

Органосберегающий подход в лечении миомы матки

Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов, О.В. Карапетян, И.Г. Волченко, Г.А. Пучкина
Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Представлены результаты обследования и лечения 40 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки, которым была проведена миомэктомия лапаротомным доступом: у 33 женщин вне беременности, у 7 – во время беременности. При выборе объема хирургического вмешательства у женщин детородного возраста, заинтересованных в сохранении или восстановлении репродуктивной функции, следует придерживаться принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии.

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, планирование беременности.

Миома матки относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным образованиям половых органов женщин. Миома матки наблюдается примерно от 20% до 75% женщин детородного возраста [14,15]. У 20% женщин, страдающих бесплодием, миома матки является единственной патологией репродуктивной системы [18].

Вопросы лечения больных с миомой матки охватывают широкий спектр терапевтических и хирургических методов. Выбор метода лечения определяется множеством факторов, в частности особенностями патогенеза заболевания, формой, темпом роста опухоли, локализацией, размерами, возрастом больной, состоянием ее менструальной и репродуктивной функции, тяжестью симптомов заболевания, наличием сопутствующей патологии. Патогенетически обусловленной концепцией лечения этого заболевания является комбинированное воздействие – хирургическое и медикаментозное.

Основной задачей терапии является торможение роста опухолевидного образования либо удаление опухоли. Приходится констатировать, что хирургическое лечение больных репродуктивного возраста остается и сегодня определяющим [8, 12].

В последние годы акушерам все чаще приходится решать вопрос о возможности пролонгирования беременности при ее сочетании с миомой матки. Частота миомы матки при беременности колеблется от 0,3% до 8% [13]. При быстром росте миомы с узлами больших размеров, угрозе прерывания беременности в различные сроки гестации, нарушении питания и некрозе узла, симптомах сдавления тазовых органов возникает необходимость выполнения миомэктомии во время беременности [9, 21]. Таким образом, консервативная миомэктомия среди беременных является последним резервом по сохранению желанной беременности.

Хирургическому лечению подвергаются до 70% больных с миомой матки [2]. Обращает на себя внимание то, что в структуре оперативных вмешательств превалирует удельный вес радикальных операций, которые составляют 60,9–95,3% [4].

Радикальные операции – надвлагалищная ампутация и экстирпация матки лишают женщину ее специфических функций – менструальной и генеративной, способствуют развитию постгистерэктомического синдрома [4].

Консервативно-пластические операции выполняют довольно редко – не более чем в 10–12% случаев, что неоправданно мало и требует изменения хирургической тактики и, безусловно, расширения показаний к проведению органосо-

храняющих вмешательств [3, 9, 12]. Сохранение матки и профилактика рецидива миомы, особенно у молодых женщин, является одним из ведущих направлений современной хирургии, позволяющих сохранить менструальную и фертильную функции.

Миомэктомия осуществляется различными хирургическими доступами: лапаротомическим, лапароскопическим, влагалищным, гистерорезектоскопическим. Открытый абдоминальный и лапароскопический доступы не являются конкурирующими, каждый из них имеет свои показания и преимущества [6, 20].

Подавляющее большинство исследователей рекомендуют использование аГнРГ перед проведением консервативной миомэктомии при наличии узлов размером 50 мм и более [10]. Согласно взглядам А.Л. Тихомирова (2007), миомы, подвергшиеся воздействию аГнРГ, «вмуровываются» в миометрий, что усложняет их поиск и вылушивание, и считают, что назначение данной группы препаратов до операции нецелесообразно [16].

При проведении миомэктомии во главу угла следует поставить последующую состоятельность рубца на матке с целью профилактики возникновения в будущем гистиопатического разрыва матки при беременности у тех пациенток, которые не исключают беременность в дальнейшем [5, 11].

Ряд авторов считают, что лапаротомия является основным методом при выполнении миомэктомии с целью реализации репродуктивной функции, благодаря возможности более тщательного послойного сопоставления раны при чревосечении и ушивании ложа узла, отсутствия коагуляционно-некроза тканей [7, 11, 19].

Целью исследования явилось изучение повышения эффективности лечения больных с миомой матки путем проведения органосберегающих операций для сохранения детородной и менструальной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 40 женщин в возрасте от 27 до 45 лет с диагнозом «миома матки». Исследование проводили на базе клиники Крымского государственного медицинского университета. Все больные были прооперированы с 01.01.2011 по 10.08.2012 г. Средний возраст обследованных больных составил $36,2 \pm 2,8$ года: из них в возрасте от 27 до 31 года были 5 пациенток, от 32 до 36 лет – 16, от 37 до 45 лет – 18 женщин. Таким образом, большинство больных (34) были старше 32 лет.

