

Анализ безопасности выполнения одномоментной миомэктомии при кесаревом сечении

И. Н. Медведева, К.М.Н., доцент
К. А. Ноздрачева, клинический ординатор
А. Д. Хижняк, клинический ординатор

Кафедра акушерства и гинекологии факультета последипломного образования
 ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск

Analysis of safety of performing simultaneous myomectomy in caesarean section

I. N. Medvedeva, K. A. Nozdracheva, A. D. Khizhnyak
 Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Резюме

Цель исследования. Оценка безопасности расширения объема операции кесарева сечения до миомэктомии. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй родов 44 пациенток с наличием миомы матки, которым было проведено родоразрешение путем операции кесарева сечения с расширением объема оперативного вмешательства до миомэктомии. **Результаты.** Средняя продолжительность операции составила $54,3 \pm 23,7$ минуты. Существенных интраоперационных осложнений не зарегистрировано. Средняя кровопотеря составила $661,4 \pm 193,2$ мл, что не выходит за рамки общепринятых границ кровопотери при проведении стандартной операции кесарева сечения. Послеоперационный период протекал без особенностей. Длительность госпитализации в среднем составила $7,0 \pm 1,5$ дня. **Заключение.** Расширение объема операции существенно не влияет на интраоперационную кровопотерю, послеоперационные показатели гемоглобина и гематокрита крови при условии отсутствия до оперативного родоразрешения снижения данных показателей. Также критично не увеличивается время госпитализации. Послеоперационный период в основном протекает без осложнений.

Ключевые слова: миома матки, кесарево сечение, миомэктомия.

Summary

The purpose of the study. Safety assessment for expansion of caesarean section to myomectomy. **Materials and techniques.** A retrospective analysis was conducted of the birth histories of 44 patients with uterine myoma with extension of caesarean section to myomectomy. **Results.** The average duration of the operation was 54.3 ± 23.7 minutes. Significant invasive complications were not registered. Average blood loss amounted to 661.4 ± 193.2 ml, that does not exceed the generally accepted blood loss limits of standard caesarean section surgery. Post-operative period was without features. The average length of hospitalization was 7.0 ± 1.5 days. **Conclusion.** Expansion of the operation caesarean section to myomectomy does not significantly affect intraoperative blood loss, post-operative haemoglobin and hematocrit of the blood, provided there were no reductions in these rates before operation. Hospitalization time does not increase significantly. The post-operative period primarily runs without complications.

Key words: uterine myoma, caesarean section, myomectomy.

Введение

На сегодняшний день миома матки является одной из самых распространенных опухолей органов малого таза у женщин. Ее доля в структуре гинекологических заболеваний составляет 20–44% [1, 2]. В связи с современной тенденцией к расширению возрастных границ реализации женщинами репродуктивной функции, манифестом заболевания в более молодом возрасте частота сочетания миомы матки и беременности существенно возросла [3].

Как известно, на протяжении беременности отмечается увеличение размеров миоматозных узлов за счет усиления кровенаполнения матки, отека узлов, гипертрофии и гиперплазии мышечной и соединительной тканей матки [4, 5]. Многочисленные исследования показали, что не только эстрогены, но и прогестерон стимулирует пролиферацию миомы [6, 7]. В свою очередь, наличие миомы матки у беременной увеличивает риск развития преждевременных родов,

предлежания плаценты и кровотечения в послеродовом периоде, а также является одним из важных факторов риска преждевременного разрыва плодных оболочек [8, 9].

Целью работы является оценка безопасности одномоментной миомэктомии при проведении оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ОБУЗ ОПЦ г. Курска. В исследование включены данные историй родов 44 пациенток, которым было проведено оперативное родоразрешение путем кесарева сечения с расширением объема операции до миомэктомии. Проведен ретроспективный анализ историй родов, из которых были получены следующие данные: сведения о возрасте пациенток, паритете, динамике изменения показателей гемоглобина и гематокрита крови, длительность

операции. Основными критериями оценки эффективности и безопасности миомэктомии стали количество, размер и локализация удаленных миоматозных узлов, интраоперационная кровопотеря, интра- и послеоперационные осложнения, необходимость последующей гемотрансфузии и длительность госпитализации пациенток.

Полученные данные были статистически обработаны с использованием стандартных программ Microsoft Office (MS Word 2010, MS Excel 2010). Для представления качественных данных использовались как абсолютные, так и относительные показатели (доли, процент). Анализ полученных данных осуществлялся путем составления диаграмм, таблиц, вычисления средних величин и среднеквадратичного отклонения.

Результаты исследования

В 2019 году в ОБУЗ ОПЦ г. Курска были родоразрешены 3757 пациенток, из них 38,5% – путем операции кесарева сечения. Расширение объема

операции кесарева сечения до миомэктомии произошло в 44 случаях, что составляет 3,04 %.

