

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ (по данным Оренбургского клинического перинатального центра)

В период с 2006 по 2013 гг. ежегодно около 16,5% всех операций в гинекологическом стационаре ОКПЦ производится по поводу миомы матки. Соотношение радикальных и органосохраняющих вмешательств составляет 74,1 против 25,9%. Послеоперационный период у 19-22% пациенток протекает неблагоприятно, что требует разработки подходов к прогнозированию и профилактике инфекционно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: миома матки, заболеваемость, хирургическое лечение, осложнения.

Лидирующее положение в структуре невоспалительных заболеваний женской репродуктивной системы занимает миома матки, которая составляет до 30% гинекологической патологии [8]. Ей страдают 25-30% женщин старше 35 лет, а в последние годы заболевание все чаще обнаруживается в более молодом возрасте [3, 6, 9]. Миома матки оказывает негативное влияние на состояние здоровья, качество жизни и репродуктивную функцию женщин, что следует иметь в виду, учитывая наметившуюся тенденцию к планированию беременности в позднем репродуктивном возрасте. Несмотря на относительно высокую эффективность консервативной терапии миомы матки, хирургическое лечение остаётся ведущим. По литературным данным оперативные вмешательства по поводу миомы матки составляют около 45% абдоминальных вмешательств в гинекологии [5].

Цель исследования

Проанализировать заболеваемость миомой матки, хирургическую активность в отношении указанной патологии и частоту развития осложнений у прооперированных больных по данным Оренбургского клинического перинатального центра (ОКПЦ).

Материалы и методы

Данные официальной учётно-отчётной документации (конъюнктурные отчёты) ОКПЦ за 2006-2013 годы, а также ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных (форма №003/у) гинекологического отделения перинатального центра за 2011-2013 гг.

Полученные данные обработаны методами вариационной статистики с вычислением сред-

ней арифметической (M) и ее средней ошибки (m), а также с помощью регрессионного анализа [2].

Результаты и обсуждение

За последние 8 лет (2006-2013 гг.) количество пациенток с миомой матки не имеет тенденции к снижению и достигает $34,0 \pm 0,8\%$ от числа женщин, состоящих на динамическом учёте в женской консультации ОКПЦ. В гинекологическом отделении ОКПЦ ежегодно проводилось лечение 300-400 женщин с миомой матки, что составляло 13,6-17,5% всех госпитализированных больных.

При анализе динамики структуры заболеваемости с 2006 по 2013 годы в гинекологическом отделении ОКПЦ выявлено, что доброкачественные опухоли матки (миома матки) занимают 2-3 место, уступая патологии, связанной с невынашиванием беременности и бесплодием ($30,4 \pm 1,0\%$ – $38,5 \pm 1,5\%$), но конкурируя с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ), доля которых в этот период колебалась в диапазоне от $10,0 \pm 0,7\%$ до $19,7 \pm 0,9\%$.

На протяжении всего анализируемого срока наибольший удельный вес в стационаре имела патология, связанная с бесплодием и невынашиванием беременности (самопроизвольный выкидыш, замершая беременность, внематочная беременность), причём наблюдалось постепенное нарастание количества пациенток с указанными заболеваниями. Так, если в 2006 г. они составляли $30,4 \pm 1,0\%$ от всех госпитализированных больных, то к 2013 г. их доля возросла до $38,5 \pm 1,5\%$. Обращает на себя внимание тот факт, что с каждым годом растёт число пациенток с замершей беременностью ($5,8 \pm 0,5\%$ в 2006 г. против $13,6 \pm 0,8\%$ в 2013 г.), тогда как доля жен-

