

САМИРА ТАГИЕВА

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНОЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНО-СУМБУКОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ УЗЛОВ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Liv Bona Dea hospital, Oksigen klinik, Баку Азербайджан

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.05.43>

SAMIRA TAGHIYEVA

CONSERVATIVE MYOMECTOMY OF CERVICAL-SUPRAVAGINAL AND INTRAMURAL-SUBMUCOSAL LOCALIZATION OF NODES DURING A CESAREAN SECTION

Liv Bona Dea hospital, Oksigen klinik, Baku, Azerbaijan

SUMMARY

Uterine fibroids are one of the most common benign tumors of the female reproductive system, which can complicate the course of pregnancy. The issues of tactics of pregnancy and childbirth in women with uterine fibroids remain relevant, given the expansion of the boundaries of reproductive age, the increase in the number of first-time births after 30 years and the tendency to the appearance of tumors at a younger age. This article summarizes the modern view and the author's own experience on organ-sparing treatment in pregnant women with complex localization of uterine fibroids, with cervical-supravaginal and interstitial-submucosal nodes, possible complications and methods of their prevention.

Keywords: pregnancy, uterine fibroids, delivery, caesarean section.

Миома – наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. В настоящее время наблюдается тенденция к росту выявления данной патологии у молодых женщин до 30 лет, которые не реализовали свои репродуктивные функции. Миома матки выявляется у 20% женщин, достигших 30-летнего возраста [1]. Средний возраст выявления миомы матки – 32-34 года. Растущий интерес к сочетанию миомы матки и беременности продиктован как расширением границ репродуктивного возраста, увеличением числа первородящих после 30 лет, так и тенденцией к появлению опухоли в более молодом возрасте [2–4]. Вопросы тактики ведения беременности и родов у женщин с миомой матки сохраняют свою актуальность [6,7]. Более того, актуальность их возрастает, поскольку возрастает частота встречаемости этого заболевания [8]. Целесообразность миомэктомии во время кесарева сечения до сих пор остается предметом дискуссии. Отношение к миомэктомии во время кесарева сечения в мире претерпело определенные изменения: от гистерэктомии до органосберегающих операций. Миомэктомия во время кесарева сечения не рекомендовалась из-за большого количества послеоперационных осложнений: гипотония матки, перитонит, септические состояния [2,5]. Вместе с тем возникают вопросы техники реконструктивно-пластической операции на матке и тактики ведения женщин в послеоперационном периоде.

Цель исследования – изучение возможности и целесообразности миомэктомии во время кесарева сечения при шейно-перешеечных и интрамурально-субмукозных локализациях миом матки

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеоперационного периода у 16 пациенток, которым во время кесарева сечения выполнено удаление узлов при шейно-перешеечных и интерстициально-субмукозных локализациях миом матки. Особенности миомэктомии во время операции кесарева сечения представлены у 16 больных, из них у 4-х интерстициально-субмукозная миома, а у остальных шейно-перешеечные узлы, у 2 беременных шейно-перешеечные миомы имели центропитальный рост с деформацией полости матки. Из 16 пациенток, которым произведена миомэктомия во время кесарева сечения, 11 были первородящими, 5 – повторнородящими. С рубцом на матке были 3 пациентки. Беременность протекала с осложнениями у 7 женщин. Наиболее частым осложнением беременности была угроза ее прерывания у 6 женщин, истмико-цервикальной недостаточность у 3-х, гипотрофия плода у 4-х, нарушение фето-плацентарного кровотока у 4-х, нарушение питания в

узле, купированный симптоматической терапией, отмечали у 2 из 16 пациенток. Миома матки у 9 пациенток обнаружена была до беременности. Размеры миоматозных узлов с шеечно-перешеечной локализацией от 5 до 9 см, у двух пациенток были обнаружены по два шеечно-перешеечных узла на матке. Во время беременности миома матки выявлена у 5 пациенток. У 2 пациенток миоматозные узлы, расположенные интерстициально-субмукозно, диаметром от 4 до 5 см, были находкой во время операции. При сопоставлении данных УЗИ, полученных в ранние и поздние сроки беременности, мы не обнаружили выраженной динамики роста узлов у 7 пациенток, у 4 отмечали умеренное увеличение узлов (на 3-4 см в диаметре). Лишь у 2 первобеременных женщин зарегистрирован быстрый рост миомы: с 2-3 см в диаметре в начале беременности до 8-9 см к 38 нед. гестации. Из 16 беременных пациенток с миомой матки трое были госпитализированы в отделение патологии беременности с целью предоперационной подготовки.

