

УДК 618.3:616.94

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ МИОМЕ МАТКИ
ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ**

Д.В.Джакупов, Д.А.Касенова, В.Н.Локшин*

**SPECIFICS OF POSTOPERATIVE PERIOD IN UTERINE FIBROID AFTER UTERINE ARTERY
EMBOLIZATION AND LAPAROSCOPIC CONSERVATIVE MYOMECTOMY**

D.V.Dzhakupov, D.A.Kasenova, V.N.Lokshin*

Институт медицинского образования НовГУ

**Институт репродуктивной медицины, Алматы, Республика Казахстан*

Проведен сравнительный анализ течения послеоперационного периода у 107 пациенток с миомой матки, находившихся на лечении в гинекологическом отделении Института репродуктивной медицины в 2011-2014 гг. В I группе у 42 пациенток с миомой матки была произведена эмболизация маточных артерий (ЭМА), во II группе у 65 женщин — лапароскопическая консервативная миомэктомия с применением интраоперационной временной окклюзии маточных или внутренних подвздошных артерий (ИВОМВПА). По возрасту, давности появления и структуре клинической симптоматики исследуемые группы соответствовали друг другу. Сравнительный анализ параметров, характеризующих течение послеоперационного периода через 3 суток после операции, показал, что в I группе, где производили ЭМА, достоверно чаще, чем во II, после консервативной миомэктомии с ИВОМВПА, сохранялись клинические симптомы, характерные для

компрессии миомой нервных образований и окружающих органов (боли в низу живота, учащенное мочеиспускание, увеличение живота, чувство инородного тела в полости таза). Более того, в I группе длительное время сохранялась гипертермия и признаки эндогенной интоксикации, вследствие образования эндотоксинов на фоне ишемии матки. Таким образом, целесообразно продолжить исследования в отношении эффективности и безопасности применения ЭМА при лечении миомы матки.

Ключевые слова: *миома матки, эмболизация маточных артерий, консервативная миомэктомия, послеоперационный период*

We conducted a comparative analysis of postoperative period in 107 patients with uterine fibroid who were treated in the gynecological department of the Institute for Reproductive Medicine in 2011-2014. In the Group I, 42 patients with uterine myoma were subjected to uterine artery embolization (UAE); in the Group II, 65 women were subjected to laparoscopic conservative myomectomy using intraoperative temporary occlusion of the uterine or internal iliac arteries (ITOUIIA). The studied groups were matched by age, symptoms onset and their structure. The comparative analysis of the parameters characterizing the postoperative period in 3 days after surgery showed that the Group I, subjected to UAE, significantly more often than the Group II, after conservative myomectomy with ITOUIIA, maintained clinical symptoms of uterine compression of nerve structures and surrounding organs (pain in the lower abdomen, frequent urination, abdominal enlargement, foreign body sensation in the pelvic cavity). Moreover, some hyperthermia and signs of endogenous intoxication due to formation of endotoxins on the background of uterine ischemia remained in the Group I for a long time. Thus, it is advisable to continue researches into the efficiency and safety of uterine fibroid treatment with UAE.

Keywords: *uterine fibroid, uterine artery embolization, conservative myomectomy, postoperative period*

Актуальность

Частота выявления больных с миомой матки неуклонно растет, что является значимой проблемой для женщин, не реализовавших свою репродуктивную функцию [1]. При этом стратегия хирургического лечения данной патологии предусматривает два основных варианта хирургического лечения, а именно: радикальное удаление матки в соответствии с принципом «нет органа — нет проблемы» и консервативную миомэктомию, при которой производят удаление миомы, но саму матку сохраняют [2].

При выполнении радикальных операций классической лапаротомии пришли на смену различные варианты миниинвазивных, значительно менее травматичных операционных доступов, среди которых ведущее место принадлежит эндовидеохирургическим вариантам [3,4].