щин с самопроизвольными выкидышами остаётся на одном уровне, который в среднем составляет $18,0 \pm 0,8\%$. Второе и третье места по частоте встречаемости в разные годы делили между собой ВЗОМТ и миома матки. При этом наблюдалась следующая динамика – в 2006 г. среди стационарных больных ВЗОМТ регистрировались в $19,7 \pm 0,9\%$ случаев, но к 2013 г. доля пациенток с этой патологией уменьшилась до $10,0 \pm 0,7\%$. В то же время количество больных с миомой матки за этот период в гинекологическом отделении ОКПЦ претерпевало определенные колебания – с 2006 г. по 2009 г. наблюдалось снижение доли больных миомой матки с $17,0 \pm 1,0\%$ до $13,6 \pm 0,8\%$ соответственно, а затем отмечалась тенденция к нарастанию удельного веса данной патологии до $17,5 \pm 1,2\%$ в 2013 г. (коэффициент аппроксимации $R^2=0,71$). Вероятно, выявленная трансформация структуры гинекологической патологии в стационаре связана не с уменьшением общего количества больных с ВЗОМТ, а с улучшением диагностики и лечения данной патологии в амбулаторных условиях, в то время как число пациенток с миомой матки остается примерно на одном уровне, что вызывает понятное беспокойство.

Лечение больных миомой матки многокомпонентное и определяется рядом факторов: возрастом пациентки, состоянием её преморбидного фона, особенностями пато- и морфогенеза опухоли, формой, темпом роста и локализацией миоматозных узлов, отсутствием или наличием у женщины детей и др. Очевидным является необходимость сугубо индивидуального подхода к выбору метода лечения больной с данной патологией.

В настоящее время лечение миомы матки осуществляется как консервативным, так и оперативным способами. Консервативная (медикаментозная, гормональная) терапия миомы матки проводится с целью торможения роста или обратного развития опухоли и лечения симптомов заболевания (мено- и метроррагия, анемия и др.). Однако эффект от гормонального лечения носит временный характер, а при отмене препарата возобновляется рост и может наблюдаться рецидив опухоли [1, 8]. И хотя идёт постоянный поиск новых средств консервативной терапии миомы матки, хирургическое лечение данной патологии не утрачивает своей актуальности.

По данным ОКПЦ доля оперативных вмешательств по поводу миомы матки с 2006 г. по 2013 г. сохраняется на одном уровне, составляя в среднем около $16,5 \pm 0,3\%$ от всех проводимых в стационаре операций без тенденции к уменьшению. При этом выполнялись как радикальные (гистерэктомия в виде экстирпации или надвлагалищной ампутации матки), так и органосохраняющие операции в виде миомэктомии [5, 8, 10]. Соотношение радикальных и органосохраняющих операций по данным ОКПЦ в среднем составило $74,1 \pm 1,5\%$ против $25,9 \pm 1,5\%$, что сопоставимо с литературными данными, в соответствии с которыми доля радикальных операций достигает 80-95% [3, 5].

Если проследить динамику изменения удельного веса радикальных и органосохраняющих вмешательств в ОКПЦ по годам, можно отметить следующие закономерности (рис. 1):

- доля радикальных оперативных вмешательств медленно снижалась с $81,7 \pm 3,5\%$ в 2006 г. до $67,8 \pm 4,2\%$ в 2010 г., но к 2013 г. практически вернулась к прежнему уровню ($78,6 \pm 4,9\%$);

- доля органосохраняющих операций (миомэктомий) увеличивалась с 2006 по 2010 гг. в 1,8 раза (с $18,3 \pm 3,4\%$ до $32,2 \pm 4,2\%$ соответственно), но к 2013 г. несколько снизилась – $21,4 \pm 4,9\%$.

Таким образом, на настоящий момент прослеживается тенденция к нарастанию количества органосохраняющих оперативных вмешательств, которые позволяют женщинам репродуктивного возраста выполнить детородную функцию. Следует подчеркнуть, что в России в последние годы почти треть детей рождена женщинами старше 35 лет, в связи с этим следует придерживаться тактики преимущественно органосохраняющих операций особенно у пациенток, не реализовавших свои репродуктивные планы [3].

Хирургическое лечение миомы матки можно провести из различных доступов: абдоминальный (лапаротомный), лапароскопический, влагалищный, в том числе с лапароскопической ассистенцией, или путем гистерорезектоскопии. Выбор хирургического доступа зависит от величины матки, количества, размеров и локализации миоматозных узлов, а также от опыта и квалификации хирурга.

