

Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у вагітних з лейоміомою матки

М.В. Макаренко, Д.О. Говсєєв, О.М. Сиса, О.В. Тян
Київський міський пологовий будинок № 5

У даній статті наведені результати спостереження за групою вагітних з лейоміомою матки, розроджених шляхом операції кесарева розтину з консервативною міомектомією, з використанням інтраопераційного прийому гофрування (поперечного стиснення) нижнього сегмента матки в поєднанні з декомпресією (дренуванням) порожнини матки через піхву. Даний прийом слід розцінювати як високоефективний метод профілактики кровотечі в післяпологовий період у жінок після кесарева розтину, виконаного в комбінації з консервативною міомектомією.

Ключові слова: лейоміома матки, кесарів розтин, консервативна міомектомія, профілактика післяпологової кровотечі, декомпресія матки, гофрування нижнього сегмента, РЕНІС 2.

На сьогодні загально визнаною є думка дослідників про те, що зростає частота поєднання лейоміоми матки (гормонально залежної доброякісної пухлини міометрія) і вагітності в різних вікових групах упершенароджуючих. Кількість ускладнень, які супроводжують вагітність з лейоміомою матки не зменшується: протягом усієї вагітності є загроза невиношування, частий розвиток плацентарної недостатності, неправильного положення плода, некроз вузла (вузлів) лейоміоми, швидке зростання вузлів, відшарування нормально розташованої плаценти; в пологах – аномалії пологової діяльності, гіпоксія плода, і, як грізне ускладнення в післяпологовий період, – післяпологова кровотеча. Усі ускладнення вимагають перегляду рекомендованих лікувально-профілактичних заходів з метою виявлення та застосування найбільш ефективних із запропонованих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період 2013–2014 років у Київському міському пологовому будинку № 5 під спостереженням за перебігом одноплідної вагітності та пологів перебували 37 жінок з лейоміомою матки великих розмірів з розташуванням вузла (вузлів) інтрамурально (між'язовою) з центрипетальним ростом, по передній або задній стінці матки в області дна і в області нижнього сегмента, які за клініко-ультразвуковою класифікацією лейоміоми матки відносяться до III типу (D. Wildemeersch, E. Schacht, 2002). У групу жінок увійшли упершенароджуючі вагітні.

Госпіталізацію вагітних з лейоміомою матки здійснювали в терміні 37–38 тиж, проводили дообстеження з визначенням плану розродження. Вік жінок не перевищував 37 років, всі обстежені висловили бажання зберегти за можливості репродуктивну функцію.

План ведення пологів визначали як розродження шляхом операції кесарева розтину в плановому порядку в терміні 39 тиж у комбінації з консервативною міомек-

томією. Розродження проводили до початку розвитку пологової діяльності при оцінці шийки матки за Бішоп в 5–6 балів, за відсутності ознак запалення (ОАК з лейкоцитарною формулою, допологовою термометрією), за умови інтактності плодових оболонок і відсутності запального процесу в пологових шляхах, при задовільному стані доношеного плода, що підтверджувалося результатами КТГ (нестресовий тест), БФП плода (за Vintzileos та ін., 1987), доплерометричними показниками кровотоку в маткових артеріях (обов'язково в обох) і артерій пупкового канатика, аорті плода, показниками УЗ-фетометрії, УЗ-плацентометрії, при якій визначали місце розташування плаценти, її товщину і ступінь зрілості, відповідно до нормативів Grannum та ін. (1979), наявність петрифікатів, інфарктів і кількість навколплідних вод.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті дослідження в обраній групі вагітних виявлено наступне. Уперше виявлена лейоміома матки під час вагітності у 4 (11%) обстежуваних жінок. Розподіл вагітних за віком відбувався таким чином: від 20 до 25 років – 3 (8%), від 26 до 30 років – 8 (21%), від 31 до 36 років – 29 (71%) жінок.

Першовагітні склали 8 (22%) жінок досліджуваної групи.

Виявлені такі гінекологічні захворювання в анамнезі: ерозія шийки матки – у 14 (37%), запалення придатків матки – у 17 (46%), ендометріоз – у 4 (11%), безпліддя – у 7 (19%), полікістоз яєчників – у 3 (8%), кольпіт – у 35 (94%), порушення менструальної функції – у 11 (30%) вагітних.

У повторновагітних жінок був ускладнений акушерський анамнез: у 24 (64%) були штучні аборти, у 19 (51%) – мимовільний аборт, у 7 (19%) – завмерла вагітність.

Локалізація вузлів: розташування вузлів на передній у 11 (30%), в області дна – у 5 (13,5%), по задній стінці – у 14 (37,8%), в області нижнього сегмента матки – у 8 (21%) і змішане розташування вузлів – у 17 (46%) на передній і задній стінці, вузол і низьке розташування плаценти – у 4 (11%) вагітних.

У 9 (24%) вагітних плацента розташовувалася в проекції вузла.

Усі вузли лейоміоми були великих розмірів – до 6–10 см у 34 (91,8%) вагітних, у 3 (9,2%) більше 10 см в діаметрі.

