



ЕСЕНЕЕВА Ф.К., ШАЛАЕВ О.Н., САЛИМОВА Л.Я., ОРДИЯНЦ Е.Г.,
ИГНАТЕНКО Т.А., МУРАТЧАЕВА Д.М., ЕРМОЛОВА Е.А.
*Российский университет дружбы народов,
г. Москва*

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Миома матки является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, которое встречается у 35-50 % женщин после 35 лет. После 45 лет частота встречаемости миомы матки достигает 60-70 %. С января 2006 г. по январь 2012 г. произведено 85 влагалищных миомэктомий через передний или/и задний кольпотомный доступ с удалением 1-12 миоматозных узлов до максимального диаметра 12 см, субсерозной, интрамуральной, перешеечной, интралигаментарной, фундальной локализации. Средний возраст пациенток – 32 года (24-42). Проведенное исследование подчеркивает эффективные, безопасные, эстетичные преимущества кольпотомного доступа в гинекологической практике.

Ключевые слова: миома матки; влагалищная хирургия.

ESENEEVA F.K., SHALAEV O.N, SALIMOVA L.J., ORDIYANTS I.M.,
IGNATENKO T.A., MURATCHAEVA D.M., ERMOLOVA E.A.
Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

MINI-INVASIVE ACCESS IN TREATMENT UTERUS MYOMAS

Background: In spite of the fact that laparotomic myomectomy is considered more reliable currently both surgeons and patients in particular the ones of reproductive age prefer laparoscopic route. And one of the most common reasons is its cosmetic effect. Obsession with minimal invasive methods leads to weak scars in the uterus.

According to statistics one of the often cause uterus rupture is myomectomy. With the increase of the amount of myomectomy in the world we can expect the rise in such complications. As Covac said, uterine rupture is a potential complication of any myomectomy, but the uterine repair is likely to be considerably stronger with vaginal than laparoscopic suturing. We agree with such point of view.

Key words: myoma; vaginal surgery.

Миома матки является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, которое встречается у 35-50 % женщин после 35 лет. После 45 лет частота встречаемости миомы матки достигает 60-70 %. Консервативная миомэктомия является наиболее целесообразной в восстановлении репродуктивной и менструальной функций, однако в настоящее время существует ряд противоречий в отношении показаний и техники операции. Заметный рост частоты миомы матки среди женщин репродуктивного возраста, а также увеличение за последние годы встречаемости данной патологии в подростковом возрасте, заставляет постоянно возвращаться к вопросам этиопатогенеза, казалось бы, уже изученного заболевания, и совершенствовать мероприятия, направленные на улучшение репродуктивного здоровья. Проблема восстановления фертильности у женщин с миомой матки, несмотря на огромное количество исследований, не потеряла своей актуальности. Патогенез нарушений репродуктивной системы при миоме матки и ее восстановление после операций продолжает пристально изучаться.

Данных о негативном воздействии миомы матки на реализацию репродуктивной функции накоплено немало: до 81,2 % осложненного течения беременности, угроза преждевременного прерывания достигает 77 %, ФПН — 39,6 % случаев [1]. Риск послеродовых кровотечений возрастает до 17 % при локализации плаценты в области узла. Риск некроза миоматозного узла увеличивается в любом сроке гестации [2]. Среди оперированных по поводу миомы матки каждая четвертая пациентка в возрасте до 40 лет [3]. Неоспоримо то, что основной целью произведенных операций является успешное осуществление генеративной

функции после миомэктомии. В настоящее время рубец на матке имеется у 4-8 % беременных и рожениц.

В последние годы, особенно за рубежом, в связи с новыми достижениями в оперативной технике и послеоперационном ведении больных, растет процент самопроизвольных родов у женщин с рубцом на матке. Исходы таких родов по данным разных исследователей неоднозначны. По данным различных авторов, частота наступления беременности после миомэктомии колеблется от 33,5 до 71 % наблюдений [4]. В связи с этим, вопросы ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после миомэктомии являются актуальной проблемой современного акушерства. Особенности течения беременности и развития плода у женщин после миомэктомии в значительной степени определяются функциональным состоянием фето-плацентарного комплекса и объемом перенесенного оперативного вмешательства.

Буянова С.Н., Мгелиашвили М.В., Петракова С.А. (2009) в результате проведенных исследований по оценке состояния фетоплацентарной системы у женщин с рубцом на матке после миомэктомии пришли к выводу, что беременность, наступившая после миомэктомии, с ранних сроков характеризуется высокой частотой невынашивания (41,2 %), что требует раннего профилактического назначения препаратов, направленных на ее сохранение; риск невынашивания беременности значительно возрастает у пациенток с имплантацией плодного яйца в проекции рубца на матке (63,3 %), после миомэктомии, произведенной в связи с множественными (43,6 %) и крупными (более 5 см) узлами миомы (41,9 %), после удаления интерстициальных и субмукозных узлов (50 %), а также после операций, произведенных со вскрытием полости матки (62,5 %) [5].

На основании изучения литературных данных последних лет можно сделать вывод, что проблема улучшения репродуктивного здоровья после консервативной миомэктомии целенаправленно

Корреспонденцию адресовать:

ШАЛАЕВ Олег Николаевич,
117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8,
РУДН, Медицинский факультет.

изучается, но еще многое не решено на сегодняшний день.