В 2006 г. наиболее распространенным доступом для проведения радикальных вмешательств была лапаротомия, которая составля-

ла $45,8 \pm 4,8\%$, несколько реже использовалась лапароскопия ($43,0 \pm 4,8\%$), а в $11,2 \pm 3,0\%$ случаев операции проводились путем влагалищной экстирпации матки с лапароскопической ассистенцией. На протяжении 8 лет наметилась тенденция к снижению применения лапаротомных и увеличению использования высокотехнологичных лапароскопических вмешательств. В 2013 г. по частоте применения на первое место выходит лапароскопия, составляя $50,9 \pm 6,2\%$, а второе место занимает лапаротомия ($39,6 \pm 6,2\%$). Влагалищная экстирпация с лапароскопической ассистенцией наращивает свой потенциал – в 2011 г. такие оперативные вмешательства составляли $25,3 \pm 4,9\%$ случаев, хотя в 2013 г. наблюдалось некоторое уменьшение числа подобных вмешательств, что, вероятнее всего, связано с особенностями расположения миоматозных узлов и невозможностью использования данного доступа (рис. 2).

В литературе среди клиницистов широко обсуждаются вопросы доступов при оперативных вмешательствах. В настоящее время большое число исследователей при проведении радикальных операций отдаёт предпочтение лапароскопии, которая имеет ряд преимуществ перед лапаротомией. К ним относятся: снижение кровопотери во время оперативного вмешательства, минимальная травматизация тканей, уменьшение времени длительности операции, небольшой срок госпитализации, отсутствие болевого синдрома, быстрая реабилитация женщин, минимизация послеоперационных спаек, эстетичность [1, 5, 11]. Кроме того, лапароскопические вмешательства сопровождаются менее интенсивной воспалительной, стрессовой реакцией и более благоприятным клиническим исходом, чем лапаротомия [11]. Но в некоторых клинических ситуациях отдаётся предпочтение лапаротомным вмешательствам:

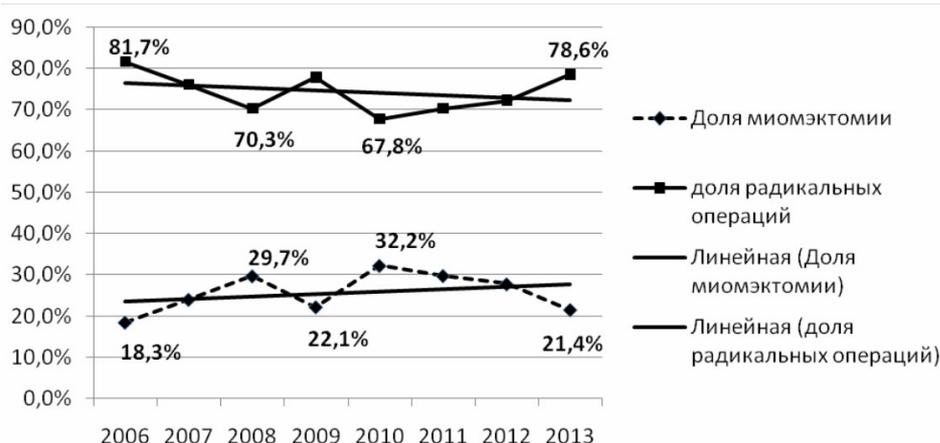


Рисунок 1. Доля радикальных и органосохраняющих операций в гинекологическом отделении ОКПЦ. Обозначения: По оси ординат – доля пациенток с данной патологией среди стационарных больных (%); по оси абсцисс – время наблюдения (годы)



Рисунок 2. Соотношение разных доступов для радикальных оперативных вмешательств при миоме матки в ОКПЦ. Обозначения: По оси ординат – доля пациенток, прооперированных соответствующим доступом (%); по оси абсцисс – время наблюдения (годы)

множественные интерстициальные миоматозные узлы более 7-10 см, а также при низкой шеечно-перешеечной локализации узлов, особенно по задней и боковой стенкам.

При проведении органосохраняющих операций (миомэктомия) выбор доступа во многом определяется локализацией миоматозного узла: при субмукозной миоме матки 0 и I типа предпочтительно проведение гистерорезектоскопии, при субсерозных узлах на ножке – лапароскопических операций, при интерстициальной миоме матки – операций, преимущественно, через лапаротомный доступ.