Усі жінки з групи маючи одноплідну вагітність народили живих дітей, оцінених за шкалою Апгар таким чином: у 28 (75%) – 7/8 балів, у 7 (19%) – 7/9 і у 2 (6%) дітей – 8/9 балів.

Маса тіла новонароджених: в групі спостереження всі новонароджені були доношеними, з масою тіла від 2001 до 2500 г народилися 2 (5%) дітей, від 2501 до 3001 г – 11 (29%) дітей, від 3001 до 3500 г – 17 (46%) дітей, від 3501 до 4000 – 6 (16%) дітей, від 4001 – 1 (3%) дитина.

Усім після кесарева розтину проведена органо-зберігальна операція – консервативна міомектомія, а також виконаний інтраопераційний прийом гофрування нижнього сегмента і декомпресія матки шляхом дренажу порожнини матки еластичною дренажною трубкою діаметром перетину 20 мм.

Гофрування нижнього сегмента матки виконували за розробленою в Київському міському пологовому будинку № 5 методикою РЕНІС 2 (2013) з її модифікацією:

- після лапаротомії виконують розсічення і низведення перехідної міхурово-маткової складки з нижнього сегмента;
- розріз матки в нижньому сегменті, народження дитини, плаценти;
- ушивання кутів матки окремими швами;
- дренажування порожнини матки еластичною дренажною трубкою з проведенням її через канал шийки матки у піхву;
- накладання на передню стінку нижнього сегмента колючою голкою ПГА ниткою від і до кутів розрізу на матці, відступивши нижче на 1,5–3 см, і стягнення нижнього сегмента до центру без прорізування тканин під візуальним контролем;
- ушивання рани матки дворядним швом з перитонізацією перехідною складкою, контроль гемостазу;
- виконання консервативної міомектомії типово з ушиванням ложа ПГА ниткою на атравматичній колючій голці, контроль гемостазу і тонусу матки.

При виконанні корпорального кесарева розтину гофруючий шов на нижній сегмент накладається нижче кута розрізу без відсепарування перехідної складки, але з дренажуванням порожнини матки за методикою, описане вище. Зовнішній кінець дренажної трубки після закінчення операції при обробленні піхви фіксують на промежині і на нього встановлюють контейнер для контролю за кількістю та якістю маткових виділень.

Також виконували обов'язкове для консервативної міомектомії дренажування черевної порожнини через контрапертуру в правій або лівій клубовій області. Маткову дренажну декомпресійну трубку видаляли через 36 год після операції. У випадках мимовільної експульсії до зазначеного часу розцінювали позитивно як задовільну здатність матки розвивати достатню спрямовану скоротливу активність в післяпологовий період.

На тлі обов'язкової антибіотикотерапії (цефтріаксон по 1 г 2 рази на добу протягом 5–7 днів) в післяпологовий період загоєння рани лапаротомно відбувалося рег рітис, що свідчило про можливість якісного формування післяопераційного рубця на матці в місці гістеротомії для вилучення плода (поперечний розріз в нижньому матковому сегменті за Гусаковим), а також у місці виконання консервативної міомектомії. Для контролю за станом формування післяопераційних рубців на матці і за вмістом порожнини матки використовували ультразвукове дослідження – УЗД) на апараті Toshiba Aplio MX абдомінальним конвексним датчиком 3,5 МГц на 3-ю добу після пологів, 10-у добу і через 1 міс, 6 міс після пологів.

Під час операції після народження дитини використовували окситоцин 10 ОД внутрішньовенно, а з метою по-

силення тонічної контрактильної функції матки в післяпологовий період застосовували мізопростол 800 мг (4 таблетки) ректально.

З метою знеболювання операції кесарева розтину використовували переважно спінальну анестезію у 34 (92%) і у 3 (8%) породілей ендотрахеальний наркоз.

У 21 (57%) обстеженої вагітної визначали один лейо-міоматозний вузол і у 16 (43%) – множинні лейо-міоматозні вузли (2 вузла та більше). Дистрофічні зміни в одному з вузлів виявлені в 6 (16%) випадках.

Нами відзначена найбільш несприятлива локалізація вузлів – по задній стінці матки в області нижнього сегмента.

Для виконання міомектомії проводили додаткові розрізи на матці (поздовжні, косі) у поєднанні з поперечним розрізом в нижньому сегменті для вилучення плода у 31 (83%) випадку, корпоральне по передній стінці матки у 4 (11%) і у 2 (5,4%) в області дна. У жінок за корпоральної гістеротомії вдалося видалити один з вузлів лейо-міоміою з єдиного розрізу. Також це вдалося нам при розтині в нижньому сегменті в 6 випадках.

На момент розродження головне передлежання плода реєстрували в 29 (78%) випадках, тазове передлежання плода в 4 (11%), косе положення плода в 3 (8%), поперечне в 1 (2,7%) випадку.

У 9 жінок міомектомія супроводжувалася проникненням в порожнину матки.

Проводили ретельний гемостаз шляхом ушивання ложа вузла і обшивання кровоточивих судин ПГА-ниткою колючою атравматичною голкою.

