

Литература

1. Иванов, В.В. Оперативная тактика при лечении энтероколита у новорожденных / В.В. Иванов, В.Н. Чевжик, Е.А. Черпалюк // Детская хирургия. – 2003. – № 6. – С. 25–27.

2. Линчевский, Г.Л. Некротический энтероколит новорожденных / Г.Л. Линчевский, О.К. Головки, О.В. Воробьева // Здоровье ребенка. – 2007. – № 1. – С. 18–27.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА И МЕТОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

¹Янушко Т.В., ¹Гутикова Л.В., ¹Егорова Т.Ю., ²Сайковская В.Э.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Миома матки является одним из наиболее распространенных опухолевидных заболеваний женских половых органов. Среди всех гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста, по данным различных авторов эта патология составляет от 20 до 70% [1, 2, 3]. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» этого широко распространенного заболевания: 20 лет назад в возрастной группе от 25-и до 45-ти лет миома матки встречалась у 30% женщин, а за последние 5 лет эта цифра возросла до 70% [1, 2]. Расширение границ репродуктивного возраста, увеличение числа возрастных первородящих после 35 лет приводит к возникновению ряда вопросов в акушерской практике связанных с тактикой ведения беременности и родоразрешения у женщин с миомой матки.

Отношение к миомэктомии во время беременности и родов длительное время оставалось дискуссионным и претерпевало определенные изменения: в 50-60 гг., как правило, производилось удаление миоматозных узлов во время кесарева сечения, а при наличии большой миомы – надвлагалищной ампутацией или экстирпацией матки. В 70-80 гг. миомэктомия во время кесарева сечения не рекомендовалась из-за большого количества послеоперационных осложнений: гипотония матки, перитонит, септические состояния и чаще всего заканчивалась гистерэктомией [2, 5]. Бурное развитие экспериментальной и клинической медицины

за последние десятилетия, успех современных достижений в области повышения качества шовного материала, широкое внедрение в акушерскую практику простагландинов повышающих тонус и сократительную активность миометрия, возможность применения защищенных антибиотиков широкого спектра действия, развитие миниинвазивных методик (эмболизация маточных артерий), все это позволило коренным образом пересмотреть возможность миомэктомии во время кесарева сечения, направленное на преимущественное сохранение детородного органа. Возрастающий интерес к сочетанию миомы матки и беременности продиктован как расширением границ репродуктивного возраста, увеличением первородящих после 30 лет, так и тенденцией к появлению опухоли в более молодом возрасте.

Цель настоящего исследования - изучение возможности и целесообразности миомэктомии (МЭ) во время кесарева сечения (КС) при сочетании беременности с миомой матки различных размеров.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеоперационного периода у 54 пациенток, которым во время кесарева сечения выполнено удаление миоматозных узлов, по поводу множественной миомы матки больших размеров, дегенерации узлов или их низкого расположения, с сохранением детородного органа. В качестве больших нами рассматривались субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы свыше 5 см, узлы более 15 см считались гигантскими.

В период с 2011 по 2012 гг. в УЗ «ГОКПЦ» было произведено 2403 оперативных родоразрешений путем операции кесарева сечения, в 2011г. – 1121 случая и в 2012г – 1282 случая, из них плановых кесаревых сечений было 781 и 907 соответственно. В 2011 году по поводу множественной миомы матки больших размеров, дегенерации узлов или их низкого расположения было проведено 16 плановых оперативных родоразрешений, что составило 1,4% (к общему числу оперативных родоразрешений) и 2% (к общему числу плановых кесаревых сечений). В 2012 году по той же причине было выполнено 38 плановых оперативных родоразрешений, что составило 2,3% (к общему числу оперативных родоразрешений) и 4,18% (к общему числу плановых кесаревых

сечений). Таким образом, количество плановых оперативных родоразрешений по поводу множественной миомы матки выросло на 2,3% за год.

