

УДК 618

© 2012 А.Ю. Козляткина, Л.В. Зиновьева, Е.В. Патракова

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

В статье рассмотрена методика проведения консервативной миомэктомии при операции кесарева сечения. Консервативная миомэктомия рассматривается в качестве альтернативы надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки.

Ключевые слова: консервативная миомэктомия, беременность, миома матки, кесарево сечение.

Вопросы тактики ведения беременности и родов у женщин с миомой матки не теряют своей актуальности и являются дискуссионными, что обусловлено частотой встречаемости заболевания. Миома матки – самая распространенная опухоль женских половых органов, ее доля среди других гинекологических заболеваний составляет от 20 до 45 %. Отношение к оперативному удалению миоматозных узлов во время кесарева сечения в нашей стране радикально менялось. В 80-е годы миомэктомия во время кесарева сечения не рекомендовалась из-за большого количества послеоперационных осложнений, таких как септические состояния, перитонит, субинволюция и гипотония матки. При необходимости удаления миоматозного узла общепринятым считалось после кесарева сечения проведение надвлагалищной ампутации или экстирпации матки. Исключение составляли лишь узлы, расположенные на тонкой ножке, и небольшие узлы миомы по линии разреза на матке. Однако в начале 90-х годов начали широко прибегать к миомэктомии во время кесарева сечения. Уменьшение числа осложнений при этом связывают с повышением качества шовного материала, внедрением в акушерскую практику антибиотиков широкого спектра действия, улучшением анестезиологического пособия и изменением техники операции. Возрастающий интерес к сочетанию миомы матки и беременности продиктован расширением границ репродуктивного возраста, увеличением количества первородящих старше 30 лет, тенденцией появления опухоли в более молодом возрасте. Все эти факторы требуют максимально бережного подхода к матке у данного контингента пациенток. Большое значение имеет владение техникой реконструктивно-пластической операции на матке и тактика ведения пациенток в послеоперационном периоде.

В ЛДК МЕДГАРД за период с 2009 по 2011 гг обследовано и прооперировано 16 пациенток в возрасте от 26 до 40 лет. У 9 пациенток в анамнезе была миома матки, у остальных миома впервые выявлена во время беременности. 10 пациенток были первородящими и 6 – повторнородящими.

Течение беременности во всех случаях было осложненным: признаки угрозы прерывания беременности отмечены у всех пациенток в разных сроках гестации, у 2 выявлены признаки нарушения питания в узлах, в 5 случаях имела место хроническая фетоплацентарная недостаточность, у 4 пациенток выявлен быстрый рост миоматозных узлов за время беременности.

Эхографическое исследование проводили с помощью аппарата «SonixSP» с использованием трансабдоминального и трансвагинального (на ранних сроках беременности) датчиков частотой 6 МГц, работающих в масштабе реального времени. Локализация узлов была сле-

дующей: в теле и в дне матки – 10 случаев наблюдений, перешеечные узлы в 2-х случаях, интралигаментарные – в 4-х случаях. По расположению в стенке матки все узлы были субсерозными и субсерозно-интрамуральными. К моменту родов диаметр узлов варьировал от 6 см до 15 см.

Родоразрешение пациенток проводилось в сроки 38-39 недель беременности. Только в одном наблюдении роды были запоздалыми в сроке 41-42 недели.

Все пациентки были родоразрешены операцией кесарево сечение в плановом порядке. Показаниями к операции являлись сочетание миомы матки больших размеров с другими отягощающими факторами (неправильные положения и предлежания плода, длительное бесплодие в анамнезе, ЭКО, рубец на матке после кесарева сечения, рубец на матке после консервативной миомэктомии, предлежание плаценты, возраст первородящей старше 35 лет).

В 13 случаях операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом, в 3-х случаях была выполнена эпидуральная анестезия.

