

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

**ЖУКОВА Н.П., ДЕЙКАЛО Н.С., АРЕСТОВА И.М.,
КИСЕЛЕВА Н.И., КОЖАР Е.Д.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет;
кафедра акушерства и гинекологии*

Резюме. Лейомиома или одно из самых распространенных заболеваний женской половой системы и доброкачественных образований половых органов женщин, около 20% женского населения в возрасте старше 18 лет лишаются матки в результате хирургического лечения. В связи с тем, что гистерэктомия лишает женщину ее специфических функций (менструальной и генеративной) и приводит к значительным изменениям в гипоталамо–гипофизарно–яичниковой системе, в современной оперативной гинекологии расширяются показания к органосохраняющим оперативным вмешательствам и прослеживается тенденция максимально бережного отношения к матке.

Ключевые слова: лейомиома матки, миомэктомия, гистерорезектоскопия, эмболизация маточных артерий.

Abstract. Leiomyoma is one of the most widespread diseases of female sexual system and benign tumors of genitals of women. About 20% of the female population at the age above 18 years lose the uterus as a result of surgical treatment. As hysterectomy deprives the woman of her specific functions (menstrual and generative) and leads to significant changes in hypothalamohypophysial ovarian system, in modern operative gynecology indications to organ saving surgical interventions expand and the tendency of maximally careful attitude to the uterus is traced.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь,
210026, г. Витебск, ул. 2-ая Садовая, д. 15, кв. 45,
e-mail: jukovka1@yandex.ru. – Жукова Н.П.

Миома матки – одна из самых распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов, развивающаяся из мышечных и соединительнотканых элементов. В зависимости от соотношения мышечной или соединительнотканной структуры эта опухоль ранее имела различные названия: миома, фиброма, фибромиома. В современной гинекологии, большинство авторов считают более правильным термин "миома" (лейомиома), так как развитие этой опухоли, происходит при гиперплазии мышечных элементов мезенхимального происхождения [1, 2].

По данным зарубежных и отечественных ученых миомой матки страдают 25–30% женщин старше 35 лет, а в последние годы заболевание все чаще

обнаруживается в молодом возрасте (18-35 лет) [3, 4]. Сложившееся ранее представление, что лейомиома матки – это болезнь перименопаузального возраста, привело к тому, что в подавляющем большинстве случаев к моменту постановки диагноза миоматозные узлы достигают больших размеров и требуют оперативного вмешательства. В ряде исследований отмечается, что с момента начала роста миомы до появления первых симптомов заболевания проходит в среднем 6-8 лет. По мнению ряда ученых и по нашему мнению, необходимо ввести ультразвуковое сканирование матки в скрининговое обследование женщин репродуктивного возраста, начиная с 18-летнего возраста, что позволит уменьшить число оперативных вмешательств по поводу больших размеров миоматозных узлов и сведет лечение данного заболевания преимущественно к консервативному [5, 6].

До настоящего времени около 50-70% больных миомой матки подвергаются оперативному лечению, а данное заболевание продолжает оставаться наиболее частой причиной операций в гинекологии, составляя 80% плановых хирургических вмешательств [7]. Многие исследователи отмечают, что радикальное хирургическое вмешательство имеет для женщины особое значение, так как связано не только с потерей определенного органа, но и с тем, что приводит к необратимому бесплодию, утрате менструальной функции, значительным изменениям в гипоталамо- гипофизарно-яичниковой системе, вегетососудистым и психоэмоциональным расстройствам. Кроме того, многие женщины связывают с операцией на половых органах потерю сексуальности, женской привлекательности, молодости [8, 9, 10].

В современной оперативной гинекологии прослеживается тенденция максимально бережного отношения к матке. Большинство клиницистов подчеркивают важность выполнения органосберегающих операций не только с целью сохранения репродуктивной функции, но и исходного «качества» жизни [3, 4].

В нашей стране буквально до 80 годов XX века гинекологам практически не приходилось выбирать метод терапии после постановки диагноза “миома матки”. Гистерэктомия являлась основной тактикой лечения данного заболевания и лишь изредка, для сохранения репродуктивной функции молодым женщинам выполнялась консервативная миомэктомия. При этом показаниями к экстирпации матки являлись возраст женщин (старше 45 лет); наличие фоновых заболеваний шейки матки (истинных эрозий, эктопий), а также ее деформации вследствие старых послеродовых разрывов и изменений, связанных с диатермокоагуляцией или криодеструкцией; фолликулярные кисты яичников; простая гиперплазия эндометрия (без проведения попытки консервативного лечения). При возрасте женщины после 48 лет вообще рекомендовалось удалять матку с придатками. Такой подход оправдан лишь с позиции «нет органа – нет проблемы» и был продиктован с позиции онкологической настороженности и поддерживался онкологами, с точки зрения которых, консервативная миомэктомия, а также надвлагалищная ампутация матки обуславливали риск развития саркомы матки и рака шейки матки в

оставленном органе и значительные трудности при последующем лечении данных заболеваний [11].