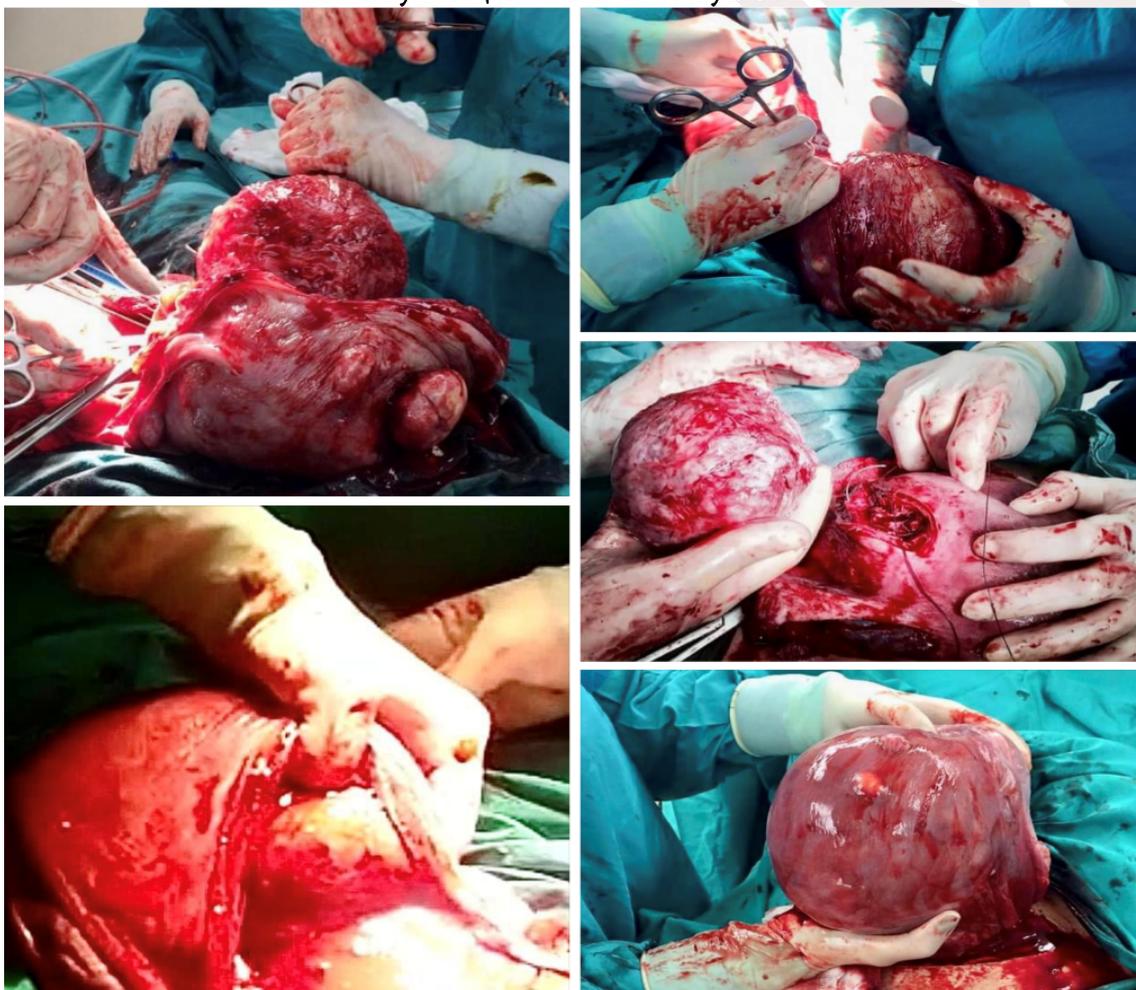
Результаты исследования и их обсуждение. Наличие миомы матки шеечно-перешеечной или интерстициально-субмукозной локализации являлось непосредственным показанием к кесареву сечению. Родоразрешение пациенток по возможности проводили ближе к 38 нед. беременности. Преждевременными были оперативные роды (в 34-36 нед.) у 3 женщин. В плановом порядке у 13 пациенток. При оперативном вмешательстве у 16 пациенток применяли регионарную анестезию: спинальную – 14 женщинам. У 2 использовали эндотрахеальный наркоз из-за противопоказаний к регионарной анестезии. У всех чревосечение осуществляли по Пфаненштилю. Разрез стенки матки при кесаревом сечении производился поперечно в нижнем сегменте с отслойкой мочевого пузыря. Учитывая поперечное направление мышечных волокон во всех слоях миометрия и относительно крупных артериальных сосудов второго порядка, охватывающих наиболее мощный сосудистый слой миометрия, при энуклеации миоматозных узлов предпочтительнее поперечные разрезы на матке. Основной задачей являлось создание максимально благоприятных условий, как для бережного родоразрешения, так и для последующих манипуляций. Разрез на матке восстанавливали однорядным непрерывным викриловым швом с захлестом по Ривердену. Перитонизация не проводилась. Техника и тактика при миомэктомии во время кесарева сечения имела свои особенности в зависимости от локализации миоматозного узла. Выбор направления разрезов на матке при миомэктомии производили с учетом локализации миоматозных узлов, их количества, глубины залегания, архитектоники миометрия и сосудов. Энуклеацию узлов проводили тупым и острым путем. Как правило, миомэктомию осуществляли после извлечения плода и последа. Хотя в двух случаях, при наличии большого перешеечного узла матки препятствующего извлечению ребенка, первоначально вскрывали капсулу узла, затем удаляли узел, после чего производили разрез на матке по ложу узла и извлекали ребенка. Далее восстанавливали целостность матки. При проведении консервативной миомэктомии на послеродовой матке, необходимо стремиться к минимальной травматичности и кровопотере. При интерстициально-субмукозных узлах, деформирующих полость матки, миомэктомия проводилась со стороны полости матки до зашивания разреза в ней, ложе узлов восстанавливалась непрерывным швом. После извлечения ребенка у пациенток с интерстициально-субмукозной локализацией узлов, матка была частично вывернута, миоматозный узел был подтянут к ране.