Во всех случаях была выполнена лапаротомия по Пфанненштилю. Разрез стенки матки при кесаревом сечении выполнялся в нижнем сегменте матки (рис.1).

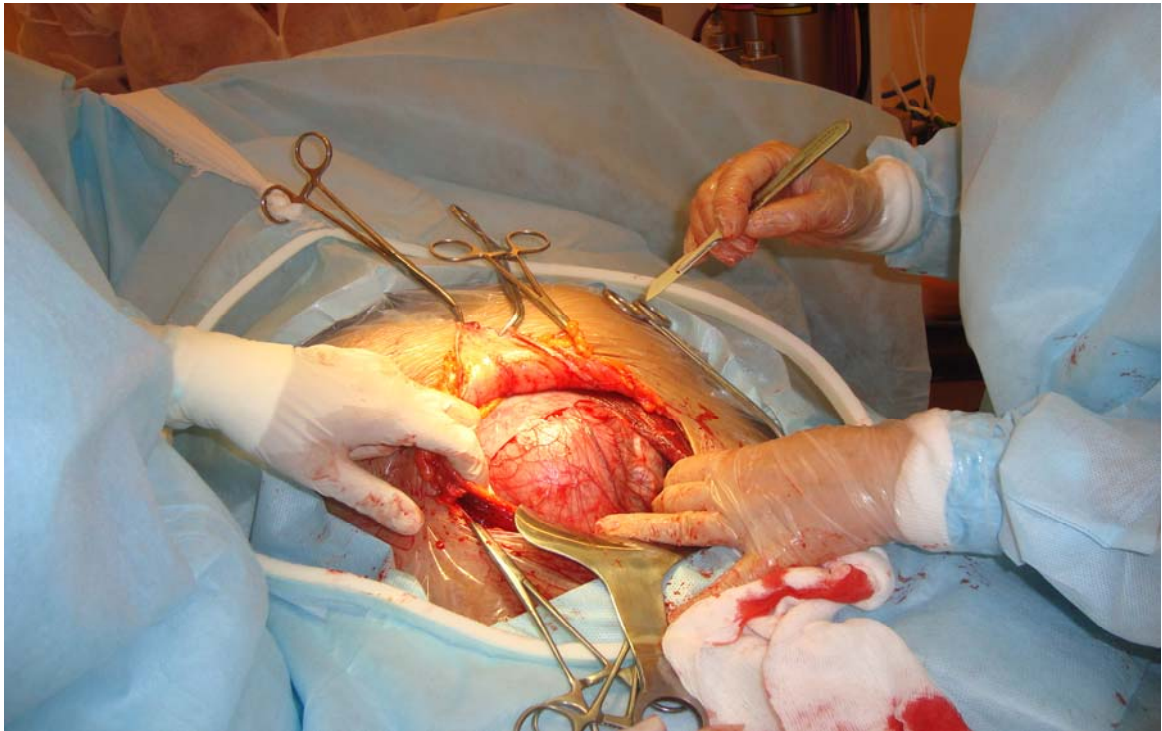


Рис. 1. Область разреза в нижнем маточном сегменте

Удаление миоматозных узлов осуществлялось после извлечения плода и последа. Далее восстанавливалась целостность матки. Миомэктомию производили после полного ушивания разреза матки и ее хорошего сокращения (рис.2).