В исследование включали больных, имеющих следующие показания к оперативному лечению: маточные кровотечения (анемизация), бесплодие, невынашивание беременности, большие размеры узлов, их быстрый рост, симптомы сдавления тазовых органов, нарушение питания и некроз узла. Давность заболевания с момента выявления миомы матки колебалась от 1 до 10 лет, в среднем $5,2 \pm 1,8$ года.

Для решения вопроса о выборе метода лечения пациенткам было проведено комплексное обследование, которое включало: клинико-лабораторное обследование, цитологическое исследование, ультразвуковое сканирование abdomi-

нальным и трансвагинальным датчиком, гистологическое исследование эндометрия. В дальнейшем эти пациентки были разделены на 2 группы. В 1-ю клиническую группу включены 33 женщины с миомой матки, прооперированные вне беременности, 2-ю группу составили 7 женщин, у которых консервативную миомэктомию проводили во время беременности.

По частоте предъявляемых жалоб первое место среди больных 1-й группы занимало бесплодие. У 20 пациенток 1-й группы целью хирургического вмешательства являлась реализация репродуктивной функции, все эти женщины жили регулярной половой жизнью без контрацепции. Длительность бесплодия колебалась от 5 до 20 лет и составила в среднем $9,9 \pm 1,5$ года. По данным УЗИ у 7 пациенток наблюдали центрипетальный рост опухоли, деформирующий полость матки, что могло служить причиной бесплодия у этой категории женщин. У 12 женщин данной группы имело место первичное бесплодие. Вторичное – отмечено у 8 женщин, у 3 из них в анамнезе была внематочная беременность, у 3 – искусственные аборты, у 1 – кесарево сечение и у 1 – неразвивающаяся беременность. У 13 женщин 1-й группы задачей оперативного лечения являлось сохранение матки и менструальной функции, эти пациентки после миомэктомии беременность не планировали, 6 из них дали свое согласие на проведение хирургической стерилизации, 4 женщины не жили половой жизнью, 3 использовали контрацептивные средства.

На втором месте по частоте были жалобы на обильные длительные менструации, сопровождающиеся слабостью, недомоганием и тянущей болью внизу живота и пояснице. Последние были выявлены у 9 пациенток, у 5 из них наблюдалось снижение гемоглобина до $70-75$ г/л.

Диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба было проведено у 9 больных. Показанием для выскабливания явились длительные кровянистые выделения. Сопутствующая патология эндометрия в основном была представлена железистыми полипами эндометрия (4), железисто-фиброзным полипом (1), железистой гиперплазией эндометрия (3), железисто-кистозной гиперплазией эндометрия (1).

Следует отметить, что при высокой информативности современных ультразвуковых методов исследования нецелесообразно проводить диагностическое выскабливание полости матки перед операцией по поводу миомы матки при любом планируемом объеме. Исключением является подозрение на рак эндометрия (результаты УЗИ и цитологического исследования) [17].

Локализация опухоли была различной: по передней стенке у 17 больных, по задней – у 14, в дне – у 6, в области перешейка, нижнем сегменте – у 3. У 20 больных величина



Рис. 1. Больная С., 29 лет: УЗ-картина: субсерозно-интрамуральный миоматозный узел

миоматозного узла колебалась от 73 до 97 мм в диаметре (в среднем 79,4 мм). У 13 женщин миома была множественной – от 4 до 8 узлов, диаметр миоматозных узлов варьировал от 20 до 60 мм, преимущественно субсерозно-интерстициальной локализации.

Всем больным выполнена консервативная миомэктомия (рис. 1, 2 а, б). Поскольку целью операции являлась реализация репродуктивной функции, основной задачей было создание благоприятных условий для формирования полноценного рубца. Миомэктомию выполняли лапаротомным доступом, что позволило более тщательно послойно сопоставить рану и ушить ложе узла. Разрез на матке проводили по верхнему полюсу узла во избежание травмы коллатералей сосудистых пучков. Ложе удаленного узла ушивали отдельными викриловыми швами. При вскрытии полости матки (2 пациентки) ложе ушивали 3 рядами швов, без вскрытия – в 2 ряда.

