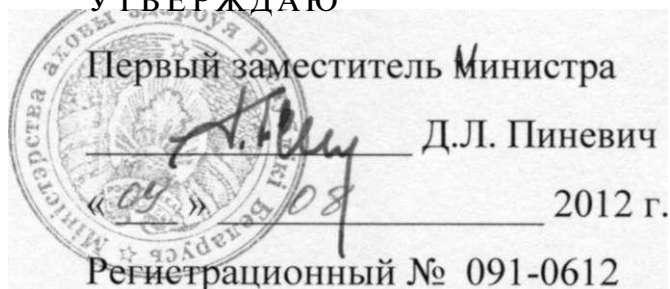


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ



**АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С
МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ**

(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: д. м. н., профессор Михалевич С.И.,
к. м. н., доцент Марковская Т.В., Капуста А.В.

Минск, 2012

В настоящей инструкции по применению приведен алгоритм ведения беременных с миомой матки больших размеров. Инструкция предназначена для врачей-акушеров-гинекологов, как стационарного, так и амбулаторного звеньев.

НЕОБХОДИМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Аппарат для ультразвуковых и доплерометрических исследований, аппарат для общеклинических лабораторных исследований, аппарат для лабораторных гормонометрических исследований, комплект оборудования для лапаротомных операций.

КРИТЕРИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ МИОМУ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

В качестве больших рассматриваются субсерозные и интерстициальные миоматозные узлы одиночные или множественные диаметром более 5 см, и субмукозно-интерстициальные узлы диаметром свыше 4,5 см по данным ультразвукового исследования (УЗИ), независимо от количества и расположения миоматозных узлов.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Беременность и миома матки больших размеров, которая была выявлена во время беременности в разные сроки гестации.
2. Беременность, которая наступила на фоне миомы матки больших размеров.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Злокачественные опухоли матки и придатков.
2. Миома матки больших размеров с диффузным ростом.

ОПИСАНИЕ АЛГОРИТМА НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Срок беременности	Мероприятие
Постановка на учет по беременности до	1. Пациентка с миомой матки и беременностью должна быть информирована о своем состоянии и участвовать в принятии

12 недель, решения по пролонгированию беременности; коллегиально решается вопрос о целесообразности пролонгирования беременности (лечащий врач, заведующий отделением, заместитель главного врача по медицинской части или главный врач).

2. Плановая госпитализация для решения вопроса о пролонгировании беременности.

3. Тщательный сбор анамнеза, включая наследственность.

4. Гемодинамические показатели (пульс и артериальное давление (АД)).

5. Осмотр молочных желез, оценка телосложения и оволосенения, измерения роста, массы тела.

6. Акушерское обследование (высота дна матки (ВДМ), окружность живота (ОЖ), измерение размеров таза, ромба Михаэлиса, определение индекса Соловьева).

7. Бимануальное гинекологическое исследование.

8. I УЗИ плода и консультация генетика.

9. УЗИ миоматозных узлов с доплерометрией маточных сосудов.

10. Клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи; биохимическое исследование крови (содержание в сыворотке крови общего белка, глюкозы, непрямого билирубина, мочевины, креатинина, ферритина антистрептолизина-0 (АСЛО), С-реактивного белка (СРБ), активность аланин-аминотрансферазы (АЛАТ), аспартат-аминотрансферазы (АСАТ), щелочной фосфатазы); коагулограмма; d -димеры; группа крови и резус-фактор; бактериоскопия мазков из уретры и цервикального канала; бактериальный посев из уретры и цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам; анализ крови на реакцию Вассермана; анализ крови на токсоплазмоз, краснуху, цитомегаловирус, герпес, инфекцию вызванную парвовирусом В19,

листериоз, гепатиты В и С и другие (TORCH - инфекции); исследование кала на гельминты; исследование крови на ВИЧ - инфекцию.

11. Электрокардиограмма (ЭКГ).

12. Консультация врачей - терапевта, - эндокринолога, -офтальмолога, оториноларинголога, -стоматолога. В случае выявления экстрагенитальной патологии объем мероприятий должен быть расширен по профилю имеющейся патологии согласно действующим протоколам обследования и лечения.

