

## КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

З.Д.КАРИМОВ, Б.С.АБДИКУЛОВ, Г.И.НИЯЗМАТОВА, М.Т.ХУСАНХОДЖАЕВА,  
Б.М.ТУХТАБАЕВА

### Conservative myomectomy during pregnancy

Z.D.KARIMOV, B.S.ABDIKULOV, G.I.NIYAZMATOVA, M.T.HUSANHODJAEVA,  
B.M.TUHATABAEVA

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

Изучены целесообразность, эффективность и безопасность проведения консервативной миомэктомии во время желанной беременности в целях её сохранения. Сохранить желанную беременность удалось у 24 из 28 женщин. Прервалась беременность у 4 пациенток через 12 – 22 дня после операции в сроке 11 – 25 недель. Сделан вывод, что хирургическое вмешательство (консервативная миомэктомия) у беременных с миомой матки – последний резерв сохранения желанной беременности. Оно должно основываться на четких, строгих показаниях и проводиться в специализированном лечебном учреждении, высококвалифицированных специалистов и имеющих опыт проведения подобных операций.

Given article studying of suitability, efficiency and safety of conservative myomectomy during planned pregnancy for the purpose of maintenance of pregnancy. As a result of performed conservative myomectomy, 24 out of 28 planned pregnancies were maintained. Pregnancy of 4 patients was aborted in 12–22 days after surgery within 11 – 25 weeks. Operative intervention (conservative myomectomy) among pregnant with myoma of uterus is the ultimate reserve of maintenance of pregnancy, it should be based on clear, strict indications and it should be conducted at highly qualified institutes, which have practical experience of similar surgeries.

Выбор способа лечения миомы матки представляет собой многофакторную задачу. Если вне беременности почти все клинические аспекты этой проблемы не вызывают споров [9], то при сочетании миомы матки и беременности многие вопросы ведения этих больных становятся предметом многочисленных дискуссий [1–16].

В широкой практике ведущее место попрежнему занимает гистерэктомия. Показаниями к операции служат не только осложнения, экстренно возникающие в любом сроке беременности (нарушение питания миоматозного узла с развитием некроза и инфекционных осложнений, преждевременная отслойка плаценты и др.), но и высокий риск интра- и послеоперационных осложнений при проведении органосохраняющих операций [1–16]. Немаловажно, что консервативная миомэктомия (КМ) не относится к разряду стандартных операций. Она требует опыта и хорошей хирургической подготовки оперирующего врача [2], творческого подхода при реконструкции органа [6, 8, 9]. В случае проведения операции у беременных эти факторы приобретают первостепенное значение.

Есть три варианта ведения беременных с миомой матки. Первый – прервать беременность искусственным путем независимо от варианта патологии, провести спустя некоторое время консервативную миомэктомию и уже после этого разрешить женщине беременность. Второй путь – проведение КМ на фоне беременности, независимо от величины, числа узлов и их топографии. И, наконец, третий путь – использование той и другой тактики в зависимости от модели патологии. На первый взгляд, последний вариант представляется наиболее логичным и компромиссным [5, 6, 8, 9]. Однако этот третий путь является наиболее сложным, т.к. требует создания всесторонне взвешенных моделей патологии, координации

и консенсуса по их содержанию. В противном случае проблема, как и прежде, останется вне протокольной клинической стратегии, которая является основой формирования медицинского госстандарта. В Российской Федерации такое обсуждение, в том числе и по тактическим вопросам миомы матки вне беременности уже проводится [9]. Настоящей публикацией мы хотели бы привлечь внимание отечественных исследователей к проблеме миомы матки на фоне беременности.

**Цель исследования:** изучение целесообразности, эффективности и безопасности проведения КМ во время желанной беременности с целью её сохранения.

