

Сучасні погляди на оптимізацію хірургічного органозберігаючого лікування міоми матки (огляд літератури)

М.С. Сторожук, О.О. Процепко, Н.А. Годлевська
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

У статті проводиться аналіз даних літератури про стан проблеми захворюваності на міому матки в жінок репродуктивного віку та описуються всі можливі методи хірургічного та консервативного лікування даної патології. Обґрунтовується хірургічний органозберігаючий метод лікування як один з найбільш оптимальних та доступних у даний час.

Ключові слова: міома матки, репродуктивна функція, консервативна міомектомія, лапаротомія, лапароскопія.

Міома матки – це доброякісна гормонозалежна пухлина, яка розвивається в м'язовому шарі матки і посідає значне місце в структурі пухлин жіночої статеві системи. За даними різних авторів, частота її виявлення становить 30–40% від всіх гінекологічних захворювань [3, 5].

Останнім часом спостерігається тенденція до збільшення захворюваності на міому матки і її «омолодження», що, з одного боку, може бути зумовлено удосконаленням діагностики, з іншого – великим поширенням акушерських і гінекологічних оперативних втручань [2, 7, 9]. Проблема набуває значної актуальності внаслідок пізнього планування вагітності (після 35 років), коли істотно підвищується ризик виникнення гіперпластичних процесів як основної причини невдач у реалізації репродуктивної функції, адже безплідність та порушення менструальної функції – нерідкі явища при даному захворюванні, особливо в разі субмукозного розташування вузла. Висока частота даної патології, відсутність уявлення про тригерні механізми виникнення міоми матки, неефективність методів ранньої діагностики цього захворювання роблять неможливою консервативну терапію і зумовлюють високу частоту хірургічних втручань.

Порушення репродуктивної функції у формі первинної і вторинної безплідності в пацієнток з лейоміомою матки досягає 60–70% [1, 9]. Ця проблема заслуговує на особливу думку внаслідок зростання частоти жінок активного репродуктивного віку, хворих на лейоміому, з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого. Це зумовлено зростанням ризику виникнення лейоміоми саме в жінок даної вікової групи. Згідно з даними літератури [4, 6], у жінок з безплідністю у 12–20% випадків лейоміома матки є єдиною причиною репродуктивних невдач. Проте питання про роль лейоміоми матки у формуванні порушень репродуктивної функції залишається дискусійним [10, 11].

Якщо раніше вважалось, що міома виникає приблизно у 25% жінок старше 30 років, то останні масштабні автопсичні дослідження свідчать про можливість поширення цієї патології серед жінок дітородного віку до 85%.

На даний час спостерігається значне зростання частоти захворюваності на міому матки серед жінок репродуктивного віку: 80% жінок віком 30–40 років мають високий ризик виникнення цього захворювання. У жінок віком після 30 років частота захворювання становить близько 20%, а у пацієнток у перименопаузальний період – 35–40%.

Хірургічне лікування рядом авторів вважається найбільш ефективним методом лікування міоми матки, яке

розуміє під собою або енуклеацію вузлів, або видалення тіла або всієї матки.

А.Л. Тихомиров, Г.П. Грішин, Д.М. Лубнін та ін. виділяють 4 підходи до лікування міоми матки: радикальний (гістеректомія), консервативно-пластичний (міометомія), тимчасово-регресійний (ГНРГ), стабільно-регресійний (ЕМА). Для вибору тактики лікування необхідно оцінити, який розмір міоматозного вузла не буде мати клінічного значення.

В останні роки в клінічній медицині особлива увага приділяється проблемі органозберігаючого хірургічного лікування. Наприклад, у сучасній оперативній гінекології простежується тенденція максимально бережливого ставлення до матки. Видалення матки веде за собою зниження гормональної активності яєчників, що проявляється розвитком постгістеректомічного синдрому, що в деяких випадках потребує довготривалої медикаментозної корекції [3].

Тому найбільш оптимальним та анатомічним методом у групі жінок репродуктивного віку визнана міомектомія, яка залежно від клінічної ситуації виконується за допомогою різних доступів: лапаротомічного, лапароскопічного, гістерорезектоскопічного, вагінального та комбінованого [5].

