трофики миоматозных узлов (а тем более при некрозе миоматозного узла), практическим врачам рекомендовалось проведение операции экстирпации матки в экстренном порядке [3, 5,6,8].

В последнее время в ведущих центральных клиниках страны стали успешно выполняться операции консервативной миомэктомии при некрозе узлов во время беременности. Так, по данным В.И. Кулакова с соавт. (2001), в научном центре акушерства и гинекологии РАМН РФ с 1980 по 2000 г. было произведено 13 успешных операций консервативной миомэктомии на беременной матке, в том числе в 8 случаях по поводу некроза миоматозного узла [3, 8]. С.Н. Буянова с соавт. (2002) сообщила о проведении в Московском областном НИИ акушерства и гинекологии МЗ РФ подобной операции у 40 пациенток, в том числе у части из них и при некрозе миоматозного узла [1].

Выполнение подобных операций во многом стало возможным благодаря появлению мощных антибиотиков последнего поколения и синтетического шовного материала, методике лапароскопической миомэктомии, а также новых диагностических возможностей (эхография миоматозного узла, доплерометрия кровотока в миоматозном узле) [3, 7, 8, 10,11]. И.С. Сидорова с соавт. (2001) рекомендует при выполнении операции кесарева сечения производить консервативную миомэктомию при простой миоме матки, а при пролиферирующей и эпителиоидной - надвлагалищную ампутацию матки без придатков [7].

В 2002 г. нами было произведено две операции консервативной миомэктомии во время беременности по поводу некроза миоматозного узла. Представляем эти клинические случаи.

**Первый случай.** Беременная А., 28 лет, была доставлена в гинекологическое отделение БСМП (клиническая база кафедры) с клиникой острого живота при сроке беременности 20-21 нед. Миома матки отмечается в течение трёх лет, за это время размеры матки стали соответствовать сроку 14-недельной беременности за счет множественных миоматозных узлов. В анализе крови при поступлении: лейкоцитоз - 13,4; лейкоцитарный сдвиг формулы влево (палочкоядерных - 15); СОЭ - 54. За время динамического наблюдения в течение 10 часов у больной отмечалась отрицательная динамика: сохранялись боли внизу живота больше справа, появилась сухость во рту и чувство тошноты, нарастали перитониальные явления. В экстренном порядке проведено оперативное вмешательство.

На операции: матка увеличена соответственно 20-21 нед. беременности с тремя субсерозными миоматозными узлами на широком основании. Два узла в области дна матки размерами 10 x 8 x 8 см (на ножке с кровоизлиянием и разрывом капсулы) и 10 x 10 x 8 см (багрово-синюшного цвета на широком основании 7x4 см); третий миоматозный узел размерами 4,5 x 4 x 3,5 см находился на передней стенке матки (темно-вишневого цвета на

широком основании 4x4 см) и четвертый интерстициально-субсерозный узел размерами 5 x 4 x 3,5 см локализовался на задней стенке близко от правого сосудистого пучка матки (обычного цвета). В брюшной полости определялось до 200 мл серозногеморрагической жидкости.

Техника выполнения операции. Удалено 3 патологически измененных миоматозных узла. Брюшина над узлами рассекалась циркулярно по наибольшей окружности узлов. Узлы захватывались на пулевые щипцы и были вылушены с оставлением больших лоскутов брюшины, которыми затем без натяжения закрывали раневую поверхность на матке. Ложе узлов и миометрий были ушиты отдельными викриловыми швами. Дополнительно произведено дренирование брюшной полости.

По результатам гистологического исследования послеоперационного материала: ткань - лейомиома матки с участками дистрофических изменений, некрозами, кровоизлияниями.

На 16-е сутки послеоперационного периода больная была выписана из отделения с прогрессирующей беременностью. Родоразрешена при доношенной беременности путём операции кесарева сечения в плановом порядке. Новорожденная девочка массой 3200 г, длиной 52 см, без патологии.