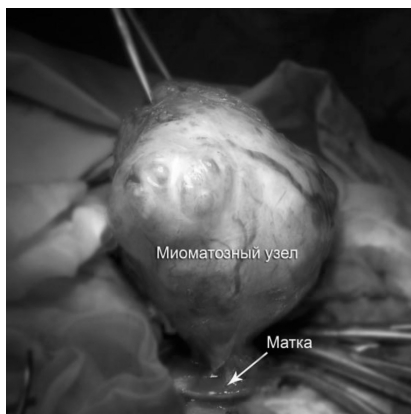
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Гистологическое изучение макропрепаратов, удаленных во время операции обнаружило у всех больных лейомиому, из них с отеком – у 4 пациенток, у 3 – с нарушением питания узла, у 2 – с гиалинозом.

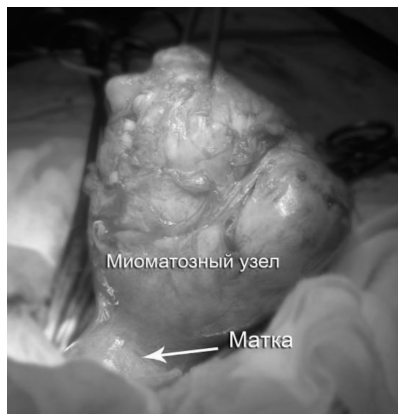
Все пациентки начиная с раннего послеоперационного периода подвергались комплексному консервативному лечению, включающему применение аГнРГ, КОК, гинолен-200 с целью профилактики рецидива заболевания и формирования полноценных рубцов. Срок реабилитации и возможного наступления беременности составлял 9–12 мес от даты проведения операции

У 4 женщин по истечении 12 мес отмечен рецидив опухоли в виде небольших 6–12 мм в диаметре узелков. Среди 20 женщин, желавших иметь детей после миомэктомии, у 2 пациенток в течение первого года наступила беременность, которая прогрессирует.

Показанием для оперативного вмешательства во время беременности во 2-й группе пациенток были признаки длительной угрозы прерывания на фоне узлов больших размеров и их быстрого роста при настоящей беременности у 4 женщин, ишемии и некроза миоматозных узлов – у 3. Средний возраст пациенток, подвергшихся миомэктомии, колебался от 27 до 44 лет, в среднем составил $34,2 \pm 2,8$ года. У 3 больных в анамнезе отмечены самопроизвольные выкидыши, у 2 – роды и у 2 – самопроизвольные аборты. Все операции проводили в плановом порядке после проведения



а)



б)

Рис. 2 а, б. Больная С., 29 лет, лапаротомия: консервативная миомэктомия

терапии, направленной на пролонгирование беременности, в сроках гестации 11–12 нед – у 3 женщин, 15–16 нед – у 2 женщин. Размер удаленных узлов составлял от 30 до 90 мм, в среднем 57 мм.

У 4 женщин определяли узлы моноузловой формы, величина узлов колебалась от 80 до 150 мм, в среднем 108 мм. Множественные узлы выявлены у 3 пациенток. Размеры узлов не превышали 65 мм. У всех женщин узлы залегали в толще миометрия. У женщин с множественными узлами были удалены только крупные узлы, препятствующие вынашиванию настоящей беременности. Удаление всех узлов создавало бы неблагоприятные условия для заживления раны на матке и прогрессирования беременности. Принимая во внимание высокий риск прерывания беременности после миомэктомии, в послеоперационный период назначали средства, направленные на пролонгирование беременности.

Из 7 пациенток, у которых консервативную миомэктомию проводили во время беременности, в 6 случаях удалось пролонгировать беременность, у 1 – произошел самопроизвольный выкидыш в сроке 15 нед беременности.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при выборе объема хирургического вмешательства у женщин детородного возраста, заинтересованных в сохранении менструальной и восстановлении репродуктивной функции, следует придерживаться принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии. Значение этой операции определяется возможностью созда-

ния благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушенной фертильностью.

Органозберігальний підхід у лікуванні міоми матки

Ю.К. Памфаміров, В.О. Заболотнов, О.В. Карапетян, І.Г. Волченко, Г.А. Пучкіна

Представлені результати обстеження і лікування 40 пацієнток репродуктивного віку з міомою матки, яким була проведена міомектомія лапаротомним доступом: у 33 жінок поза вагітністю, у 7 – під час вагітності. При виборі обсягу хірургічного втручання у жінок дітородного віку, зацікавлених у збереженні або відновленні репродуктивної функції, слід дотримуватися принципів реконструктивно-пластичної консервативної хірургії.