Загальна кровотрата при операції склала 850–940 мл.

Перебуваючи в стані хронічного стресу в період очікування під час вагітності після проведеної операції кесарева розтину і міомектомії значно знизилася тривожність у жінок, асоціюючись у свідомості пацієнток з повним одужанням, досягненням бажаного оптимального результату, що, безумовно, сприятливо впливає на перебіг післяпологового періоду.

Усі породіллі виписані додому на 7–8-у добу після пологів з новонародженим у задовільному стані.

ВИСНОВКИ

Безумовно, рішення про збереження матки при кесаревому розтині і можливість проведення консервативної міомектомії відповідно до попереднього плану ведення пологів затверджується інтраопераційно.

У даній категорії жінок з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії за всіх сприятливих умов перебігу наступної вагітності, при задовільному стані рубців на матці, підтверджених УЗД, розродження при наступній вагітності має бути виключно шляхом операції кесарева розтину.

Сьогодні лейо-міома матки відноситься до частої акушерської патології, при якій можлива ціла низка серйозних ускладнень перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, що вимагає від акушера-гінеколога прогнозування пологів, використання дієвої профілактики можливих ускладнень, індивідуального підходу до оперативної тактики (за можливості збереження матки як репродуктивно активного органу в майбутньому за наполяганням жінки), пильне спостереження в післяпологовий період.

Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с лейомиомой матки

М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, С.А. Жайворонок, О.Н. Сыса, О.В. Тян

В данной статье приведены результаты наблюдения за группой беременных с лейомиомой матки, родоразрешенных путем операции кесарева сечения с консервативной миомэктомией, с использованием интраоперационного приема гофрирования (поперечного сжатия) нижнего сегмента матки в сочетании с декомпрессией (дренированием) полости матки через влагалище. Настоящий прием следует расценивать как высокоэффективный метод профилактики кровотечения в послеродовой период у женщин после кесарева сечения, выполненный в комбинации с консервативной миомэктомией.

Ключевые слова: лейомиома матки, кесарево сечение, консервативная миомэктомия, профилактика послеродового кровотечения, декомпрессия матки, гофрирование нижнего сегмента, РЕНИС 2.

Features of pregnancy, childbirth and postpartum period in pregnant women with uterine leiomyoma

M.V. Makarenko, D.A. Govseev, S.A. Zhayvoronok, O.N. Sys, O.V. Tyan

This article presents the results of observations of a group of pregnant women with uterine leiomyoma, delivery by cesarean section with the conservative myomectomy using intraoperative method corrugating (transverse contraction) of the lower uterine segment, combined with decompression (drainage) of the uterus through the vagina. This acceptance should be regarded as a highly effective method for preventing postpartum hemorrhage in women after cesarean section performed in combination with the conservative myomectomy.

Key words: uterine leiomyoma, caesarean section, myomectomy conservative, prevention of postpartum hemorrhage, uterine decompression, corrugating of the lower segment, RENIS 2.

Сведения об авторах

Макаренко Михаил Васильевич – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, пр. Краснозвездный, 2
Говсеев Дмитрий Александрович – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, пр. Краснозвездный, 2
Жайворонок Сергей Александрович – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, пр. Краснозвездный, 2
Сыса Оксана Николаевна – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, пр. Краснозвездный, 2
Тян Ольга Владимировна – Киевский городской родильный дом № 5, 03027, пр. Краснозвездный, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України № 624 від 03.11.2008 р. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги.
2. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). – М.: МИА, 2003. – 256 с.
3. Савицкий Г.А. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии.) / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. – СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 236 с.
4. Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ланчинский В.И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение. – М.: Издательский дом «Видар-М», 2010. – 244 с.
5. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
6. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 344 с.
7. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. – М.: МИА, 2006. – 176 с.
8. Дамиров М.М. Современные подходы к тактике ведения больных с лейомиомой матки. Пособие для врачей, 2014. – 92 с.
9. Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence / E. Somigliana, P. Vercellini, R. Daguati et al. // Hum. Reprod Update. – 2007. – Vol. 13, № 5. – P. 465–476.
10. Obstetric characteristics and perinatal outcome of pregnancies with uterine leiomyomas / E. Sheiner, A. Bashiri, A. Levy et al. // J. Reprod. Med. – 2004. – Vol. 49, № 3. – P. 182–186.
11. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society of Reproductive Surgeons. Myomas and reproductive function // Fertil. Steril. – 2008. – Vol. 90, № 5. – P. 125–130.
12. Myomectomy during cesarean section / F. Ortac, M. Gungor, M. Sonmez et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 1999. – Vol. 67, № 3. – P. 189–194.
13. Successful myomectomy during pregnancy / D.E. Lolis, S.N. Kalantaridou, G. Makrydimas et al. // Hum. Reprod. – 2003. – Vol. 18, № 8. – P. 1699–1702.
14. Myomectomy during cesarean section / O. Kaymak, E. Ustunyurt, R.E. Okyay, et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2005. – Vol. 89, № 2. – P. 90–93.

Статья поступила в редакцию 14.06.2015