### Материал и методы

В 2001–2007 гг. под нашим наблюдением находились 779 больных с миомой матки, из них 86 (11,0%) беременных в сроке 4–32 недели. Особый интерес представляли 28 (3,6%) беременных в сроках гестации от 6 до 26 недель. Основным критерием формирования этой выборки служила желанная беременность. У 18 женщин беременность наступила после длительного лечения первичного бесплодия. О наличии миомы матки до беременности знали 22 женщины, у остальных она впервые была выявлена во время настоящей беременности. Возраст беременных колебался от 24 до 32 лет, средний возраст – 26,7±2,1 года. Все женщины состояли на учете в женской консультации, не имели тяжелой экстрагенитальной патологии. Первородящих, включая повторнородящих, была 21, повторнородящих – 7, многорожавших не было. Все 28 пациенток поступили с наличием интрамуральных и интрамурально-субмукозных миоматозных узлов, величина которых варьировала от 4,0 см до 18,0 см в диаметре, а число – от 1 до 4. Беременные с субсерозными, небольшими единичными, бессимптомными миомами, с

мелкоузловым диффузным поражением миометрия, а также с необратимыми формами прерывания беременности в разработку не включались.

### Результаты исследований

Важнейшими критериями целесообразности проведения КМ в период гестации являются сохраненные беременности, частота и тяжесть интра- и послеоперационных осложнений.

Как видно из таблицы 1, показателями к КМ служили три ведущих фактора. Угроза прерывания отмечалась у всех пациенток, кровяные выделения мажущего характера были лишь у 1 женщины в сроке 24 недели беременности в течение 3-4 дней за 8 дней до проведения операции. Лечение угрозы прерывания начиналось у всех больных в условиях женской консультации за 5-32 дня до поступления в клинику, у 13 использовали чистые гестагены, гинипрал принимали 26 женщин. Ни у одной из пациенток до проведения операции признаки угрозы прерывания не были купированы.

У всех 28 женщин отмечен больший или меньший рост миомы в течение настоящей беременности. Однако у 11 из них мы охарактеризовали его как быстрый. 8 из этих больных знали о наличии миомы до наступления беременности, у 3 она была выявлена впервые во время настоящей беременности. Рост миомы, превышавший её первоначальный (до беременности) размер в 2 раза отмечался у 4 из 8 пациенток, в 3-4 раза – у 2, в 5 раз – у 2. У 2 женщин с миомой, впервые выявленной во время беременности, рост ее, зарегистрированный в женской консультации составил в 2 раза, у 1 – в 3 раза. При этом только у 2 пациенток выявлялся центростремительный рост узлов с деформацией полости матки. По передней стенке и дну тела матки узлы располагались у 7, по задней стенке – у 2, по задней и передней стенке тела матки – у 2.

Нарушение питания миоматозных узлов, зарегистрированное клинически у 6 больных, верифицировано гистологическими исследованиями. У 5 из этих пациенток миома была моноузловой, крупных размеров (от 6 до 10 см и более), у всех затрагивала сосудистый слой миометрия. У всех отмечался быстрый рост опухоли при настоящей беременности. У 1 из 6 на фоне беременности 9 недель величина опухоли в дне матки достигала 18 см в диаметре, превышая первоначально установленный во время беременности размер в 5 раз.

Во время операции периметрий в области наружного полюса опухоли имел воспалительные изменения и был покрыт фибриновыми пленками, спаян с нижним полюсом

большого сальника (рис. 1-7). У 5 других пациенток на фоне беременности 15 – 26 недель также наблюдался быстрый рост моноузловой опухоли в 3 и 4 раза. Периметрий над узлами у 3 из этих 5 приобрел синюшный оттенок, но без фибринового налета, отмечались очевидные очаги размягчения, участки геморрагий, отек миоматозного узла. Ни у одной из 6 больных не было тнойных осложнений нарушения питания миоматозных узлов. У 4 из 6 миоматозные узлы располагались в дне и теле по передней стенке матки, у 1 в области маточно-трубного утла справа, также по передней стенке матки, у 1 в теле матки по задней стенке. При обследовании у всех пациенток отмечался умеренно выраженный лейкоцитоз до  $11,0 \times 10^9 / л$ , заметное раздражение в лейкоцитарной формуле, субфебрилитет, неравномерность эхоплотности до эхонегативных очагов в миоматозных узлах при УЗИ. У 5 из 6 обследованных миоматозные узлы пальпировались, демонстрируя заметную деформацию поверхности беременной матки, а наиболее показательным был симптом локальной болезненности в области расположения миоматозного узла.