13. Выявление инфекций передающихся половым путем (ИППП) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), определение интерлейкина-8 (ИЛ-8), рецептора ФНО (p55).

14. Кольпоскопия.

15. Определение уровня гормонов в сыворотке крови (прогестерон).

16. Терапия (по показаниям), направленная на пролонгирование беременности (физический, психический и сексуальный покой; психотерапия, седативные средства, магнийсодержащие лекарственные средства; по показаниям спазмолитическая терапия (дротаверин гидрохлорид, папаверин гидрохлорид, магния сульфат).

17. Патогенетически обоснованная гормональная терапия в зависимости от причин угрозы прерывания беременности и срока беременности. Дозы лекарственных средств подбираются индивидуально под контролем клинических и лабораторных показателей.

18. При выявлении возбудителей инфекции назначение комплексного лечения, включая специфическое антибактериальное лечение после 12 недели беременности, противовирусное лечение при наличии вирусной инфекции в соответствии с существующими протоколами лечения.

18-20 недель

1. Плановая госпитализация.
2. II УЗИ плода и консультация генетика.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. УЗИ миоматозных узлов с доплерометрией маточных сосудов. 4. Бимануальное гинекологическое исследование. 5. Клинико-лабораторные исследования. 6. Выявление ИППП методом ПЦР, определение ИЛ-8, р55. 7. Определение уровня гормонов в сыворотке крови (прогестерон). 8. Гормональная терапия по показаниям. 9. Терапия (по показаниям), направленная на пролонгирование беременности и улучшение фетоплацентарного кровотока (лекарственные средства антиагрегантного и антикоагулянтного действия, метаболическая терапия, мембраностабилизаторы, токолитики и лекарственные средства спазмолитического действия). 10. Анализ крови на реакцию Вассермана.
28-32 недель	<ol style="list-style-type: none"> 1. Плановая госпитализация. 2. УЗИ плода. 3. УЗИ видимых миоматозных узлов с доплерометрией маточных сосудов. 4. Бимануальное гинекологическое исследование. 5. Клинико-лабораторные исследования. 6. Выявление ИППП методом ПЦР, определение ИЛ-8, р55. 7. Определение уровня гормонов в сыворотке крови (прогестерон). 8. Гормональная терапия по показаниям. 9. Терапия (по показаниям), направленная на пролонгирование беременности и улучшение фетоплацентарного кровотока (лекарственные средства антиагрегантного и антикоагулянтного действия, метаболическая терапия, мембраностабилизаторы, токолитики и лекарственные средства спазмолитического действия).
Госпитализация в	С целью подготовки к операции или

37-38 недель родам.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

1. Родоразрешение через естественные родовые пути возможно в ситуациях, когда узлы механически не будут препятствовать рождению плода.

2. Ведение родов у женщин с миомой матки больших размеров обеспечивается учреждениями здравоохранения III уровня (областные роддома, перинатальные центры) и ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», где квалифицированную помощь оказывают врачи высшей квалификационной категории, владеющие техникой самых сложных оперативных вмешательств.

3. Применение лекарственных средств спазмолитического действия (дротаверин гидрохлорид, папаверин гидрохлорид) на протяжении активной фазы первого периода родов (открытие маточного зева 5-8 см).

4. При необходимости стимуляции родовой деятельности при наличии миоматозных узлов больших размеров родостимуляцию с помощью окситоцина не назначать, назначать простагландины E2 (простин E2), которые обладают оптимальным действием на миоматозно-измененную матку, не нарушают микроциркуляцию миометрия и систему гемостаза.

5. Предупреждение кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах осуществляется путем введения внутривенно струйно 1,0 мл метилэргометрина или его аналогов одномоментно сразу после рождения последа.

ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МИОМЫ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ МИОМЭКТОМИЕЙ

1. Наличие одиночной или множественной миомы матки больших размеров, независимо от локализации данных узлов (при наличии информированного согласия пациентки).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Онкологические заболевания матки и придатков.
2. Миома матки больших размеров с диффузным ростом.

МЕРОПРИЯТИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ НАЛИЧИИ МИОМЫ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ МИОМЭКТОМИЕЙ

1. Тщательный сбор анамнеза, включая наследственность.
2. Гемодинамические показатели (пульс и АД).
3. Осмотр молочных желез, оценка телосложения и оволосенения, измерения роста, массы тела.
4. Акушерское обследование (ВДМ, ОЖ, измерение размеров таза, ромба Михаэлиса, определение индекса Соловьева)
5. Бимануальное гинекологическое исследование.
6. Выслушивание сердцебиения плода, определение положения плода.
7. УЗИ плода с доплерометрией.
8. УЗИ миоматозных узлов с доплерометрией маточных сосудов.
9. КТГ в динамике.
10. Клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи; биохимическое исследование крови (содержание в сыворотке крови общего белка, глюкозы, непрямого билирубина, мочевины, креатинина, ферритина антистрептолизина-0 (АСЛО), С-реактивного белка (СРБ), активность аланин-аминотрансферазы (АЛАТ), аспартат-аминотрансферазы (АСАТ), щелочной фосфатазы); коагулограмма; d - димеры; группа крови и резус-фактор; бактериоскопия мазков из уретры и цервикального канала; бактериальный посев из уретры и цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам; анализ крови на реакцию Вассермана, на ВИЧ - инфекцию).
11. При выявлении экстрагенитальной патологии объем исследований должен быть расширен по профилю имеющейся патологии согласно существующим протоколам обследования.
12. Кольпоскопия.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ НАЛИЧИИ МИОМЫ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ МИОМЭКТОМИЕЙ

1. Психопрофилактическая подготовка к оперативным родам с расширенным объемом вмешательства (кесарево сечение, миомэктомия с реконструкцией органа).
2. Назначение седативных лекарственных средств.
3. Отмена антикоагулянтов за 24 часа до планируемой операции.

4. При миоматозных узлах, размеры которых превышают 7-8 см, а также при прогнозировании интраоперационной кровопотери более 1000 мл, планируется инфузия свежезамороженной плазмы (СЗП) из расчета 15 мг/кг массы на случай своевременного восполнения про- и антикоагулянтов по ходу оперативного вмешательства.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ МИОМЫ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ МИОМЭКТОМИЕЙ

Анестезиологическое пособие определяется в зависимости от наличия экстрагенитальной патологии и акушерской ситуации при информированном согласии пациентки.

Осуществляется лапаротомия по Пфанненштилю либо нижняя срединная лапаротомия. Разрез на матке определяется с учетом расположения узлов и бережного извлечения плода и, как правило, в нижнем сегменте. При невозможности разреза в нижнем сегменте из-за расположения узлов, проводится корпоральное кесарево сечение. Извлекается плод, затем плацента, проводится кюретаж слизистой полости матки, вводится в мышцу матки 5 ЕД окситоцина, 1,0 мл метилэргометрина или его аналоги внутривенно струйно и далее 10 ЕД окситоцина титруется внутривенно капельно в течение последующих 4-6 часов на время сокращения плацентарной площадки. Гемостаз углов раны на матке.

Рана на матке после кесарева сечения не ушивается до момента удаления последнего узла, т.к. при этом имеется возможность контролировать рукой локализацию узлов, а затем и места удаленных узлов при ушивании. Следует отметить, что миомэктомия после кесарева сечения имеет свои особенности по сравнению с миомэктомией вне беременности. Это связано с наличием расширенной сосудистой сети, высоким риском повышенной кровопотери. Перевязку маточных артерий необходимо проводить с двух сторон при величине миоматозных узлов более 8 см и для профилактики кровопотери интраоперационно более 1000 мл и особенно в нижнем сегменте, шейке матки, боковых стенках. Оценка кровопотери осуществляется как на этапе извлечения плода и рождения последа, так и на этапе миомэктомии. В случае патологической кровопотери с целью восполнения факторов свертывающей и противосвертывающей систем используется СЗП интраоперационно.