У разі виключення всіх інших причин порушення репродуктивної функції постає питання про проведення органозберігаючих операцій, а саме – міомектомії. У кожному конкретному випадку безпосередньо доводиться вирішувати ряд питань про доцільність консервативно-пластичної або радикальної операції з урахуванням можливості відновлення функції ураженого органу, про операційний ризик при тому або іншому способі хірургічного втручання та його віддалені наслідки.

Більшість клініцистів підкреслюють важливість виконання органозберігаючих операцій не тільки з метою збереження репродуктивної функції, але й вихідної якості життя. Крім того, радикальні операції – надпівхова ампутація і екстирпація матки – призводять до втрати жінкою її специфічних функцій (менструальної та генеративної) і до значних змін у гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничовій системі, тим самим збільшують тяжкість патологічних процесів, які вже є в організмі жінки. Це все сприяє розвитку постгістеректомічного синдрому, навіть у випадках збереження яєчників, унаслідок їх рівноцінного кровопостачання як яєчничковою, так і висхідною гілковою матковою артерією, яку, як відомо, перетинають при проведенні гістеректомії без додатків.

Незважаючи на те що після міомектомії рецидив міоми матки виникає у 27% випадків через 10 років після операції, бажання хворої зберегти матку, а разом з нею і репродуктивну функцію диктує оперуючим хірургам необхідність оптимізувати і удосконалити існуючі методи лікування.

А.А. Кочарян, А.Л. Тихомиров працювали над удосконаленням і впровадженням у клінічну практику методик зниження інтраопераційної крововтрати при хірургічному органозберігаючому лікуванні міоми матки. Bulent Berker, M.D., Ali Mahdavi, M.D., Babac Shahmohamady, M.D., Camran Nezhat, M.D. досліджували вплив міомектомії на вагітність.

За їхніми даними, при лікуванні безпліддя приблизно у 50% випадках після міомектомії настає вагітність.

Одним з найбільш актуальних питань стосовно консервативної міомектомії залишається питання зменшення об'єму крововтрати під час оперативного втручання, що має за мету зменшення ризику інтра- та післяопераційних ускладнень та збільшення репродуктивних шансів у пізній післяопераційний період.

Завдання із зменшенням об'єму інтраопераційної крововтрати повинно бути поставлене ще до запланованої міомектомії. Це так званий доопераційний етап зменшення крововтрати. Для цього треба чітко розуміти клінічну ситуацію: діаметр вузла/вузлів, його/їх розташування, кількість, тип кровопостачання вузла, ... соматичний статус, репродуктивні плани жінки.

За А.Л. Тихомировим, Д.М. Луніним, щоб виробити тактику лікування, необхідно уявити, який розмір міоматозного вузла не буде мати клінічного значення. На основі своїх клінічних спостережень вони дійшли висновку, що клінічно незначущі є міоматозні вузли, розмір яких не перевищує 15 мм (виключенням є тільки субмукозні міоматозні вузли, мінімальний розмір яких є клінічно значимим у всіх випадках). Консервативній міомектомії підлягають:

- вузли середнього діаметра (одиничний міоматозний вузол, розмір якого не перевищує 4 см);
- множинна міома матки із середнім розміром доміантного вузла (розмір доміантного вузла не повинен перевищувати 6 см) – одноетапно або як 2-й етап після проведення емболізації маткових артерій;
- міома матки великих розмірів (доміантний вузол понад 6 см) у випадку наявності одного, двох або максимум трьох крупних міоматозних вузлів «вдалої» локалізації з точки зору технічної можливості виконати оперативне втручання;
- субмукозна міома матки до 5 см – одноетапно, при розмірі вузла понад 5 см – як другий етап після ЕМА;
- субсерозна міома на ніжці (рекомендується лапароскопічна або комбінована міомектомія);
- складна міома – міомектомія рекомендується як другий етап терапії після ЕМА.

«Інтраопераційний етап зменшення крововтрати» під час проведення міомектомії є найбільш об'ємним та дискусійним. Він стосується питання вибору доступу, методики енуклеації міоматозних вузлів, керованої компресії артеріальних магістралей, вибору шовного матеріалу, методики ушивання міометрія.