В результате проведенного оперативного лечения сохранить беременность до доношенного срока удалось у 24 из 28 женщин. У 4 (14,3%) пациенток (2 с нарушением питания миомы и 2 с симптомом быстрого роста) она прервалась самопроизвольно через 12 – 22 дня после проведения КМ в сроке 11 – 25 недель (табл. 1). Необходимо отметить, что из числа последних больных симптомы угрозы прерывания беременности постепенно исчезли в первые 3-7 дней после операции, и они были выписаны из отделения под амбулаторный контроль. Однако позже вновь развились признаки угрозы прерывания, которые не удалось купировать. Все 4 пациентки поступили в нашу клинику повторно на фоне самопроизвольного аборта в ходу. Выкидыш протекал без признаков нарушения целостности свежего шва на матке (клинический и УЗИ контроль). После самопроизвольного аборта всем проводилась инструментальная ревизия полости матки под контролем УЗИ. У всех больных визуализировалась область шва на матке без сомнений в его состоятельности. Послеабортный период у всех пациенток протекал без существенных осложнений.

У остальных 24 женщин, динамика лизиса симптомов угрозы прерывания беременности (в ближайшие сроки после операции) клинически ни чем не отличалась от таковой у женщин с прервавшейся беременностью. Уровень кровопотери, длительность вмешательства, характер анестезиологического пособия (все женщины

Таблица 1. Показания к консервативной миомэктоми, самопроизвольное прерывание беременности после операции в зависимости от её срока

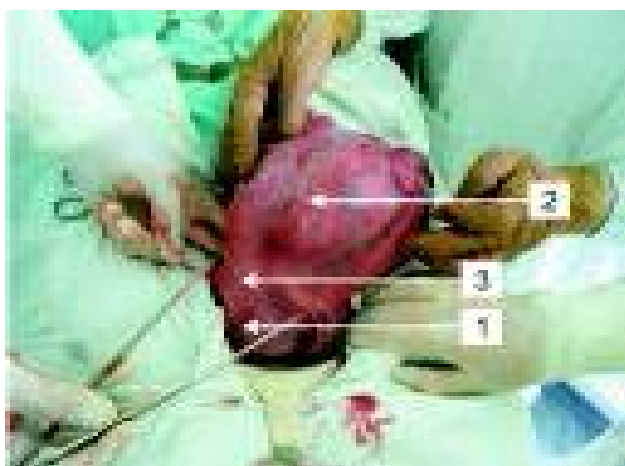
Показания к КМ	Срок беременности, нед			Самопроизвольно прерванная беременность
	6-10, n=12	11-14, n=10	15-26, n=6	
Прогрессирующая угроза прерывания беременности	12	10	6	
Нарушение питания миоматозных узлов	-	-	6	2
Быстрый рост миомы	1	4	6	2
Самопроизвольно прерванная беременность	-	2	2	



**Рис. 1.** Больная М. Беременность I, 9 нед., нарушение питания большого миоматозного узла в дне матки, угрожающий самопроизвольный аборт. Ультразвуковая томограмма (сагиттальный срез) с изображением крупного миоматозного узла (1) и эмбриона (2) в полости матки.



**Рис. 2.** Та же больная. Ультразвуковая томограмма (поперечный срез). Отдельно показан крупный миоматозный узел в дне матки.



**Рис. 3.** Та же больная. Интраоперационная картина с изображением дна матки (1) и растущим из этой области большим миоматозным узлом с признаками нарушения питания (2). Линейкой показано расстояние между трубными углами дна матки, откуда растет опухоль (3).



**Рис. 4.** Та же больная. Показана (стрелками) тыльная сторона опухоли.

оперированы под эндотрахеальным наркозом) также достоверно не различались. Вместе с тем, такие показатели как величина миоматозного узла, глубина залегания опухоли в стенке матки, а также её близость к плаценте, заметно отличались от таковых у беременных с прервавшейся беременностью.