В то же время удаление матки, особенно при нереализованной репродуктивной функции, является мощным психоэмоциональным стрессором для женщины, а также сопровождается различными нейроэндокринными нарушениями, коррекция которых порой занимает длительное время, а иногда лечение проводится в течение всей последующей жизни.

В последнее время конкурирующими вариантами миниинвазивных органосохраняющих вмешательств на матке являются лапароскопическая консервативная миомэктомия и эндоваскулярная эмболизация маточных артерий [4,5].

Следует отметить, что частота наступления беременности после консервативной миомэктомии составляет 27,1-73,2% [6]. При этом к недостаткам консервативной миомэктомии относят кровотечение из ложа удаляемых миоматозных узлов и саму интраоперационную кровопотерю как таковую. Применение временной окклюзии маточных либо внутренних подвздошных артерий во время операции позволило устранить эти недостатки, оптимизировать условия ее выполнения.

Проведение эмболизации маточных артерий при миоме матки за счет снижения интрамурального

кровотока и регрессии миоматозных узлов позволило уменьшить травматичность лечения, а информация о наступлении беременности после ее проведения на фоне миомы матки позволила рекомендовать эмболизацию маточных артерий женщинам, желающим забеременеть [6,7].

Цель исследования: сравнить результаты лечения, клиническую картину, удовлетворенность проведенным лечением у женщин репродуктивного возраста после консервативной миомэктомии с интраоперационной временной окклюзией маточных или внутренних подвздошных артерий (ИВОМВПА) и после эмболизации маточных артерий (ЭМА).

Материалы и методы

В основу нашего исследования был положен анализ результатов лечения 107 пациенток с миомой матки, находившихся на лечении в гинекологическом отделении Института репродуктивной медицины в 2011-2014 гг.

В зависимости от особенностей проведенного лечения больных разделили на 2 группы.

В I группу вошли 42 пациентки с миомой матки, которым была произведена ЭМА.

Во II группе у 65 женщин была произведена лапароскопическая консервативная миомэктомия с применением ИВОМВПА для профилактики интраоперационной кровопотери и снижения травматичности операции.

Средний возраст женщин в I группе составил $35,6 \pm 1,8$ лет, во II группе — $33,8 \pm 1,4$ года, при этом достоверных различий между группами по возрасту не было ($p > 0,05$).

Учитывая, что женщины обращались за медицинской помощью только после клинической манифестации патологического процесса, выявить длительность заболевания не представлялось возможным.

Соответственно, мы опирались на время, прошедшее от клинической манифестации и установления диагноза миома матки (табл.1).

Таблица 1
Время от начала манифестации
клинической симптоматики миомы матки до операции

Время появления симптоматики	I группа		II группа	
	До 6 месяцев	21	50,0±87,7	28
6-12 месяцев	12	28,5±6,9	18	27,7±5,5
1-3 года	7	16,7±5,6	14	21,5±5,1
Более 3 лет	2	4,8±3,0	5	7,7±3,2

Было установлено, что большинство больных были направлены на оперативное лечение в течение первого года от начала манифестации клинической симптоматики. При этом достоверность различия в сроках от начала появления клинических симптомов миомы матки до оперативного лечения были недостоверными ($p > 0,05$).

Показанием к оперативному лечению являлся установленный диагноз — симптомная миома матки. Наиболее частыми клиническими проявлениями миомы матки были боли в низу живота, меноррагии и репродуктивные нарушения (бесплодие, невынашивание и недонашивание беременности), другие симптомы выявлялись реже.

Таблица 2
Клиническая симптоматика миомы матки
в исследуемых группах

Жалобы	I группа		II группа	
	Боль в низу живота	22	52,4±7,6	32
Меноррагии	21	50,0±7,7	36	53,4±6,1
Репродуктивные нарушения	16	38,1±7,4	21	32,3±5,7
Учащенное мочеиспускание	9	21,4±6,2	14	21,5±5,1
Увеличение живота	2	4,8±3,0	5	7,7±3,2
Ощущение инородного тела в полости таза	6	14,3±5,3	12	18,5±4,7

Следует отметить, что достоверных различий в структуре клинической симптоматики миомы матки выявлено не было ($p > 0,05$).