На момент операции возраст женщин варьировал от 24 до 42 лет, составив в среднем $33,5 \pm 2,3$ года. Из 54 пациенток, которым была произведена миомэктомия во время кесарева сечения, 16 (30%) были первородящими, 38 (70%) - повторнородящие. У пяти женщин в анамнезе перенесенные консервативные миомэктомии: у 2 лапароскопические и у 3 лапаротомные. У одной женщины беременность наступила после ЭКО.

У 40 (74%) пациенток выявлена экстрагенитальная патология: нарушение жирового обмена 1-2-й степени - у 12 (22,2%) женщин, эутиреоидный диффузный зоб - у 8 (14,8%), миопия высокой степени - у 4 (4,8%), хронический пиелонефрит - у 6 (11,1%), хронический гастрит - у 3 (5,5%), гипертоническая болезнь - у 5 (9,2%), язвенная болезнь желудка - у 2 (3,7%) обследованных. При анализе гинекологического анамнеза были получены следующие результаты: бесплодием различного генеза страдали 7 (12,9%) женщин, у 5 (9,2%) были хронический аднексит, у 2 (3,7%) - эндометриоз различной степени выраженности, 3 (5,5%) женщины отмечали в анамнезе оперативные вмешательства на придатках по поводу различных опухолевидных образований. Искусственные аборты в анамнезе отмечены у 14 пациенток (26%).

Миома матки у 42 пациенток обнаружена до беременности. Во время беременности миома матки была выявлена в 12 наблюдениях. Всем беременным проводилось тщательное УЗИ исследование во время беременности с контролем размера узлов и у 6 женщин был отмечен быстрый рост миоматозных узлов во время беременности.

Родоразрешение пациенток проводилось оперативным путем, преимущественно ближе к 38-40 недель беременности, тем не менее, не все пациентки были родоразрешены в плановом порядке. Так, у 5 женщин кесарево сечение было проведено экстренно в 35-37 недель в связи с преждевременным излитием вод или началом регулярной родовой деятельности, у двух - из-за острой гипоксии плода во время беременности, в связи с нарушением трофики миоматозных узлов и нарушением МПК и ППК у плода

2-3 степени. В двух наблюдениях показанием к экстренному оперативному родоразрешению было нарастание тяжести гестоза.

Чревосечение осуществлялось разрезом по Пфанненштилю (50), а также в четырех случаях методом нижнесрединной лапаротомии с иссечением старого рубца. Кесарево сечение выполнялось поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте. У подавляющего большинства (39) обследованных, узлы располагались в теле матки, локализуясь примерно с равной частотой по передней и задней стенке матки, реже - в дне и по боковым стенкам. У 7 пациенток миоматозные узлы локализовались в нижнем сегменте, препятствуя естественным родам: в 4 наблюдениях по передней стенке, в 3 - по боковой. У 5 пациенток миоматозные узлы, расположенные по задней стенке матки, диаметром от 6 до 9 см, были находкой во время операции. Техника удаления миоматозных узлов зависела от их расположения. Как правило, миомэктомия осуществлялась после извлечения плода, последа и восстановления целостности стенки матки. Разрез на матке восстанавливался однорядным непрерывным полигликолиновым швом с захлестом по Ривердену. Техника проведения консервативной миомэктомии зависела от локализации узла по отношению к структурным слоям матки: при субсерозных узлах на тонком основании - ножка узла прошивалась и перевязывалась у основания с последующим отсечением узла; при субсерозных узлах на широком основании и субсерозно-интерстициальных узлах, расположенных в теле матки или в нижнем сегменте по задней стенке, а также ряде интрамуральных узлов удаление узла начинали с вскрытия капсулы, разрезом по верхнему или нижнему полюсу узла и вылущиванием его в рану на матке, с последующим ушиванием ложа однорядным или двухрядным викриловыми или дексоновым швом, в зависимости от величины интерстициального компонента. При этом большое внимание уделялось сопоставлению краев раны, восстановлению структуры миометрия и достижению тщательного гемостаза. В 3 случая из-за наличия множественных узлов их сосудистом расположении, оперативное вмешательство закончилось надвлагалищной ампутацией матки. Из 54 наблюдений в 8 случаях были удалены миоматозные узлы гигантских размеров. Оперативное вмешательство осуществля-

лось с применением современных рассасывающих материалов для профилактики спайкообразования фирмы «Интерсид ТС7».