Узлы были вылущены и отсечены, ложе узла было двухрядно ушито викрилом, а потом поперечный разрез на матке восстанавливался однорядным непрерывным швом с захлестом по Ривердену, перитонизацию не проводили.

Основными опасениями хирургов при удалении интамурально-субмукозных и шеечно-перешеечных узлов во время кесарева сечения является значительная кровопотеря из-за расширения объема вмешательства. Реакция на кровопотерю при миоме матки может быть более выраженной, чем без таковой. Как известно, при наличии миомы матки в организме женщины наблюдаются изменения, усугубляющие кровопотерю: снижение фракции альбуминов, уменьшение объема циркулирующей плазмы, анемия, нарушение функции печени и пониженный иммунитет [6,7], поэтому величина кровопотери при проведении кесарева сечения у пациенток с миомой матки даже без расширения объема операции может быть значительной. Если кровопотеря при кесаревом сечении составляет от 500 до 1000 мл, то при увеличении объема операции за счет

миомэктомии, кровопотеря в среднем возрастает до 1300 мл [6-8]. Интраоперационная кровопотеря составила от 800 до 1200 мл. Профилактика кровотечения осуществлялась сразу же после извлечения плода и последа. В мышцу матки вводили утеротонический препарат, а также начинали внутривенное введение окситоцина. Учитывая, что нарушение целостности матки после миомэктомии может явиться причиной послеоперационного кровотечения, внутривенное введение окситоцина продолжалось в течении 2-х часов в раннем послеродовом периоде. Длительность операции у большинства пациенток не превышала 60-65 мин, в трех случаях продолжалась 90-115 мин. После операции пациенток наблюдали в отделении интенсивной терапии в течении 2-х часов, а затем переводили в послеродовые палаты. Введение послеоперационного периода не отличалось от такового у пациенток после стандартной операции кесарева сечения. В течении трех суток проводили адекватное обезболивание, введение утеротонических препаратов и антибиотиков. Из 16 родильниц, 11 выписались на 3-е сутки, четверо на 5-е послеоперационные сутки. Послеродовый (послеоперационный) период в основном протекал без осложнений. У 4 пациенток отмечали субинволюцию матки, потребовавшую дополнительной сокращающей терапии. Двум родильницам в раннем послеоперационном периоде проводилась переливание крови в связи с анемией, а 4-м потребовалось внутривенное введение препаратов железа.

Рис.1 Энуклеация миоматозных узлов матки



Гистологическое изучение удаленных миоматозных узлов показало, что структура узла у всех пациенток была представлена лейомиомой. В трех наблюдениях с шеечно-перешеечной локализацией отмечали некротические изменения в области узлов, сопровождавшиеся лейкоцитарной инфильтрацией, либо гиалинозом и обызвествлением. В остальных наблюдениях лейомиома сочеталась с отеком, кровоизлияниями и фокусами лейкоцитарной инфильтрации.