У 20 (47,6±7,6%) больных в I и у 33 (50,8±6,2%) во II группе были выявлены множественные миомы матки ($p > 0,05$). При этом в подавляющем большинстве случаев были выявлены либо средние, либо крупные размеры миоматозных узлов: в I группе — у 16 (38,1±7,4%) и 19 (45,2±7,6%), а во II группе — у 14 (21,5±5,1%) и 32 (49,2±6,2%) соответственно. При этом достоверных различий между исследуемыми группами выявлено не было ($p > 0,05$).

Критериями для оценки течения послеоперационного периода в исследуемых группах являлись гипертермия, болевой синдром и динамика клинической симптоматики.

Оценивали сохранение болей в низу живота, учащенное мочеиспускание, увеличение живота, ощущение наличия инородного тела в полости таза. Кроме того, оценивали и боли в зоне выполнения оперативных вмешательств.

Достоверность различий при оценке параметров, характеризующих течение послеоперационного периода, проводили по формуле и таблице Стьюдента.

Результаты

Сравнительный анализ параметров, характеризующих течение послеоперационного периода, показал, что в I группе, где производили ЭМА, боли в области выполнения вмешательства отсутствовали (табл.3).

Таблица 3
Частота выявления параметров
течения послеоперационного периода
в исследуемых группах через 3 суток после операции

Исследуемые показатели	I группа		II группа	
	Боли в области вмешательства	—	—	53
Гипертермия	37	88,1±5,0	7	10,7±3,7*
Боль внизу живота	22	52,4±7,6	14	21,5±5,1*
Учащенное мочеиспускание	9	21,4±6,2	1	1,5±1,2*
Увеличение живота	2	4,8±3,0	—	—
Ощущение инородного тела в полости таза	6	14,3±5,3	—	—

* достоверность различий между группами

В отличие от этого, во II группе у 53 (81,5±4,7%) пациенток отмечались умеренные боли в области ран на передней брюшной стенке, что достоверно превышало показатели в I группе ($p < 0,05$). При этом боли быстро регрессировали и уже через 2-3 суток практически не беспокоили больных.

Закономерным является то, что симптомы, непосредственно связанные с наличием миомы, ее давлением на нервные окончания и окружающие органы, сохранились у всех больных в I группе, поскольку эффект от ЭМА отсроченный и появляется только после уменьшения размеров миомы.

Во II группе, напротив, отмечалась выраженная регрессия данной клинической симптоматики. При этом увеличение живота и чувство инородного тела отсутствовали, хотя ввиду малого числа больных с этими симптомами в исследуемых группах различия между ними были недостоверными ($p > 0,05$).

В то же время компрессионные боли в животе и учащенное мочеиспускание, связанные с воздействием миоматозной матки на нервные образования и окружающие органы, через 3 суток после операции выявлялись у достоверно меньшего числа

больных ($p < 0,05$), чем в I, где была произведена ЭМА.

Особого внимания заслуживает длительно сохраняющаяся гипертермия у больных I группы, частота которой достоверно превышала показатели во II ($p < 0,05$). Вероятно, это было связано с тем, что на фоне ишемии на фоне ЭМА отмечалась некротизация тканей стенки матки, в том числе и миомы, приводящая к гипертермической реакции на поступление в кровоток продуктов распада.

Обсуждение

Сравнительный анализ динамики параметров, характеризующих послеоперационный период, показал, что у больных, перенесших консервативную миомэктомию, выполненную через лапароскопический доступ с применением ИВОМВПА, клиническая симптоматика, связанная с миомой матки, регрессирует быстрее, а общее течение и восстановление после операции происходит быстрее, чем после ЭМА.