У 25 из 28 женщин операция начиналась разрезом Пфаненштиля, у 3 – срединной лапаротомией. Консервативная миомэктомия осуществлялась путем поперечной секции миометрия электрокаутером в проекции наибольшей выпуклости опухоли. Рассекался не только миометрий, но и поверхностная часть опухоли, которая захватывалась пулевými щипцами для наружных тракций. Бережно, тупо и остро производили интракапсулярную энуклеацию миоматозных узлов, используя биполярный коагуляционный гемостаз. Образовавшуюся нишу стремились ушивать в один слой, используя только узловые кооптирующие швы по

Питербургскому и собственный способ, в зависимости от глубины ниши и характера возникавших в ряде случаев «излишков» ткани миометрия. Резекцию этих «излишков» никогда не производили. Использовали длительно рассасывающийся шовный материал (викрил, дексон) на атравматических иглах. Интраоперационная защита гестации проводилась спазмолитиками (баралгин, но-шпа), внутривенной инфузией 25,0%-20,0 сернокислой магнезии на фоне базовой терапии токолитиками (гинипрал). На начальных этапах операции всем без исключения внутривенно вводили 1,0 г цефтриаксона, который продолжали в послеоперационном периоде. У одной из 28 больных была проведена интраоперационная плазмотрансфузия, гемотрансфузий ни в одном случае не потребовалось. Уровень интраоперационной кровопотери зависел от массы удаленных миоматозных узлов и глубины их залегания и варьировал от 150,0 до 600,0 мл, в среднем составляя 340,0±25,0 мл.



Рис. 5. Та же больная. Конечный этап удаления опухоли.



Рис. 6. Та же больная. Макропрепарат удаленного миоматозного узла.



Рис. 7. Та же больная. Ультразвуковая томограмма через 20 дней после операции: эмбрион в полости матки (прогрессирующая беременность).

Неудачных попыток проведения КМ, которые могли бы потребовать гистерэктомии, срочного прерывания беременности, как и неконтролируемого интраоперационного кровотечения не было.

### Обсуждение

Публикаций, касающихся КМ у беременных, немного. Большинство работ посвящено миомэктомии вне беременности [2, 3, 5, 6, 8, 9].

В ранних исследованиях [3, 4], авторы отдавали предпочтение прерыванию беременности во время операции или предшествующему прерыванию через естественные пути с последующим проведением через некоторое время консервативной миомэктомии. Это было обусловлено мнением большинства исследователей о высоком риске ранних послеоперационных осложнений. Однако уже в то время высказывалась иная точка зрения. Считали, что при проведении КМ у молодых можно сохранить не только детородный орган, но и беременность. Вместе с тем, в последние годы предложено несколько вариантов тактики при данной патологии. Так, некоторые авторы отдают предпочтение консервативному пролонгированию беременности, используя различные схемы сохраняющей терапии, несмотря на развитие очевидных дегенеративных изменений в крупных

миоматозных узлах и перманентную угрозу прерывания беременности [2, 3]. Другие [5] более решительно используют КМ с хорошими результатами (89,3% сохраненных беременностей). Однако следует отметить, что круг показаний к КМ во время беременности ограничивается гигантскими миомами, клиникой нарушения функции соседних органов, шеечными или интралигаментарно расположенными узлами.

В свете современных представлений нельзя игнорировать такой важный симптом, как длительную угрозу прерывания, часто сопровождающий беременность на фоне миомы. Вялая реакция на консервативную терапию, настойчивое её проведение в течение длительного срока на фоне быстрорастущих миоматозных узлов, развитие в них дегенеративных изменений, деформация полости матки, на наш взгляд, существенно дискредитируют внутриутробный плод, зачастую сводя к минимуму перспективу рождения здорового ребенка, а чаще приводит к досрочному прерыванию беременности.

Как показывает наш небольшой клинический опыт, основным симптомом у женщин с миомой матки была угроза прерывания беременности, частота которого варьировала от 30 до 75% [3, 4, 5, 6]. Столь высокая частота этого осложнения объясняется рядом факторов: нарушением функции яичников, недостаточным развитием децидуальной ткани и хориона в условиях миоматозно измененной матки, а также влиянием изменений капиллярного кровотока [1, 4]. Вероятно, на частоту и степень выраженности угрозы прерывания влияют локализация, величина и число миоматозных узлов в беременной матке. В нашем исследовании у половины беременных угроза прерывания развивалась в ранние сроки гестации. Наиболее ярко это проявилось при больших (6–18 см в диаметре) миоматозных узлах интрамуральной и субмукозной локализации.