Заключение: Консервативная миомэктомия при кесаревом сечении способствует существенному увеличению кровопотери, особенно при сложных локализациях миоматозных узлов: шеечно-перешеечной и интерстициально-субмукозной, однако при соответствующей готовности медицинского учреждения с высококвалифицированными специалистами, владеющими тактикой и техникой оперативного вмешательства, анестезиологического пособия, средствами для эффективного лечения кровотечения, современного шовного материала и антибиотикотерапии можно избежать серьезных или угрожающих жизни осложнений, а также расширить показания к органосохраняющим операциям (миомэктомии) при сложных локализациях миом во время кесарева сечения

Должна быть выработана оптимальная хирургическая методика, так как миомэктомия во время кесарева сечения предотвращает повторное хирургическое вмешательство с потенциальными рисками анестезиологического пособия, послеоперационных осложнений и улучшает репродуктивное здоровье женщин, а также является экономически выгодной операцией, так как предотвращает расходы на пребывание в стационаре, связанное с дополнительным хирургическим лечением в отсроченном периоде. Однако такая операция является вмешательством повышенной категории сложности и может выполняться только высокопрофессиональными хирургами.

Список литературы:

1. Ботвин М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста: вопросы патогенеза, техники операций, система реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты. Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1999.
2. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М.: МЕДпрессинформ, 2001.
3. Cooper N.P., Okolo S. Fibroids in pregnancy – common but poorly understood // *Obstet. Gynecol. Surv.* 2005;60(2):132-138.
4. Kozinszky Z., Orvos H., Zoboki T. et al. Risk factors for cesarean section of primiparous women aged over 35 years // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2002;81(4):313-316.
5. Сидорова И.С. Миома матки и беременность. М.: Медицина, 1985; 116-118.
6. Вихляева Е.М., Василевская Л.И. Миома матки. М.: Медицина, 1981.
7. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. М.: Медицина, 1999.
8. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению миомы матки. М.: МЕДпресс-информ, 2004.

САМИРА ТАГИЕВА

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНОЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНО-СУМБУКОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ УЗЛОВ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Liv Bona Dea hospital, Oksigen klinik Баку Азербайджан

РЕЗЮМЕ

Миома матки – одна из наиболее частых доброкачественных опухолей женской репродуктивной системы, которая может осложнять течение беременности. Вопросы тактики ведения беременности и родов у женщин с миомой матки сохраняют свою актуальность, учитывая расширение границ репродуктивного возраста, увеличение числа первородящих после 30 лет и тенденцию к появлению опухоли в более молодом возрасте. В данной статье обобщен современный взгляд и собственный опыт автора на органосохраняющее лечение у беременных женщин со сложной локализацией миом матки, с шеечно-перешеечными и интерстициально-субмукозными узлами, возможных осложнениях и способах их профилактики.

სამირა თავიევა

ცერვიკალურ-სუპრავაგინალური და ინტერსტიციალურ-სუბმუკოზური ლოკალიზაციის კვანძების
კონსერვატიული მიომექტომია საკეისრო კვეთის დროს
Liv Bona Dea hospital, Oksigen klinik ბაქო, აზერბაიჯანი

რეზიუმე

საშვილოსნოს მიომა ქალის რეპროდუქციული სისტემის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული კეთილთვისებიანი სიმსივნეა, რომელსაც შეუძლია გაართულოს ორსულობის მიმდინარეობა. ორსულობისა და მშობიარობის ტაქტიკის კითხვები საშვილოსნოს მიომის მქონე ქალებში ინარჩუნებს აქტუალობას რეპროდუქციული ასაკის გაფართოების, 30 წლის შემდეგ პირველმშობიარეთა რაოდენობის ზრდისა და ახალგაზრდა ასაკში სიმსივნეების გაჩენის ტენდენციის გათვალისწინებით. ამ სტატიაში შეჯამებულია ავტორის თანამედროვე შეხედულება და საკუთარი გამოცდილება ორსულ ქალებში, საშვილოსნოს მიომის რთული ლოკალიზაციით, საშვილოსნოს ყელის-პერიცერვიკალური და ინტერსტიციულ-სუბმუკოზური კვანძებით, შესაძლო გართულებები და პრევენციის მეთოდები.

✍