**Второй случай.** Беременная Б., 27 лет, была доставлена в гинекологическое отделение БСМП с клиникой острого живота при сроке беременности 26 недель. Миома матки отмечается в течение двух лет, размеры миоматозного субсерозного узла до беременности 8 x 6 см. В анализе крови при поступлении: лейкоцитоз - 11,4; лейкоцитарный сдвиг формулы влево (палочкоядерных - 18); СОЭ - 62. За время динамического наблюдения за больной в течение 8 часов отмечалась отрицательная динамика: сохранялись боли внизу живота больше справа, отмечалась рвота, субфебрильная температура, нарастали перитонийные явления. В экстренном порядке проведено оперативное вмешательство.

На операции: матка увеличена соответственно 26 нед, беременности, резко ротирована влево за счет большого j субсерозного узла размерами 12 x 10 x 10 см (багрово-синюшного цвета, на широком основании); в дне матки. - интерстициально-субсерозный узел 4 x 4 см (обычно-j го цвета и консистенции). В брюшной полости определялось до 250 мл серозной жидкости.

Техника выполнения операции. Удален один патологически измененный миоматозный узел по методике, предложенной профессором В.Н. Кустаровым с соавт. в 2001 году [4]. Узел захвачен двумя пулевыми щипцами, разрезан скальпелем сверху вниз на две половины. Двое пулевых щипцов наложены на нижние полюсы рассеченного пополам миоматозного узла. Путем подтягивания за нижние пулевые щипцы с одно-1 временным их разведением две половинки узла извлечены, после чего без труда отделены от неизменённого I миометрия и удалены. При этом оставлены большие лоскуты брюшины, которыми затем без натяжения зашили раневую поверхность на матке. Рана на матке ушита однорядным непрерывным викриловым швом. Дополнительно проведено дренирование брюшной полости. Преимущество данной методики представляется нам в меньшей травматизации подлежащих тканей, большей гемостатичности, а также технической простоте и скорости выполнения.

По результатам гистологического исследования послеоперационного материала: ткань - лейомиома с участками дистрофических изменений, тромбозом сосудов и очагом коагуляционного некроза.

На 12-е сутки послеоперационного периода больная! была выписана из отделения с прогрессирующей беременностью.

В 36 недель беременности была осуществлена плановая госпитализация. В сроке 37 недель беременности произошло родовое излитие околоплодных вод. С учетом наличия свежего рубца на матке и отсутствия самостоятельной родовой деятельности от медикаментозного родовозбуждения было решено отказаться, а роды закончить путём операции кесарева сечения. Во время ревизии матки рубец после предшествующей миомэктомии самостоятельный. Новорожденная девочка массой 2800 г, ростом 52 см. Роженица выписана в удовлетворительном состоянии с ребенком домой на 10-е сутки.

Таким образом, продемонстрированные нами клинические случаи подтверждают возможность производства консервативной миомэктомии при некрозе узла у беременных женщин. Это позволяет сохранить не только настоящую беременность, но и такой важный орган, как матка, а значит, сохранить репродуктивную и менструальную функцию, избежать психо-эмоционального стресса и семейно-сексуальной дисгармонии, часто наблюдающихся у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии.

Мы согласны с точкой зрения, что консервативная миомэктомия при некрозе миоматозного узла должна выполняться только при инфицировании очагов некроза узла миомы и пролонгировании острой стадии некротического процесса на фоне отсутствия эффекта от медикаментозной терапии. Многолетний собственный \ опыт наблюдения за беременными с миомой матки  $\phi$  подсказывает нам, что в большинстве случаев грубые дистрофические и некротические изменения, выявленные при эхографическом обследовании, проходят без характерной клинической симптоматики и соответствуют подострой стадии некроза или стадии образования кисты (при которых оперативное вмешательство не требуется).

Мы считаем, что подобного рода операции могут выполняться только в высококвалифицированном учреждении, врачами, имеющими большой опыт хирургической деятельности, с соблюдением строго разработанных показаний и противопоказаний. В послеоперационном периоде необходимо проводить сохраняющую, метаболическую и гормональную терапию до срока 20-24 недели беременности (учитывая гиперэстрогению при миоме матки), тщательный контроль и коррекцию показателей гемостаза, маточно-плацентарной гемодинамики, функционального состояния плода.