С января 2006 г. по январь 2012 г. произведено 85 влагалищных миомэктомий через передний или/и задний кольпотомный доступ с удалением 1-12 миоматозных узлов до максимального диаметра 12 см, субсерозной, интрамуральной, перешеечной, интралигаментарной, фундальной локализации. Средний возраст пациенток 32 года (24-42). Первичное бесплодие зафиксировано у 24 % пациенток, вторичное — у 12 %, привычным невынашиванием страдали 24 %, что вполне сопоставимо с данными авторитетных исследователей. Жалобы на нарушение менструального цикла по типу меноррагий предъявляли 32 % женщин, тазовыми болями и вторичной дисменореей страдали 12 %, у 2 пациенток выявлен синдром нарушения функции соседних органов. ИМТ 27 (21-36 кг/м²). 28 % пациенток имели в анамнезе влагалищные роды, 12 % — анамнез кесарева сечения. В рамках предоперационного обследования количество, локализация, взаиморасположение, вариант кровоснабжения миоматозных узлов определялись трансвагинальным, трансабдоминальным УЗИ. Однако при большом количестве миоматозных узлов (> 5) уточнение описанных характеристик, проведение дифференциации от объемных образований придатков матки производилось методом МРТ [6, 7].

Оперативные вмешательства произведены под эпидуральной анестезией. Большие миоматозные узлы удалены методом кускования. Вскрытие полости матки зафиксировано в 12 % случаев с послойным ушиванием дефекта синтетическим рассасывающимся материалом 2-0/3-0. Среднее время операции составило 60 минут (при вариации 30-105 минут). Кровопотеря 150 мл (при вариации 60-420 мл). В 72 % случаев первым этапом оперативного вмешательства была лечебно-диагностическая лапароскопия для уточнения состояния органов малого таза, определения проходимости маточных труб, реконструктивно-пластических операциях на последних, прошивание миоматозных узлов для облегчения мобилизации последних кольпотомно. Сочетание миомы матки с трубно-перитонеальным фактором бесплодия зафиксировано у 28 %. Явления аденомиоза, наружного генитального эндометриоза интраоперационно зафиксированы в 8 % наблюдений. 8 % операций были симультанными с резекцией ткани яичника по поводу дермоидной кисты. 1 случай — эндометриозной по результатам гистологического исследования. При повышенной кровоточивости тканей, удалении большого количества миоматозных узлов, продолжительных симультанных вмешательствах выполнялось дренирование полости малого таза через заднее

Сведения об авторах:

ЕСЕНЕЕВА Фарида Кумратовна, клин. ординатор, кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский факультет РУДН, г. Москва, Россия.

ШАЛАЕВ Олег Николаевич, доктор мед. наук, профессор, кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский факультет РУДН, г. Москва, Россия.

САЛИМОВА Лейла Яшаровна, докторант, кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский факультет, РУДН, г. Москва, Россия.

ОРДИЯНЦ Елена Георгиевна, аспирант, кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский факультет, РУДН, г. Москва, Россия.

ИГНАТЕНКО Т.А., аспирант, кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский факультет, РУДН, г. Москва, Россия.

МУРАТЧАЕВА Джамиля Мусаевна, клин. ординатор, кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский факультет РУДН, г. Москва, Россия.

ЕРМОЛОВА Елена Андреевна, клин. ординатор, кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский факультет РУДН, г. Москва, Россия.

Information about authors:

ESENEEVA Farida Kumratovna, the clinical intern, department of obstetrics and gynecology, Faculty of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia.

SHALAEV Oleg Nikolaevich, doctor of medical sciences, professor, department of obstetrics and gynecology, Faculty of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia.

SALIMOVA Leila Yasharovna, doctoral candidate, department of obstetrics and gynecology, Faculty of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia.

ORDIYANC Elena Georgievna, postgraduate student, department of obstetrics and gynecology, Faculty of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia.

IGNATENKO T.A., postgraduate student, department of obstetrics and gynecology, Faculty of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia.

MURATHAEVA Dgamilja Musaevna, the clinical intern, department of obstetrics and gynecology, Faculty of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia.

ERMOLOVA Elena Andreevna, the clinical intern, department of obstetrics and gynecology, Faculty of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia.

кольпотомное отверстие продолжительностью до 24 часов.

Разрыв матки по линии послеоперационного рубца можно рассматривать как потенциальное осложнение любой гистеротомии, но ручной шов, выполненный влагалищным доступом, является более надежной мерой профилактики возможного. Проведенное исследование подчеркивает эффективные, безопасные, эстетичные преимущества кольпотомного доступа в гинекологической практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Савельева, Г.М. Гинекология /Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. – М., 2005. – С. 431.
2. Кулаков, В.И. Руководство по оперативной гинекологии /Кулаков В.И., Селезнева Н.Д. – М., 2006. – 640 с.
3. Петракова, С.А. Роль ультразвукового исследования в диагностике миомы матки /Петракова С.А., Мгелиашвили М.В. //Рос. вестн. акуш.-гинеко. – 2009. – Т. 9, № 2. – С. 35-38.
4. Петракова, С.А. Особенности прегравидарной подготовки больных с миомой матки /С.А. Петракова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.
5. Буянова, С.Н. Оценка эффективности прегравидарной подготовки больных с миомой матки /Буянова С.Н., Мгелиашвили М.В., Петракова С.А. //Проблемы репродукции: Матер. 3-го междунар. конгр. по репрод. медицине. – М., 2009. – С. 230.
6. Буянова, С.И. Репродуктивный прогноз при миоме матки /Буянова С.И., Логутова Л.С., Горбунова Т.Н. //Рос. вестн. акуш.-гинеко. – 2003. – Т. 3, № 4. – С. 47-49.
7. Клиническое значение новых ультразвуковых диагностических технологий в репродуктивном прогнозе при миоме матки и беременности /Буянова С.Н., Титченко Л.И., Бабунашвили Е.Л. и др. //Мать и дитя: Матер. 9-го Всерос. форума. – М., 2007. – С. 38.