Установлена существенная взаимосвязь между локализацией плодного яйца в полости матки по отношению к крупному миоматозному узлу и последующим течением беременности. Наиболее неблагоприятное влияние на исход беременности оказывает расположение плодного яйца ниже миоматозного узла [3]. В наших наблюдениях такой

Таблица 2. Прерывание беременности после консервативной миомэктомии в зависимости от некоторых особенностей миоматозного роста

Уровень залегания и величина миоматозных узлов	Число миоматозных узлов		Всего больных, n=28	Самопроизвольное прерывание беременности, n=4
	единичный, n=21	2-4 узла, n=7		
Межмышечный, без существенного захвата сосудистого слоя	9	2	11	-
Межмышечный с существенным захватом сосудистого слоя	9	4	13	1
Преимущественно в сосудистом слое	3	1	4	3
Максимальные размеры миоматозного узла, см:				
4-5	7	5	12	-
6-9	8	2	10	2
10-18	6	-	6	2
Самопроизвольное прерывание беременности	2	2	4	

взаимосвязи между расположением опухоли и угрозой прерывания выявить не удалось.

Как видно из полученных нами результатов, у 4 женщин беременность прервалась через 12-22 дня после операции, в раннем послеоперационном периоде симптоматика угрозы прерывания постепенно исчезала, видимые осложнения отсутствовали, кровяных выделений не было, признаков отслойки детского места и выраженной угрозы прерывания УЗИ не показывало. Считаем, на неблагоприятный исход беременности повлияли глубина залегания, число и величина миоматозных узлов, а также быстрый рост опухоли с нарушением питания (табл. 1, 2). Нельзя не отметить, что на исход беременности негативно повлияло и проведение операции в ранние сроки гестации (до 10 нед.).

При быстром росте миомы оптимальным сроком проведения операции мы считаем период 16-18 недель беременности. В это время плацента уже сформирована, и риск прерывания беременности при оперативном вмешательстве меньше, чем в более ранние сроки, так как концентрация вырабатываемого плацентой прогестерона возрастает почти в 2 раза.

Очевидно, миомэктомия во время беременности отличается от таковой у небеременных женщин. При проведении операции необходимо соблюдение следующих условий: 1) минимальная манипуляционная и хирургическая травматизация беременной матки, использование кровосберегающей техники; 2) выбор рационального разреза на матке; 3) выбор шовного материала, обладающего прочностью, минимальной аллергенностью, способностью образовывать полноценный рубец [5]. По нашему мнению, как и при проведении операции среди небеременных, актуальна поперечная секция на матке, т.к. при этом меньше кровопотеря. Мы использовали классическую интрафасциальную миомэктомия (Давыдов С.Н., 1973). Миомэктомию, как предлагают некоторые специалисты, при конгломерате мелких узлов не производили. Способ ушивания ложа миоматозного узла

в один слой путем наложения узлового кооптирующего шва с применением длительно рассасывающего шовного материала способствовал развитию полноценного послеоперационного рубца во время последующего кесарева сечения.

В ряде случаев при удалении крупных миоматозных узлов в наружной части матки могут формироваться как бы излишние лоскуты миометрия. Резецировать их нельзя ни в коем случае. Известно [11], что минимальная пролиферация миоцитов во время беременности, а рост беременной матки происходит в основном в результате гипертрофии клеток миометрия. Поэтому резекция излишков миометрия может существенно снизить общую его массу, что негативно скажется в дальнейшем на течении беременности [8]. Так, в более ранних исследованиях было показано, что в отдаленные сроки после резекции «излишнего миометрия» матка существенно уменьшается в размерах, напоминая инфантильный орган [2]. Вместе с тем, погружной способ восстановления ниши в таких условиях может существенно деформировать полость матки, вызвать повышение давления в полости амниона, разрыв плодных оболочек, отслойку детского места. В таких условиях мы осуществляли восстановление ниши внахлест. При этом одна часть излишнего лоскута ложится в полость ниши, а вторая – по-верх него. Оба лоскута подшиваются к подлежащим тканям самостоятельно для лучшей фиксации, гемостаза и репарации. Опасения в связи с тем, что одна из частей лоскута ляжет на периметрий контрлатерального лоскута, оказались напрасными, т.к. последующее течение беременности и проведение операции кесарева сечения показали вполне нормальную ретракцию пластов миометрия и репарацию органа без существенной деформации стенки матки.

Влияние коагуляционного гемостаза на плод при проведении КМ изучено недостаточно. Используя с целью гемостаза мелких сосудов биполярную коагуляцию, мы не заметили очевидных отрицательных последствий.