После операции пациенток наблюдали в отделении интенсивной терапии не более 24 часов, затем их переводили в послеродовые палаты. Ведение послеоперационного периода не отличалось от такового у пациенток после стандартной операции кесарева сечения. В течение 3 суток проводилось адекватное обезболивание и введение утеротонических препаратов. Послеродовый период в основном протекал без осложнений. У восьми пациенток отмечалась послеоперационная анемия потребовавшая внутримышечного введения препаратов железа. Средняя длительность пребывания в стационаре после операции составила $7,1 \pm 3,5$ дней.

Нами были изучены данные гистологического исследования удаленных миоматозных узлов. Структура узла у всех пациенток была представлена лейомиомой. В половине (31) наблюдений отмечались некротические изменения в области узлов, зачастую сопровождавшиеся либо лейкоцитарной инфильтрацией, либо гиалинозом и обызвествлением. При наличии гигантских узлов миомы во всех 8 наблюдениях имели место некротические изменения в удаленном узле.

Выводы:

1. При наличии сочетания беременности и миомы матки, пролонгирование беременности возможно под тщательным контролем амбулаторно-поликлинического звена с назначением динамических курсов по профилактике риска возникновения ФПН, гестоза и внутриутробной гипоксии плода, необходима своевременное направление на госпитализацию.

2. Беременные с миомой матки, особенно с наличием множественных узлов, должны наблюдаться и родоразрешаться в высококвалифицированных медицинских учреждениях, где возможен своевременный контроль за внутриутробным состоянием плода, динамикой роста узлов и возможности своевременного проведение органосохраняющих операций, а при необходимости выполнения гистерэктомии.

3. Проведение родоразрешения у таких женщин должно выполняться высококвалифицированными специалистами.

4. При наличии миомы матки в репродуктивном возрасте, наилучший прогноз для последующей беременности имеет своевременное проведение консервативной миомэктомии до беременности.

Литература

1. Вихляева, Е.М. Руководство по диагностике и лечению миомы матки / Е.М. Вихляева. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 399 с.
2. Кулаков, В.И. Миомэктомия и беременность / В.И. Кулаков, Г.С. Шмаков. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 342 с.
3. Сидорова, И.С. Миома матки и беременность / И.С. Сидорова. – М.: Медицина, 2004. – 128 с.
4. Чернуха, Е.А. Кесарево сечение - настоящее и будущее / Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 22-8.
5. Cooper, N.P. Fibroids in pregnancy - common but poorly understood / N.P. Cooper, S. Okolo // Obstet Gynecol Surv. – 2005. – Vol. 60. – P. 132-8.

ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА И ИСХОДЫ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОРВИ

¹Янушко Т.В., ¹Гутикова Л.В., ²Пономаренко С.М., ²Кузьмич И.И.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Ежегодно ОРВИ болеет каждый третий житель планеты, что составляет от 3 до 5 миллионов человек, из них 250000-300000 умирают по причине тяжелых форм. В целом коэффициент инфицирования составляет 15-20% среди здорового населения, а у беременных он значительно выше и составляет от 55 до 82% [2, 4].

Следует отметить, что у беременных особой предрасположенности к инфекции нет, однако респираторные заболевания инфекционной и вирусной природы у них нередко протекают тяжелее и влекут за собой больше осложнений в связи с физиологическим снижением иммунитета и воздействием вирусов [3]. Так, по данным мировой литературы, во время одной из самых тяжелых пандемий вирусного гриппа в 1918 году частота заболеваемости среди беременных была на 25-50% выше, чем у небеременных. У 40% женщин беременность закончилась неблагоприятно для плода и для новорожденного: высокая частота внутри-