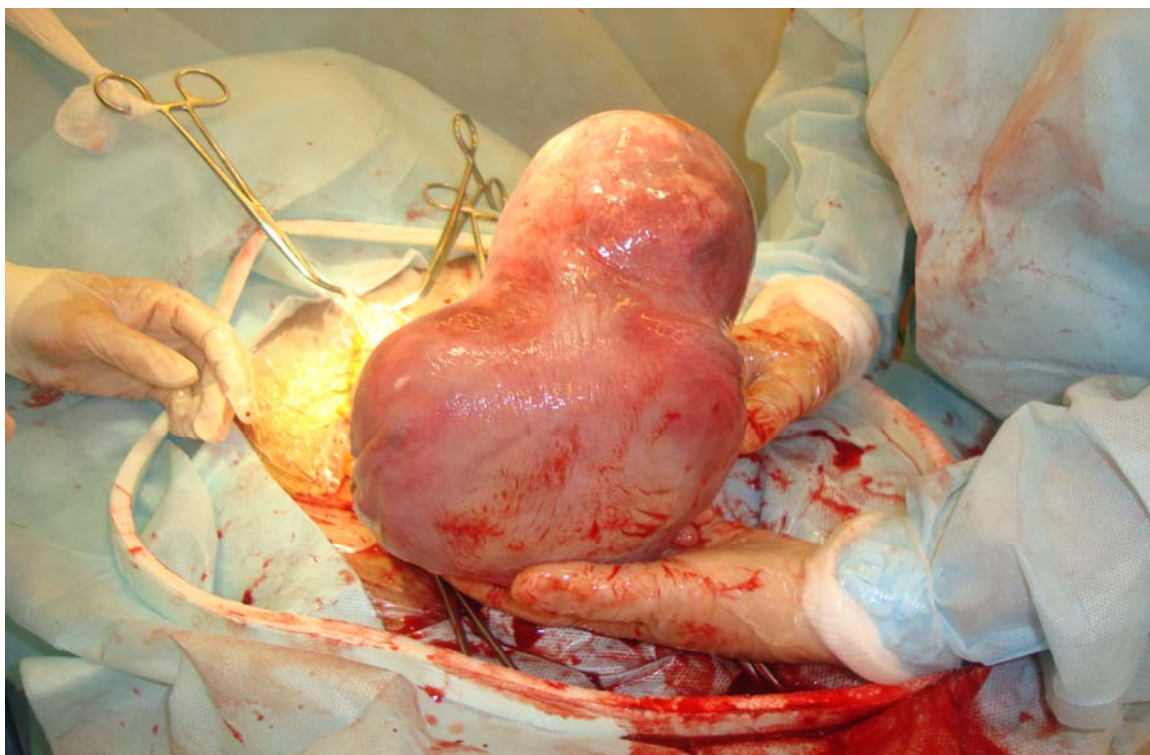


Рис. 2. Матка с миоматозным узлом

При проведении консервативной миомэктомии на послеродовой матке необходимо стремиться к минимуму травматизации и кровопотери. В связи с этим, нами была разработана методика миомэктомии, при которой с целью уменьшения интраоперационной кровопотери, на сосудистые пучки маточной (рис. 3) и яичниковой артерий с обеих сторон накладывались лигатуры.