Согласно рекомендациям Американского общества акушеров-гинекологов показания к гистерэктомии при миоме матки должны рассматриваться лишь при наличии, по крайней мере, одного из следующих условий:

- бессимптомные миомы больших размеров, которые пальпируются через живот и вызывают дискомфорт у пациентки;
- выраженные маточные кровотечения: профузное кровотечение, или обильное выделение сгустков крови, а также повторные затяжные менструации продолжительностью более 8 дней;
- анемия, обусловленная острой кровопотерей;
- дискомфорт в области малого таза, вызванный миоматозными узлами: острая выраженная боль; постоянные ощущения давления внизу живота или в пояснице; на мочевой пузырь с частыми позывами на мочеиспускание, не связанными с инфекциями мочевых путей, на прямую кишку с нарушениями акта дефекации.

Данная операция противопоказана, если женщина стремится сохранить репродуктивную функцию (в таких случаях целесообразна миомэктомия), и не рекомендуется при бессимптомных миомах размерами менее 12 недель беременности [12, 13].

Следовательно, необходимо дифференцированно подходить к выбору лечения для каждой конкретной пациентки и как можно реже прибегать к радикальным хирургическим вмешательствам. Если есть хоть малейшая возможность, необходимо ее использовать для сохранения репродуктивной системы женщины. Особенно это актуально в отношении молодых, еще не рожавших женщин. Современные исследования в области этиологии и патогенеза данного заболевания позволили поставить на первое место консервативную терапию и эндоскопическую хирургию, что уже сократило число пациенток, подвергшихся гистерэктомии. Но подобная лечебная тактика применяется еще не повсеместно.

Большинство авторов считают миомэктомию более щадящей операцией, поскольку она предусматривает сохранение матки, и рекомендуют отдавать ей предпочтение, если пациентка хочет сохранить менструальную и репродуктивную функции [14, 15, 16]. Однако иногда при хаотическом расположении множественных узлов целесообразность сохранения органа весьма сомнительна. Кроме того, некоторые авторы считают, что миомэктомия сравнительно с гистерэктомией сопровождается большей кровопотерей и во время нее чаще возникает необходимость в гемотрансфузии (что, естественно, увеличивает общий риск вмешательства). По мнению этих исследователей пациентки, перенесшие консервативную миомэктомию множественных интерстициальных миоматозных узлов, больше страдают от боли, дольше выздоравливают и требуют более продолжительной госпитализации [17, 18, 19].

По нашему мнению, эти оценки в определенной мере дискутабельны. Однако значительное число исследователей отмечают, что до 25% женщин,

перенесших консервативную операцию, особенно при множественных узлах, в дальнейшем нуждаются в гистерэктомии в связи с повторным ростом опухоли [3,17]. Известно, что даже при неосложненных миомэктомиях риск развития рубцовых изменений матки и других органов малого таза весьма высок, что может вызвать бесплодие, а при развивающейся впоследствии беременности, повышен риск разрыва матки.

В настоящее время существуют следующие виды органосохраняющих оперативных вмешательств по поводу лейомиомы матки:

- лапароскопическая миомэктомия;
- гистероскопическая миомэктомия;
- лапаротомия с миомэктомией;
- эмболизация маточных артерий.

Миомэктомия представляет собой энуклеацию – «вылушивание» миоматозных узлов и наиболее часто применяется при субсерозном расположении узлов или интрамуральном – с тенденцией к субсерозному росту. Данная операция может выполняться путем лапаротомического и лапароскопического доступа, требует общего наркоза и пребывания в стационаре в течение 3-10 дней. Перед операцией назначается 6-месячный курс индукторами регрессии миоматозных узлов (гозерелин, гестринон) для уменьшения размеров узлов и снижения кровопотери во время операции. Полное восстановление (при неосложненном течении послеоперационного периода) занимает 2-3 недели. При этом миомэктомия не гарантирует отсутствие рецидива опухоли, хотя использование современных консервативных методов лечения дает возможность свести риск повторения заболевания к минимуму.

В современной гинекологии консервативную миомэктомию производят при помощи лапароскопического доступа. Преимуществами такого хирургического вмешательства являются: уменьшение операционной травмы и как следствие, спаечного процесса, хороший косметический эффект. При лапароскопии легче протекает послеоперационный период, быстрее восстанавливается работоспособность. Противопоказаниями для лапароскопической миомэктомии являются любые заболевания, при которых противопоказано повышение давления в брюшной полости и положение Тренделенбурга в течение длительного времени; множественные лейомиомы; больше трех миоматозных узлов диаметром более 5 см; размер матки более 16 недель беременности; миоматозный узел диаметром более 15 см. Лапаротомия с миомэктомией применяется как альтернатива лапароскопической методике, при отсутствии данного оборудования в клинике или соответствующих размерах и количестве миоматозных узлов [20, 21].