Таким образом, существует группа женщин, у которых традиционное консервативное лечение по пролонгированию желанной беременности малоэффективно. Проведенные исследования показали, что в таких условиях достаточно эффективно хирургическое вмешательство (консервативная миомэктомия), основанное на строгих показаниях, которое позволяет сохранить желанную беременность в большинстве случаев. Несмотря на весьма травматичную операцию мы не наблюдали тяжелых неконтролируемых осложнений, которые могли бы потребовать срочного прерывания беременности или гистерэктоми. Это имеет важнейшее значение, поскольку в противном случае КМ во время беременности теряла бы всякий смысл. Очевидно, что такое вмешательство должно проводиться в специализированных учреждениях, располагающих высококвалифицированным персоналом и имеющим опыт проведения подобных операций и пока не может рекомендоваться для широкого применения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абубакирова А.М., Шмаков Г.С. Тактика ведения послеоперационного периода у женщин после кесарева сечения и миомэктоми. Акуш и гин 1990; 3: 44-46.
2. Ботвин М.А., Сидорова И.С. Оперативное лечение миомы матки (консервативная миомэктомия). Сов М 1991; 10: 12-15.
3. Ботвин М.А., Побединский Н.М. Тактика ведения беременности с цетрипетальными ростом крупных миоматозных узлов. Акуш и гин 2004; 1: 24-27.
4. Бунин А.Т., Шмаков Г.С. Особенности течения и ведения беременности и родов у беременных с миомой матки. Акуш и гин 1996; 1: 64-65.
5. Краснокопский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Хирургическая и акушерская тактика при сочетании беременности с опухолями половых органов. Акуш и гин 2002; 2: 41-45.
6. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М МЕД-пресс-информ 2001; 35-36, 44-46.
7. Сидорова И.С., Ботвин М.А. Невынашивание беременности у больных с миомой матки. Махачкала 1985.
8. Ландеховский Ю.Д., Стрижаков А.Н. Консервативная миомэктомия в комплексном лечении больших миомой матки. Акуш и гин 1989; 10: 70-75.
9. Ландеховский Ю.Д. Отраслевой стандарт ведения больных с миомой матки. Акуш и гин 2002; 5: 39-42.
10. Смицкий Г.А. Миома матки и беременность. Вестн Рос ассоц акуш-гин 1997; 3: 84-86.
11. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. СПб ЭЛБИ-СПб 2000.
12. Glavind K., Palvio D.H., Lauritsen J.G. Uterine myoma in pregnancy. Obstet Gynecol Scand 1990; 7: 617-619.
13. Joo J.G., Inovay J., Silhavy M., Papp Z. Successful enucleation of a necrotizing fibroid causing oligohydramnios and fetal postural deformity in the 25th week of gestation. A case report. J Reprod Med 2001; 10: 923-925.
14. Ludwig M., Baumann P., Wolter-Kolbert F. et al. Pregnancy and extreme myomatous uterus - conservative management. Zentralbl Gynakol 1996; 9: 523-529.
15. Mollica G., Pittini L., Minganti E. et al. Elective uterine myomectomy in pregnant women. Clin Exp Obstet Gynecol 1996; 3: 168-172.
16. Vollenhoven B.J., Lawrence A.S., Healy D.L. Uterine fibroids. 1997; 285-288.

## Хомиладорлик даврида консерватив миомэктомия

З.Д.Каримов, Б.С.Абдиқулов, Г.И.Ниязатова, М.Т.Хусанходжаева, Б.М.Тухтабаева

Ҳомиладорлик даврида ҳомиладорликни саїлаб юлиш учун консерватив миомэктомия гтказиш маїсадга мувофиїлиги ва самарадорлиги грганилди. 28 ҳомиладор аїлдан 24 тасида ҳомила саїланиб юлинди. Јолган 4 аїлда эса жарроқликнинг 12-22 суткасида ҳомиладорлик 12-25 рафталик муддатларида гз-гзидан бола ташлаш кузатилди. Ҳомиладорлар орасида жарроқлик (консерватив миомэктомия) аниї ва яїиол кгрсатмалар бглган молатларда ва бундан жарроқлик гтказиш борасида тажрибаси бглган юори малакали муассасаларда, юори тажрибага эга мутахассислар томонидан олиб борилиши маїсадга мувофиїлиги хулоса иилинди.