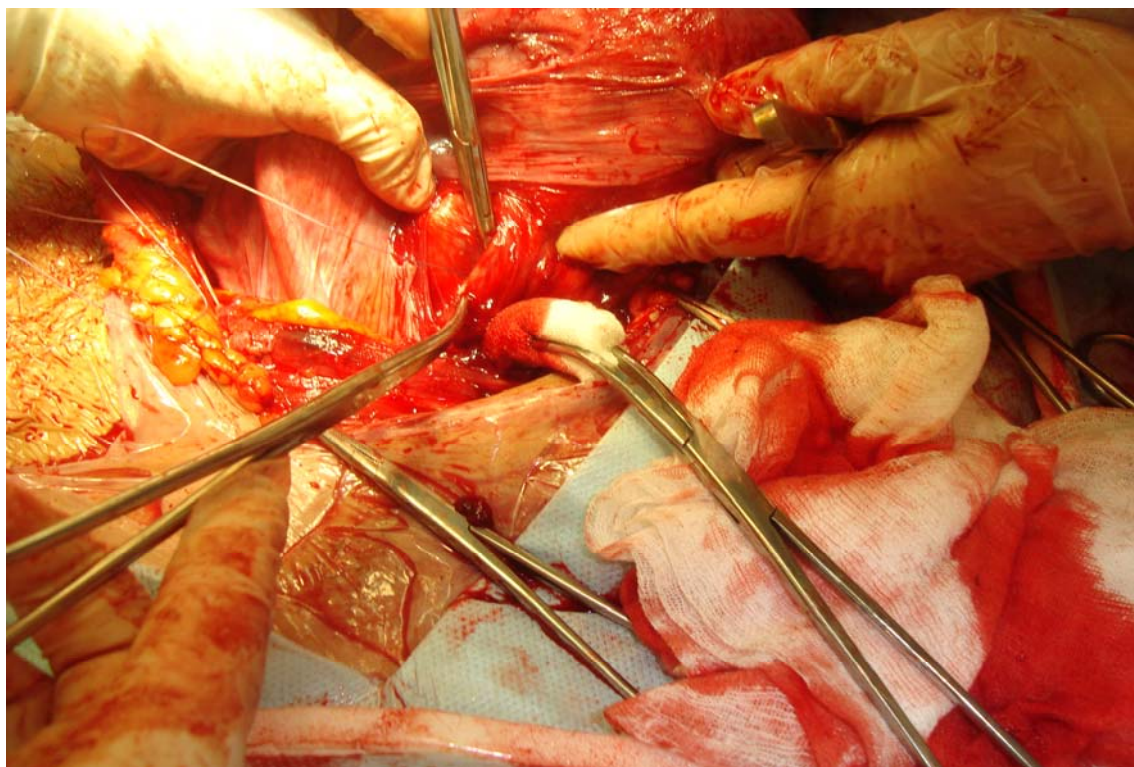


Рис. 3. Лигатура на маточную артерию

Проводилось вскрытие капсулы миоматозного узла, узел захватывался щипцами Мюзо, затем частично острым, частично тупым путем производилось вылушивание узла (рис. 4).

Одновременно производилась коагуляция ложа узла биполярным электродом (рис. 5).