Возраст пациенток в исследуемой группе колебался от 22 до 42 лет, что в среднем составило $33,8 \pm 5,3$ года. Подавляющее большинство пациенток находилось в возрастном интервале от 30 до 40 лет – 59,1 %; от 20 до 30 лет – 25 %; и в возрасте 40 лет и старше – лишь 15,9 %.

В исследуемых группах доля первобеременных первородящих женщин составила 31,8 %, повторнобеременных первородящих – 20,5 %, повторнородящих – 47,7 %.

По наличию рубца на матке после кесарева сечения были получены следующие данные: 68,2 % пациенток не имели в анамнезе операций на матке, с одним рубцом на матке после КС – 22,7 %, с двумя и более рубцами – 9,1 %.

В исследуемых группах частота своевременных родов составила 86 %, преждевременных – 14 %. Средние размеры миомы у женщин с доношенной беременностью составили $28,3 \pm 17,1$ мм, в случаях преждевременных родов – $32,6 \pm 18,3$ мм.

Доля планового оперативного родоразрешения составила 66 %, экстренного – 34 %.

Показания для оперативного родоразрешения в 50,0 % случаев были со стороны матери – это два и более рубца на матке после операции кесарева сечения (45,5 %), декомпенсация экстрагенитальной патологии (25,7 %), тяжелая преэклампсия (18,5 %), клинически узкий таз (10,3 %). Основными показаниями для абдоминального родоразрешения со стороны плода стали внутриутробная гипоксия плода (66,6 %) и патологическое предлежание плода (33,4 %), что в совокупности составило 27 % от общего количества проведенных операций. Сочетания показаний к операции со стороны матери и плода составили 23 % от проведенных оперативных родоразрешений.

Средняя продолжительность оперативного родоразрешения путем кесарева сечения и расширение операции до миомэктомии составили $54,3 \pm 23,7$ минуты. При этом оперативное вмешательство менее 45 минут было в 20,5 % случаев, от 45 до 60 минут – в 65,9 %, более 60 минут – в 13,6 %. Увеличение

времени оперативного родоразрешения было связано с трудностями вхождения в брюшную полость из-за выраженного спаечного процесса в 50,0 % случаев, в 33,3 % случаев проводилась реинфузия аутокрови в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, и один случай – десерозирование ректосигмовидного отдела кишечника из-за выраженного спаечного процесса малого таза.

Интраоперационная кровопотеря в среднем составила $661,4 \pm 193,2$ мл. В большинстве случаев кровопотеря не превысила порога 700 мл – 59,1 %, в 34,1 % случаев величина кровопотери составила от 700 до 1000 мл, увеличение интраоперационных потерь крови более 1000 мл наблюдалось в 6,8 % случаев (три пациентки), из них две пациентки с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты с использованием реинфузии аутокрови и одна с наличием десерозирования ректосигмовидного отдела кишечника.

Разница в показателях гемоглобина крови и гематокрита до и после оперативного родоразрешения составила $14,8 \pm 6,1$ г/л и $3,9 \pm 1,8$ % соответственно. При этом уже 14 (31,8 %) пациенток имели анемию легкой степени тяжести до оперативного родоразрешения.

В подавляющем большинстве случаев (52,3 %) имела место субсерозная локализация миоматозного узла с размерами узлов от 25×10 до 60×30 мм, интерстициально-субсерозная локализация (47,7 %) с размерами узлов от 35×20 до 55×35 мм. При этом в равном соотношении узлы располагались по передней и задней стенкам матки. Множественные узлы были отмечены в 20,5 % случаев. По данным гистологического исследования полученного материала, 66 % составили лейомиомы, 34 % – фибромиомы.

В послеоперационном периоде наблюдение за пациентками проводилось в условиях палат интенсивной терапии не более 12 часов, затем все родильницы были переведены в послеродовые палаты. Ведение послеоперационного периода не отличалось от такового у пациенток с проведением стандартной операции кесарева сечения без миомэктомии. В основном послеоперационный период протекал без осложнений.

Длительность госпитализации в послеродовом периоде колебалась от 4 до 11 дней, в среднем $7,0 \pm 1,5$ дня. Увеличение длительности госпитализации более 7 суток отмечалось у 12 (27,3 %) пациенток, из них 58,3 % женщин задерживались в стационаре из-за ребенка, у 2 (16,0 %) пациенток была диагностирована гематометра, у 1 (8,0 %) пациентки в послеродовом периоде отмечалась анемия легкой степени тяжести с необходимостью применения препаратов железа, у 1 (8,0 %) пациентки диагностирована тромбофилия, десерозирование отмечалось также у 1 (8,0 %) пациентки.

По данным ультразвуковой диагностики, на третьи сутки после родоразрешения средняя величина полости матки составила $7,0 \pm 3,1$ мм. По данным цветовой доплерографии, ни у одной пациентки не было отмечено патологического кровотока в полости матки.