Анализ способов проведения миомэктомии в ОКПЦ показал (рис. 3), что в целом на протяжении 5 лет (с 2006 по 2010 гг.) чаще применялись гистерорезектоскопия (в среднем – $47,3 \pm 4,1\%$ случаев) и лапароскопический доступ ($35,3 \pm 3,9\%$), реже – лапаротомия ($17,3 \pm 3,9\%$).

Однако в 2011 и 2012 гг. картина изменилась – значительно (в 2,3-2,7 раза) увеличилось число лапаротомных миомэктомий (до 39,3-47,2%) на фоне снижения явного снижения количества гистерорезектоскопий (14,3-30,6%). Особенно четко это просматривалось в 2011 г., когда дополнительно наблюдалось уменьшение доли лапароскопических операций (до $22,2 \pm 6,9\%$).

Очевидно, такая динамика могла быть обусловлена несколькими обстоятельствами и, прежде всего, наличием в последние годы большой доли пациенток с субсерозной и интерстициальной локализацией миоматозных узлов, когда предпочтение отдается лапаротомическому вмешательству, а не гистерорезектоскопии или лапароскопической технологиям. Следует

учесть, что современные эндоскопические технологии не всегда способны обеспечить достаточно адекватное анатомическое сопоставление краёв раны на матке при выполнении миомэктомии, приводя примерно в 1% случаев к несостоятельности рубца на матке и риску ее разрыва во время последующей беременности и родов [8]. В этой связи ряд авторов предлагает ограничиться применением лапароскопической миомэктомии для удаления подбрюшинных узлов миомы на тонком и/или неглубоком основании, а в случаях межмышечных и подбрюшинных узлов на глубоком и широком основании у женщин репродуктивного возраста приоритетной операцией является мини-лапаротомия.

Любое хирургическое вмешательство в ряде случаев приводит к развитию осложнений, которые могут носить невоспалительный характер (кровотечение, гематома послеоперационного шва, подапоневротическая гематома, травматические повреждения – перфорация матки, ранение кишечника, мочевого пузыря, мочеточников и т.д.) или сопровождаться инфекционно-воспалительным процессом. Частота возникновения последнего у женщин, оперированных по поводу миомы матки, по разным данным, варьирует от 4 до 30% [7, 8]. К наиболее распространённым послеоперационным инфекционно-воспалительным осложнениям в гинекологической практике относятся инфильтрация и нагноение послеоперационных ран, перикюльтиты, инфильтраты придатков и малого таза, реже встречаются перитониты, абсцессы брюшной полости, пневмонии и сепсис. Частота таких осложнений после экстирпации матки в США составля-

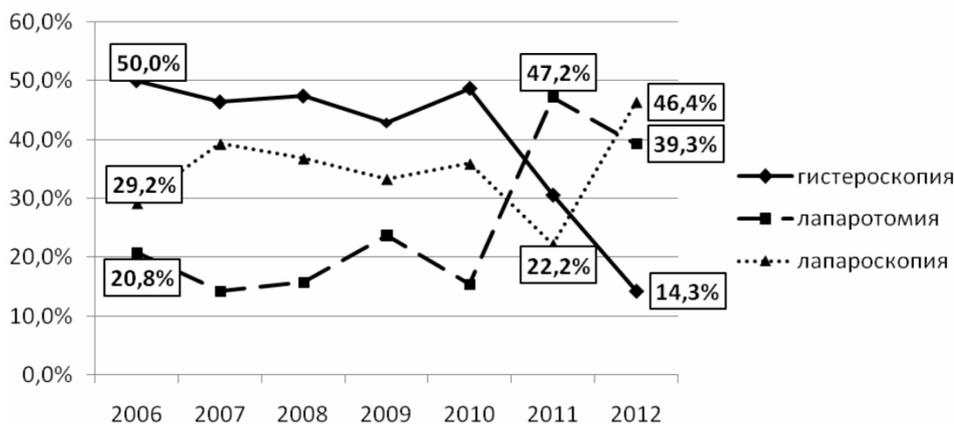


Рисунок 3. Использование разных доступов при проведении миомэктомии в ОКПЦ.
Обозначения: По оси ординат – доля пациенток, прооперированных соответствующим доступом (%); по оси абсцисс – время наблюдения (годы).