Ключові слова: міома матки, міомектомія, планування вагітності.

The organ-preserving treatment of uterine myoma Y.K. Pamfamirov, V.A. Zabolotnov, O.V. Karapetian, I.G. Volchenko, G.A. Puchkina

Presents the results of examination and treatment of 40 patients reproductive age with uterine myoma. They were undergone myomectomy by laparotomy: 33 women nonpregnant, 7 – during pregnancy. While choosing the volume of surgical intervention for women of childbearing age who are interested in saving or regeneration reproductive function, it is necessary to follow the principles of reconstructive-plastic conservative surgery.

Key words: uterine myoma, myomectomy, preconceptation.

Сведения об авторах

Памфаміров Юрій Константинович – Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, 95006, г.Симферополь, бульвар Ленина, 5/7. E-mail: karapetjan-ehdgar@rambler.ru

Заболотнов Виталий Александрович – Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского. 95006, г.Симферополь, бульвар Ленина, 5/7. E-mail: karapetjan-ehdgar@rambler.ru

Карапетян Ольга Владимировна – Городской клинический родильный дом №1, 95000, г. Симферополь, ул. Воровского, 8; тел.: (0652) 27-31-97

Волченко Илона Григорьевна – Городской клинический родильный дом №1, 95000, г. Симферополь, ул. Воровского, 8; тел.: (0652) 27-31-97

Пучкина Галина Анатольевна – Городской клинический родильный дом №1, 95000, г. Симферополь, ул. Воровского, 8; тел.: (0652) 27-31-97

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамьян Л.В., Ткаченко Э.Р. Современные аспекты лечения миомы матки // Медицинская кафедра. – 2003. – № 4 (8). – С. 110–118.
2. Бабунашвили Е.Л. Репродуктивный прогноз при миоме матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 24 с.
3. Ботвин М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста. Вопросы патогенеза, техника операции, система реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – С. 51.
4. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004.
5. Давыдов С.Н. О выборе рациональных разрезов на матке // Акушерство и гинекология. – 1955. – № 5. – С. 49–54.
6. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Ланчинский В.И. Лапароскопическая миомэк-

7. Корсак В.С., Щербина Л.А., Шелаява Е.В. Полный разрыв матки во время беременности после лапароскопической миомэктомии (описание случая) // Журн. акуш. и жен. болезней, 2005; 2: LIV: 108–112.
8. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. и др. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки // Рос. вестн. акуш-гин. – 2005; 5: 2: 74–76.
9. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 344 с.
10. Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Любченко Н.В. Некоторые аспекты отдаленных результатов гистерэктомии у женщин репродуктивного возраста // Акуш. и гин. – 2000. – № 3. – С. 12–14.
11. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреусенко В.Г. и др. Эндоскопическая миомэктомия: за и против // Вопр. акуш.

12. Савицкий Г.А. О хирургическом лечении миомы матки у женщин младшей возрастной группы // В сб.: Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщин. – С.-Петербург 1997; 160–161.
13. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб.: Элби, 2003. – 236 с.
14. Самойлова Т.Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – М., 2003. – 236 с.
15. Сидорова И.С., Зайратьянц О.В., Леваков С.А. Роль факторов роста и экстрацеллюлярного матрикса в патогенезе простой и пролиферирующей миомы матки // Врач. – М., 2004. – № 1. – С. 32–34.
16. Тихомиров А.Л. Рациональное использование современных возможностей в лечении миомы матки [Монография]. – М., 2007. – 46 с.

17. Фахрутдинова Э.Х. Репродуктивное здоровье женщин после консервативной миомэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004; 24.
18. Федорова Е.В., Липман А.Д., Ищенко А.И. и др. Эхографические и морфологические параллели в диагностике эпителиоидной лейомиомы матки. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. – № 4. – С. 46–51.
19. Nkemayim DC, Hammadeh ME, Hippach M: Uterine rupture in pregnancy subsequent to previous laparoscopic electromyolysis. Case report and review of the literature. Arch Gynecol Obstet 2000 Nov; 264 (3): 154–6.
20. Seracchioli R. Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy // Hum Reprod 15: 2663–8. – 2000.
21. Wittich A.C., Salminen E.R., Yancey M.K. Markenson G.R. Myomectomy during early pregnancy. Military medicine. – 2000; 165 (2): 162–4.