Выводы

1. В ОБУЗ ОПЦ г. Курска в 2019 году были родоразрешены 3757 пациенток, из них 38,5 % – путем операции кесарева сечения. Расширение операции кесарева сечения до миомэктомии произошло в 44 случаях, что составляет 3,04 %. При этом наличие миомы матки не являлось показанием для проведения оперативного родоразрешения. Плановое оперативное родоразрешение отмечалось в 66 % случаев, экстренное – в 34 %.
2. Возраст пациенток в исследуемой группе колебался от 22 до 42 лет, что в среднем составило $33,8 \pm 5,3$ года.
3. Доля первобеременных первородящих женщин составила 31,8 %, повторнобеременных первородящих – 20,5 %, повторнородящих – 47,7 %.
4. Консервативная миомэктомия во время проведения операции кесарева сечения у женщин с наличием миомы матки была выполнена в связи с субсерозной и интерстициально-субсерозной локализацией миоматозных узлов размерами до 60 ± 30 и 55 ± 35 мм соответственно.
5. Средняя продолжительность операции составила $54,3 \pm 23,7$ минуты.
6. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила $661,4 \pm 193,2$

мл, что не выходит за рамки общепринятых границ кровопотери при проведении стандартной операции кесарева сечения.

7. Послеоперационный период протекал без особенностей. Длительность госпитализации в среднем составила $7,0 \pm 1,5$ дня.

Заключение

Одномоментная миомэктомия во время проведения операции кесарева сечения является безопасным вмешательством при условии выполнения опытными хирургами. Расширение объема операции существенно не влияет на интраоперационную кровопотерю, а также послеоперационные показатели гемоглобина и гематокрита крови при условии отсутствия до оперативного родоразрешения снижения данных показателей. Также критично не увеличивается время госпитализации. Послеоперационный период в основном протекает без осложнений.

Необходимо отметить, что большая часть (52,3%) женщин в исследо-

вании – первородящие. Удаление миомы матки у данной группы пациенток сохраняет репродуктивный потенциал, улучшает прогноз, снижая риск преждевременных родов и осложнений беременности в дальнейшем.

Миомэктомия во время проведения операции кесарева сечения снижает риск повторного хирургического вмешательства с потенциальными рисками анестезиологического пособия, периоперационных осложнений и улучшает репродуктивное здоровье пациенток, реализовавших репродуктивный потенциал, в будущем – в период пери- и постменопаузы.

Также одномоментная миомэктомия в ходе кесарева сечения является экономически выгодной операцией, так как предотвращает расходы на пребывание в стационаре, связанное с дополнительным хирургическим лечением в отсроченном периоде.

Список литературы

1. Сидорова И. С., Унанян А. Л., Агеев М. Б., Ведерникова Н. В., Жолобова М. Н. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у жен-

щин репродуктивного возраста. *Акушерство. Гинекология. Репродукция*. 2012; 6 (4): 22–23. [Sidorova I. S., Unanyan A. L., Ageev M. B., Vedernikova N. V., Zholobova M. N. CURRENT STATUS OF THE PATHOGENESIS, CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS, AND TREATMENT. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2012; 6(4): 22–23]

2. Cooper N. P., Okolo S. Fibroids in pregnancy – common but poorly understood // *Obstet. Gynecol. Surv.* 2005. Vol. 60, No. 2. P. 132–138.
3. Dedes I., Schäffer L., Zimmermann R., Burkhardt T., Haslinger C. Outcome and risk factors of cesarean delivery with and without cesarean myomectomy in women with uterine myomas. *Arch Gynecol Obstet*. 2016; 295 (1): 27–32.
4. Ищенко А. И., Ботвин М. А., Ланчинский В. И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение. – М.: Издательский дом Видар-М, 2010 – С. 6–9, 19–27. [Ischenko A. I., Botvin M. A., Lenchinskiy V. I. Uterine fibroids: etiology, pathogenesis, diagnostics, treatment. M: publishing house Vidar-M, 2010. P. 6–9, 19–27.]
5. Курцер М. А., Лукашина М. В., Тищенко Е. П. Консервативная миомэктомия при кесаревом сечении // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 82–87. [Kurzer M. A., Lukashina M. V., Tishchenko E. P. Conservative myomectomy by cesarean section // *Questions of gynecology, obstetrics and Perinatology*. 2008. Vol. 7, No. 3. P. 82–87.]
6. Jabry-Zieniewicz Z., Gajewska M. The pregnancy and delivery course with pregnant women with uterine myomas // *Ginek. Pol.* 2002. Vol. 73, No. 4. P. 271–275.
7. Song D, Zhang W, Chames MC. Myomectomy during cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Jun; 121 (3): 208–13.
8. Song D. Myomectomy during Cesarean Section is likely feasible. *Clinics Mother Child Health*. 2016; (13): 234.
9. Zhang Y., Hua K. Patients' age, myoma size, myoma location, and interval between myomectomy and pregnancy may influence the pregnancy rate and live birth rate after myomectomy. *J Laparosc Adv Surg Tech*. 2014; 24 (2): 95.