Отже, на даний час результати оперативних втручань, що були накопичені за останні десятиліття, дають змогу виробити диференціальний підхід у питанні вибору лікування, що значною мірою буде залежати від розмірів, розташування міоматозних вузлів та бажання жінки зберегти репродуктивну функцію.

Современные взгляды на оптимизацию хирургического органосохраняющего лечения миомы матки (обзор литературы)

М.С. Сторожук, О.О. Проценко, Н.А. Годлевская

В статье проводится анализ данных литературы о состоянии проблемы заболеваемости миомой матки у женщин репродуктивного возраста и описываются все возможные методы хирургического и

консервативного лечения данной патологии. Обосновывается хирургический органосохраняющий метод лечения как один из наиболее оптимальных и доступных в настоящее время.

Ключевые слова: миома матки, репродуктивная функция, консервативная миомэктомия, лапаротомия, лапароскопия.

Present-day views on the optimization of the surgical organ preservation treatment of uterine leiomyoma (literature review)

M.S. Storozhuk, O.O. Protsenko, N.A. Godlevskaia

This article analyzes the literature data of the problem of the incidence of uterine fibroids in women of reproductive age and describes all possible methods of surgical and conservative treatment of this pathology. Substantiated organ surgical treatment as one of the best and available at this time.

Key words: uterine cancer, reproductive function, conservative myomectomy, laparotomy, laparoscopy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грищенко В.І., Козуб Н.І. Эндоскопия в диагностике и лечении женского бесплодия. – Х.: Основа, 2008. – 216 с.
2. Ланчинский В.И. Генетика и молекулярная биология миомы матки // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 2 – С. 14–17.
3. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблема патогенеза и патогенетической терапии). – СПб.: ЭЛБИ, 2000.
4. Тихомиров А.Л. Алгоритм комплексного консервативного лечения больных с миомой матки // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – № 3. – С. 80–83.
5. Тихомиров А.Л., Лубин Д.М., Юдаев В.Н. и др. Принципы современного лечения больных миомой матки // Журн. Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов. – 2003. – № 1. – С. 27–39.
6. Татарчук Т.Ф. Дифференцированные подходы к органосохраняющей терапии лейомиомы матки в различные возрастные периоды / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Колей // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 4. – С. 24–28
7. Адамьян Л.В., Зарубиани З.Р., Киселев С.И. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста // Акуш и гин. – 2007. – № 3. – С. 40–44.
8. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шуккина Н.А. и др. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки // Рос. вестн. акуш-гин. – 2005. – № 5: 2: 74–76.
9. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреусенко В.Г. и др. Эндоскопическая миомэктомия: за и против // Вопр. акуш. гин. и перинатол. – 2007. – № 6: 1: 57–60.
10. Bulent Berker, M.D., Ali Mahdavi, M.D., Babac Shahmohamady, M.D., Camran Nezhad, M.D. Role of laparoscopic surgery in infertility // Middle East Fertility Society Journal. – 2005. – Vol. 10, No 2. – P. 94–104.
11. Healey S., Buzaglo K., Seti L. et al. Ovarian function after uterine artery embolization and hysterectomy // J Am Assoc Gynecol Laparosc. – 2004. – 11 (3). – P. 348–352.
12. Debuison J. Laparoscopic myomectomy: a current view // Human reproduction update. – 2005. – Vol.6, №6. – P. 588–594.
13. Benassi L., Lopopolo G., Pazzoni F. et al. Chemically assisted dissection of tissues : An interesting support in abdominal myomectomy // Journal of the American College of Surgeons ISSN 1072-7515 – 2000. – Vol. 191, № 1. – P. 65–69 (23 ref.).
14. Sumiyama K., Gostout C.J., Rajan E. et al. Chemically assisted endoscopic mechanical submucosal dissection by using mesna // Gastrointest Endosc. – 2008. – V. 67 (3). – P. 534–538.
15. Burbank F., Hutchins F.L.Jr. Uterine Artery Occlusion by Embolization or Surgery for the Treatment of Fibroids: A Unifying Hypothesis-Transient Uterine Ischemia//J. Am Assoc Gynecol Laparosc. – 2000. – V. 7 (4 Suppl). – P. S1–S49.
16. Olive D.L. Review of evidence for treatment leiomyomata// Environmental Health Perspectives. – 2000. – Vol. 108, Suppl. 5. – P. 841–843.