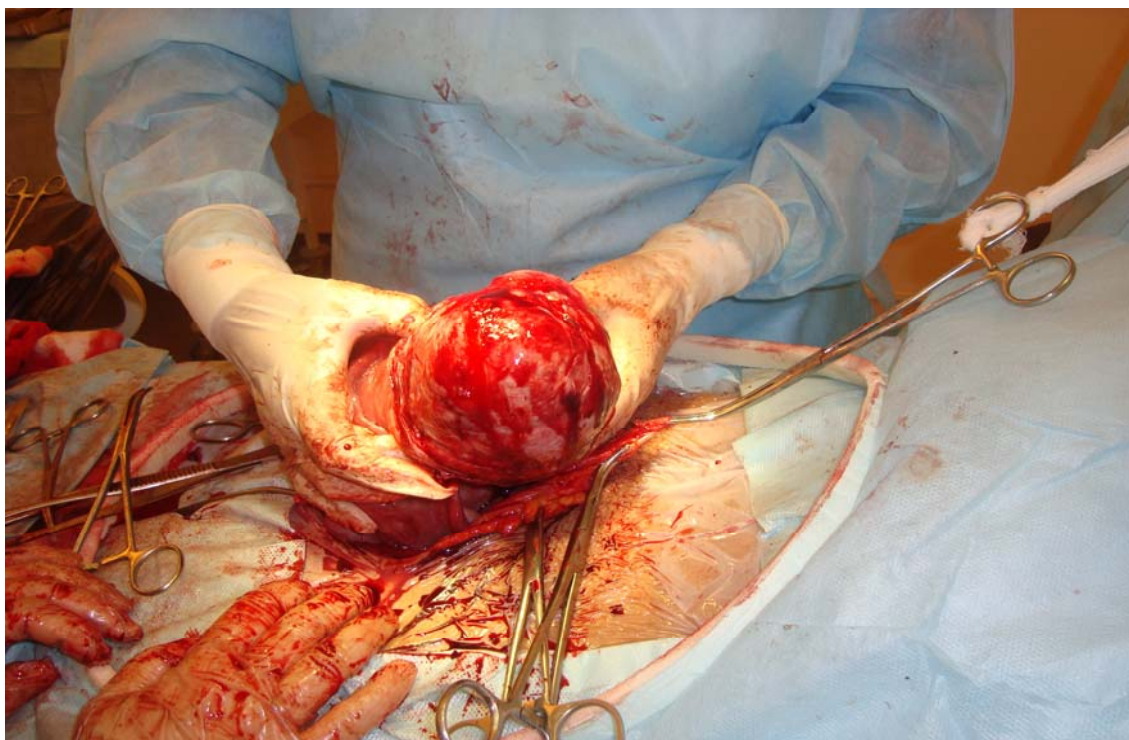


Рис. 4. Вылушивание узла

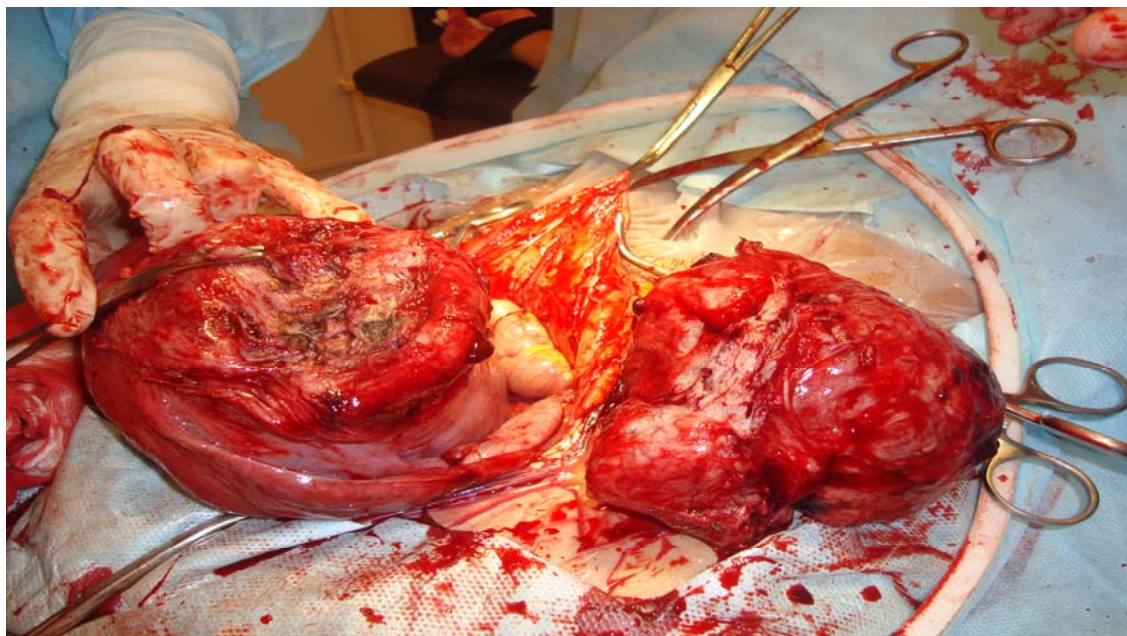


Рис. 5. Матка после удаления узла, узел.

Ложе ушивалось двухрядным, непрерывным викриловым швом. При этом большое внимание уделялось сопоставлению краев раны. Производилась перитонизация раны путем создания дубликатуры из серозной оболочки (рис. 6). Швы на матке укрывались барьером «Интерсид» (рис. 7).