Перспективными представляются дальнейшие исследования, направленные на изучение изменения морфологической структуры матки в зоне операции при консервативной миомэктомии и в зоне миотомии узла и всего органа после ЭМА.

По нашему мнению, существует вероятность увеличения удельного веса соединительной ткани в стенке матки после ЭМА, что может привести к снижению сократительной способности миометрия и ставит под сомнение целесообразность родов per vias naturalis у этих женщин.

1. Юзько А.М., Онищук О.Д., Юзько Т.А. Этиология, патогенез и новые возможности неоперативного лечения миомы матки // Украинская ассоциация репродуктивной медицины. 2008. №1. С.14-22.
2. Parker W.H. Uterine myomas: management // Fertil Steril. 2007. V.88. P.255-271.
3. Беженарь В.Ф., Медведева Н.С., Айламазян Э.К. Современная стратегия и хирургическая техника при лапароскопической миомэктомии // Мед. эксперт. Здоровье женщины. 2010. №4. С.16-20.

4. Салехов С.А., Гатин Р.Ф., Алексеева Т.А. Перманентная блокада генитально-генитального рефлекса после операции на маточных трубах // Вестник НовГУ. 2014. №78. С.66-68.
5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы // Акушерство и гинекология. 2007. №5. С.54-58.
6. Коротких И.Н., Кураносова И.Ю. Оценка репродуктивного здоровья женщин после консервативной миомэктомии // Журн. теорет. и практ. медицины. 2007. Т.5. №1. С.38-40.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin: alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas // Obstet Gynecol. 2008. V.112 P.387-400.

References

1. Iuz'ko A.M., Onishchuk O.D., Iuz'ko T.A. Etiologiya, patogenez i novye vozmozhnosti neoperativnogo lecheniia miomy matki [Etiology, pathogenesis, and new opportunities for non-operative treatment of uterine fibroids]. Ukrainskaia assotsiatsiia reproduktyvnoi meditsyny [Ukrainian Association of Reproductive Medicine], 2008, no. 1, pp. 14-22.
2. Parker W.H. Uterine myomas: management. Fertility and Sterility, 2007, vol. 88, pp. 255-271.
3. Bezhenar' V.F., Medvedeva N.S., Ailamazian E.K. Sovremennaia strategiya i khirurgicheskaia tekhnika pri laparoskopicheskoi miomektomii [Modern strategy and surgical technique in laparoscopic myomectomy]. Zdorov'e zhenshchiny – Woman's Health, 2008, no. 4, pp. 22-26.
4. Salekhov S.A., Gatin R.F., Alekseeva T.A. Permanentnaia blokada genital'no-genital'nogo refleksa posle operatsii na matochnykh trubakh [Permanent blockade of genital-genital reflex after surgery on the fallopian tubes]. Vestnik NovGU. Ser. Meditsinskie nauki – Vestnik NovSU. Issue: Medical Sciences, 2014, no. 78, pp. 66-68.
5. Savel'eva G.M., Breusenko V.G., Kapranov S.A., Kurtser M.A., Krasnova I.A., Bobrov B.Iu. Embolizatsiia matochnykh arterii v lechenii miomy matki: dostizheniia i perspektivy [Uterine artery embolization in the treatment of uterine fibroids: achievements and prospects]. Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and Gynecology, 2007, no. 5, pp. 54-58.
6. Korotkikh I.N., Kuranosova I.Iu. Otsenka reproduktyvnogo zdorov'ia zhenshchin posle konservativnoi miomektomii [Evaluation of the reproductive health of women after conservative myomectomy]. Zhurnal teoreticheskoi i prakticheskoi meditsyny, 2007, vol. 5, no. 1, pp. 38-40.
7. ACOG practice bulletin, "Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas." Obstetrics and Gynecology, 2008, vol. 112, no. 2, part 1, pp. 387-400.