ет 11-23% [11], а в России этот показатель колеблется в диапазоне 7-28% [8]. При внутриматочных вмешательствах (гистероскопия, гистерорезектоскопия) инфекционно-воспалительные осложнения возникают у 5-43% пациенток [7].

При ретроспективном анализе медицинских карт стационарных больных (форма №003/у) гинекологического отделения ОКПЦ за 2011-2013 гг. выявлено, что послеоперационный период у пациенток с миомой матки в целом протекал благоприятно, но у 19-22% больных отмечалось его неблагоприятное течение с симптомами (маркерами) развития инфекционно-воспалительных осложнений. Это проявлялось в виде сохранения в течение 3-5 суток после операции слабости, недомогания, болевого синдрома в гипогастрии, субфебрильной температуры тела, а также таких маркеров воспалительной реакции как лейкоцитоз и повышение СОЭ. Наличие у пациенток указанных признаков обусловило необходимость дополнительного назначения им противовоспалительных (антибактериальных) препаратов.

Заключение

Результаты проведенного анализа свидетельствуют, что количество пациенток с миомой матки не имеет тенденции к снижению, а хирургическая активность в отношении данной патологии сохраняется на одном уровне. При этом увеличивается число органосохраняющих операций в сравнении с радикальными. Однако у больных с миомой матки выбор хирургического вмешательства (от консервативной миомэктомии до радикальной гистерэктомии) и адекватного доступа для его выполнения должен базироваться на персонифицированном подходе, учитывающем характер и особенности данной патологии у конкретной пациентки.

Поскольку хирургическое лечение остаётся ведущим методом терапии миомы матки и существует риск развития послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений, разработка подходов к их прогнозированию и профилактике является актуальной задачей гинекологии.

21.11.2014

Работа поддержана грантом Правительства Оренбургской области в сфере научной и научно-технической деятельности в 2014 году

Список литературы:

1. Адамян Л.В., Жаченко Э.Р. Современные аспекты лечения миомы матки // Медицинская кафедра. – 2003. – № 4 (8). – С. 110-118.
2. Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Высшая школа. - 1990. 352 с.
3. Радзинский В.Е., Пиддубный М.И., Багаева Т.В., Кочетов А.Г., Гончаревская З.Л., Бурлакова Л.А. Профилактика воспалительных осложнений при малых гинекологических операциях // Гинекология. – 2002. – Т. 4. – № 2. – С. 76-78.
4. Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф. Миома матки – курс на органосохранение / Информационный бюллетень. Редакция журнала Status Praesens. – 2014. – 24 с.
5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология. М., - 2004. 474 с.
6. Сидорова И.С. Миома матки. М., - 2003. 255 с.
7. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. М., - 1996. 256 с.
8. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М., Лебедев В.М. Доброкачественные заболевания матки. М., - 2011. 281 с.
9. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – 3 (6). – С. 62-69
10. Duhan N. Current and emerging treatments for uterine myoma - an update // Int J Womens Health. – 2011. – V. 8 (3). - P. 231-241.
11. Holub Z., Jabor A., Kliment L., Sprongl L. Inflammatory responses after laparoscopic uterine myomectomy compared to open surgery in current clinical practice // Saudi Med J. – 2006. – V. 27 (11). – P. 1693-697.

Сведения об авторах:

Тяпаева Яна Викторовна, аспирант 3 года обучения кафедры акушерства и гинекологии Оренбургского государственного медицинского университета, e-mail: YanaG31@yandex.ru

Симонов Алексей Александрович, заведующий гинекологическим отделением ГБУЗ «Оренбургский клинический перинатальный центр», кандидат медицинских наук, e-mail: simonov.alex12@yandex.ru

Константинова Ольга Дмитриевна, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Оренбургского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: const55@mail.ru

Гриценко Виктор Александрович, ученый секретарь Президиума Оренбургского научного центра УрО РАН, заведующий лабораторией Института клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: vag59@mail.ru