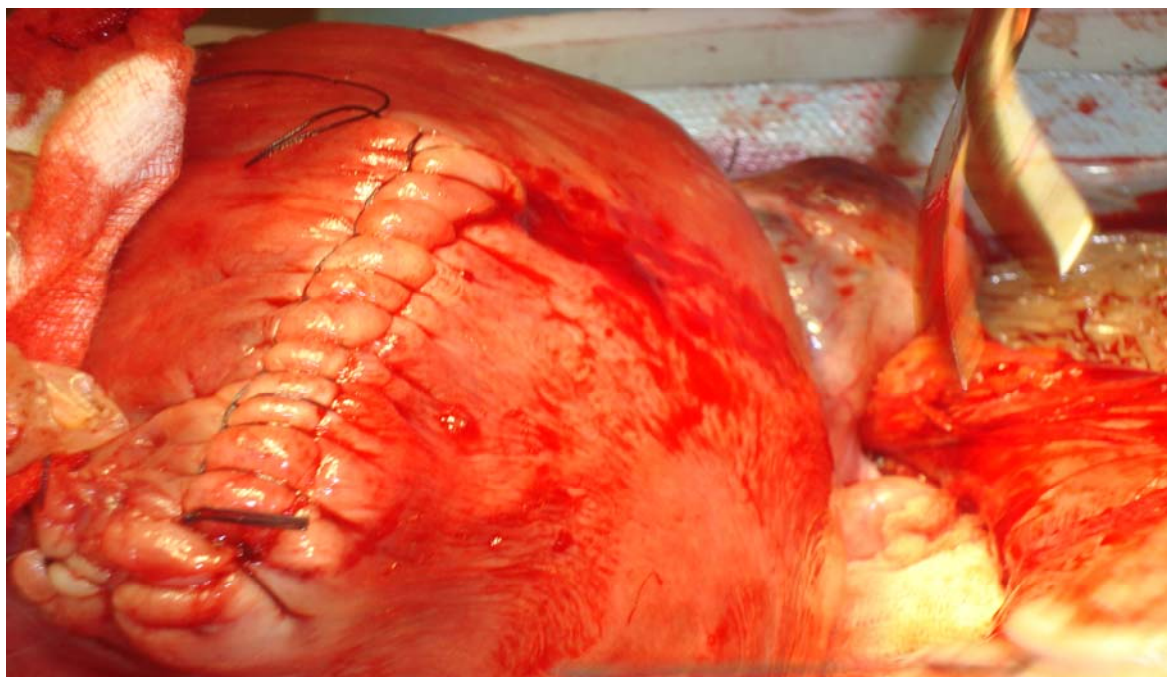


Рис. 6. Шов на матке

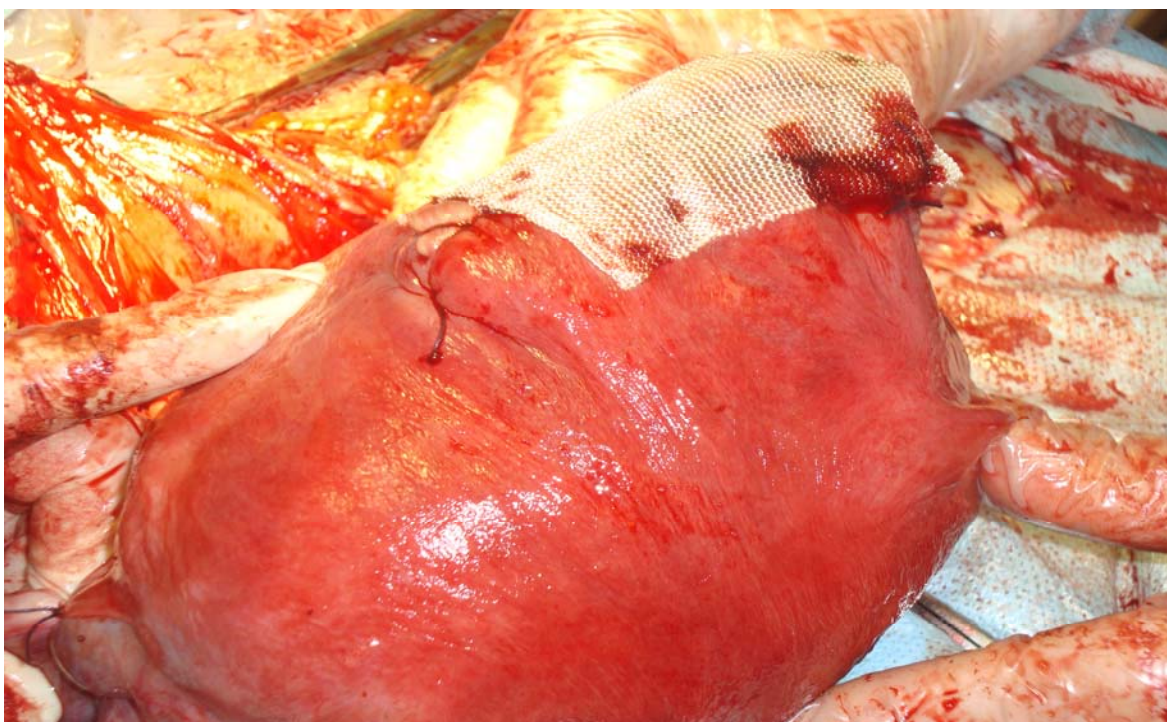


Рис. 7. Швы на матке

При субсерозных узлах на тонком основании ножка узла прошивалась и перевязывалась у основания с последующим отсечением узла. В заднем своде оставлялся микроирригатор для контроля гемостаза.

Основным опасением акушеров при миомэктомиях во время кесарева сечения является значительная кровопотеря из-за расширения объема оперативного вмешательства. Реакция на кровопотерю при миоме матки может быть более выраженная, чем без таковой. Известно, что при наличии миомы матки в организме женщины наблюдаются изменения, усугубляю-

щие кровопотерю. Поэтому величина кровопотери при проведении кесарева сечения у пациенток с миомой матки даже без расширения объема операции может быть значительной.

Интраоперационная кровопотеря составила от 400 до 800 мл, ее объем вычислялся суммированием количества крови в банке вакуум-аспиратора и по данным гравитационного метода, основанного на взвешивании операционного материала.

Были изучены данные гистологического исследования удаленных миоматозных узлов. Структура узлов была представлена лейомиомой, зачастую изменения в узлах сопровождались лейкоцитарной инфильтрацией, гиалинозом, отеком, кровоизлияниями.

Ведение послеоперационного периода было следующим: в течение 3-х суток после операции проводилось адекватное обезбоживание, утеротоническая терапия в сочетании со спазмолитиками, а также проводилась профилактическая антибактериальная терапия.

У 14 пациенток послеоперационный период протекал гладко, у 2-х была диагностирована субинволюция матки, потребовавшая дополнительного введения утеротонических средств. Выписка произведена на 6-7 сутки послеродового и послеоперационного периода.

Таким образом, консервативная миомэктомия при операции кесарева сечения может рассматриваться в качестве альтернативы надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки.

Проведенная по описанной нами методике миомэктомия может сберечь орган, не увеличивая риск послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сенчакова Т.Н. Отсроченные осложнения кесарева сечения (клиника, диагностика, тактика ведения и профилактики): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997.
2. Филонов С.М. Исход операций кесарева сечения в зависимости от методики наложения швов на матку и шовного материала: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997.
3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению миомы матки. М.: МЕДпрессинформ, 2004.
4. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность / В.И. Кулаков, Г.С. Шмаков. М.: МЕДпрессинформ, 2001.
6. Сидорова И.С. Миома матки. М.: МИА, 2003.
7. Чернуха Е.А. Кесарево сечение - настоящее и будущее //Акушерство и гинекология. 1997. № 5.
8. Абрамченко В.В. Акушерские операции. СПб: Нордмедиздат, 2006.