Техника удаления миоматозных узлов зависит от их расположения. Все разрезы на матке выполняются с учетом расположения мышечных волокон. При шеечном и шеечно-перешеечном расположении узлов как

спереди, так и по задней стенках, выполняется поперечный разрез на матке. При интралигаментарном расположении узла возможно рассечение круглой, при необходимости - собственной связки яичника. При субсерозных узлах на широком основании и субсерозно-интерстициальных узлах миомэктомия осуществляется с разрезом капсулы по верхнему или нижнему полюсу узла и его вылушивании, частично острым и частично тупым путем, подтягивая узел с помощью зажима. С целью минимизации кровопотери показано применение коагуляторов, по возможности лазерного и радиоволнового ножа. В дальнейшем послойно ушивается ложе узла двурядным швом в зависимости от величины интерстициального компонента: первый ряд - мышечно-мышечный, второй - серозно-мышечный. При интерстициальных узлах, деформирующих полость матки, и узлах субмукозно-интерстициальной локализации миомэктомия проводится с последующим восстановлением всех слоев. При удалении миом больших размеров остаются глубокие полости. Кровоточащие сосуды могут уйти глубоко в миометрий, а через какое-то время кровотечение в ложе опухоли может возобновиться. Поэтому очень важно произвести тщательное лигирование сосудов перед извлечением нижнего полюса опухоли, сопоставить края раны и ушить. При субсерозных узлах на тонком основании ножка узла прошивается и перевязывается у основания с последующим отсечением узла. В каждом случае по возможности удаляются все миоматозные узлы.

Учитывая, восстановление видоизмененного миометрия при удалении миоматозных узлов больших размеров во время кесарева сечения, следует считать данную операцию реконструктивно-пластической (РПО). При выборе шовного материала необходимо отдавать предпочтение синтетическим длительно рассасывающимся нитям (ПГА 2,0), отдельные узловые швы накладываются в 2 ряда. Проводится тщательный гемостаз и перитонизация. При наличии обширной раневой поверхности с целью контроля гемостаза рекомендуется проводить дренирование брюшной полости на 1-2 суток, используя круглый дренаж, с последующим удалением дренажных трубок.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ МИОМЭКТОМИЕЙ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

1. Пребывание в стационаре в среднем до 7-10 суток (наблюдение: оценка жалоб, термометрия, лабораторные исследования и ДР-)
2. УЗИ органов малого таза на 3 и 5 сутки.
3. Лечебная физкультура, двигательная активность через 8-12 часов после операции.
4. Утеротоники планово 3-5 суток.
5. Дифференцированное расширение питьевого режима в первые трое суток до 1-1,5 литра.
6. Рациональное обезболивание.
7. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности.
8. Физические методы профилактики тромбоэмболических осложнений (ТЭО).
9. Специфическая профилактика ТЭО (низкомолекулярные гепарины (НМГ) через 8-12 часов после операции).

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВРАЧОМ-АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ МИОМЭКТОМИЕЙ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

1. Осмотр врачом-акушером-гинекологом осуществляется через 10-14 дней, 2 мес, 6 мес, 12 мес. после РПО на матке во время кесарева сечения.
2. УЗИ-мониторинг через 6-12 мес. (для контроля рецидива миомы матки), далее в соответствии с действующими протоколами обследования.
3. Прекращение лактации только по медицинским показаниям.
4. Контрацепция барьерным методом в течение двух лет.
5. Повторное планирование беременности и родов не ранее чем через 2 года.

ПРЕИМУЩЕСТВА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ МИОМЭКТОМИЕЙ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

1. Сохранение рецепторного органа женщины - матки.
2. Улучшение последующего репродуктивного прогноза.
3. Выполнение 2-х операций одновременно (кесарево сечение и РПО на матке: миомэктомия, метропластика).
4. РПО на матке во время кесарева сечения не увеличивает частоту послеоперационных осложнений и не ухудшает течение послеродового периода.
5. Органосохраняющая операция на матке позволяет избежать потери органа, как на этапе родов, так и в последующем, сохраняя репродуктивную функцию женщины.