Для цитирования: Медведева И. Н., Ноздрачева К. А., Хижняк А. Д. Анализ безопасности выполнения одномоментной миомэктомии при кесаревом сечении. *Медицинский алфавит*. 2020 (16): 58–60. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-16-58-60>.

For citation: Medvedeva I. N., Nozdacheva K. A., Khizhnyak A. D. Analysis of safety of performing simultaneous myomectomy in caesarean section. *Medical alphabet*. 2020 (16): 58–60. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-16-58-60>.



Препарат Плегриди может быть рассмотрен для приема во время беременности и при кормлении грудью у пациенток с рассеянным склерозом

«Янссен», подразделение фармацевтических товаров ООО «Джонсон & Джонсон», объявляет об обновлении инструкции препарата Плегриди (пегинтерферон бета-1a). Согласно новой инструкции прием препарата может быть рассмотрен во время беременности, также Плегриди может применяться при кормлении грудью¹.

По данным ВОЗ, рассеянный склероз занимает третье место по распространенности среди заболеваний центральной нервной системы (после сосудистых заболеваний и эпилепсии) и является основной причиной стойкой инвалидизации лиц молодого возраста, так как дебют заболевания приходится, как правило, на возраст от 18 до 45 лет, характеризующийся у женщин высоким детородным потенциалом. Учитывая то, что женщины заболевают примерно в два раза чаще, чем мужчины, вопрос о влиянии беременности и родов на течение заболевания остается актуальным².

«Рассеянный склероз – одно из тяжелых хронических аутоиммунных заболеваний, и наша задача – предложить пациентам наиболее эффективные методы лечения, которые позволят им жить полноценной жизнью. Большинство пациентов с рассеянным склерозом составляют женщины с детородным потенциалом³, и мы понимаем их обеспокоенность тем, что они могут иметь проблемы с деторождением по причине заболевания. Применение препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, в период беременности является актуальной проблемой. Однако исследования показывают, что женщины с рассеянным склерозом могут забеременеть, не отказываясь от терапии и желая иметь здоровых детей», – отметила Катерина Погодина, управляющий директор «Янссен» (Россия и СНГ), генеральный директор ООО «Джонсон & Джонсон».

Количественный метаанализ 15 исследований показал, что у женщин, которые кормили грудью, риск возникновения послеродового обострения был ниже на 37% по сравнению с теми, кто не кормили грудью, или теми, кто кормили не только грудным молоком⁴.

Большой объем данных регистров и пострегистрационного опыта применения интерферонов бета (более тысячи исходов беременности) показывает отсутствие повышения риска серьезных врожденных аномалий после их применения в период до зачатия или в первом триместре беременности¹. Данные Европейского и Северного регистров (Финляндия и Швеция), указывают на то, что воздействие интерферонов бета до или во время беременности не оказывает негативного влияния на ее исход^{5,6}. Анализ регистров показал отсутствие влияния применения интерферонов бета до и во время беременности на массу тела при рождении и окружность головки новорожденного. Также у детей, находившихся на грудном вскармливании матерями, получавшими терапию интерфероном бета-1a, не было отмечено побочных эффектов этой терапии^{7,8}.

Ссылки

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Плегриди (ЛП-003859) от 10.04.2020.
2. Е. В. Попова, Т. М. Кукель, А. И. Муравин, А. Н. Бойко, А. В. Мурашко, Е. И. Гусев. Перспективный анализ течения беременности и родов у женщин с рассеянным склерозом. *Журнал неврологии и психиатрии*, 10, 2013; вып. 2: 52–56.
3. Airas Laura, Masoud Etemadifar, and Amir-Hadi Maghzi. Pregnancy and multiple sclerosis. *Neurological Disorders and Pregnancy*. Elsevier, 2011. 1–11.
4. Krysko K. M. et al. Association Between Breastfeeding and Postpartum Multiple Sclerosis Relapses. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurology* Published online December 9, 2019.
5. Hellwig K. et al. Presented at AAN; April 21–27, 2018; Los Angeles, CA. P357.
6. Hellwig K. et al. Presented at ECTRIMS; October 10–12, 2018; Berlin, Germany. P. 1753.
7. Hale TW, Siddiqui AA, Baker TE. Transfer of interferon beta-1a into human breast-milk. *Breastfeed Med*. 2012; 7 (2): 123–5.
8. Houtchens Maria, et al. Interim analysis of peginterferon beta-1a in the breast milk of lactating patients with multiple sclerosis. 2790. 2020.