Миоммиометрэктомия и реконструктивное восстановление матки является одним из вариантов органосохраняющих операций. Оперативное вмешательство выполняется лапаротомическим доступом. При этом производят не только иссечение миоматозных узлов, разросшихся в стенках матки, но и реконструкцию и моделирование матки из сохраненных, свободных от

миоматозной ткани подслизисто-мышечно-серозных лоскутов матки, что позволяет сохранить менструальную, а иногда и репродуктивную функции.

Одним из малоинвазивных методов лечения миом является миомэктомия с использованием гистероскопии. Перед операцией назначается 3-6-месячный курс аналогов гонадотропин-рилизинг-гормонов (гозерелин, гестринон). Данный вид оперативного вмешательства был разработан специально для лечения субмукозных миоматозных узлов у женщин, которым необходимо сохранить матку для дальнейшего наступления беременности. Этот метод дает хорошие результаты, с его помощью миома иссекается за один сеанс с помощью лазера или электропетли при визуальном контроле врача. Такая операция может проводиться под местной анестезией и не требует длительной госпитализации, как того требует традиционная миомэктомия. Противопоказаниями для гистерорезектоскопии являются глубина полости матки более 12 см; подозрение на гиперплазию или аденокарциному эндометрия; инфекция верхних и нижних отделов гениталий; тяжелые заболевания печени, почек и сердца (риск гиперволемии); подозрение на лейомиосаркому.

В настоящее время разработан еще один малоинвазивный метод лечения – чрескатетерная эмболизация миоматозных узлов, при котором узел лишается кровоснабжения и подвергается регрессу без малейшего вреда для матки в целом. Под влиянием эмболизации маточных артерий возникает некроз миоматозных узлов, при этом неизменный миометрий страдает в меньшей степени, что объясняется богатым коллатеральным кровоснабжением мышц матки.

Эмболизации маточных артерий используется в медицине последние два десятилетия в качестве метода остановки послеродовых кровотечений и в других акушерско-гинекологических ситуациях. Данный метод терапии лейомиомы матки был предложен в 1990 году Jacques Ravina, который использовал эмболизацию маточных артерий в качестве подготовительного этапа перед операцией удаления матки. Затем он предложил использовать эмболизацию маточных артерий в качестве самостоятельного метода лечения.

По мнению ряда авторов эмболизации маточных артерий показана при любых размерах и локализации узлов, исключения составляют лейомиомы на ножке и подозрение на злокачественный процесс в гениталиях. Кроме того, эта операция противопоказана при почечной недостаточности, воспалительном процессе в органах малого таза, наличии венозно-артериального порока развития, васкулита, аллергии на контрастное вещество и неуправляемой коагулопатии. Однако данный вид малоинвазивного вмешательства привлекателен тем, что в случае отсутствия эффекта от эмболизации маточных артерий можно использовать другие методы лечения больных лейомиомой матки, а возможные хирургические вмешательства выполняются при этом со снижением риска повышенной кровопотери [22]. Тем не менее, этот метод все еще остается экспериментальным и широко не применяется. Проводятся исследования результатов эмболизации в отношении фертильности и рецидивирования узлов [23].

Таким образом, в современной оперативной гинекологии прослеживается четкая тенденция бережного отношения к матке, что достигается расширением показаний к органосохраняющим операциям.

Литература

1. Тихомиров, А.Л. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики лейомиомы матки/ А.Л. Тихомиров, В.Н. Серов // Русский Медицинский Журнал. - 2000. - №11. - С.473-476.
2. Шиляев, А.Ю. Лейомиома матки / А.Ю. Шиляев// Гинекология. - 2005. - №1. - С.65–70.
3. Stovall, D.W. Uterine leiomyomas reduce the efficacy of assisted reproduction cycles / D.W Stovall., S.B. Parrish //Hum. Reprod. - 1997. - № 13. - P. 192-197.
4. Дивакова,Т.С. Миома матки:этиология, патогенез, ультрасонографическая диагностика/ Т.С.Дивакова, Н.С.Ивкова, С.Е.Медведская //Охрана материнства и детства. - 2005. - № 1(6). - С.40-49.
5. Кулаков, В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины /В.И. Кулаков,Л.В. Адамян, С.И. Аскольская. - М., 1999. - 324 с.
6. Краснопольский, В.И. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки: учебное пособие/ В.И.Краснопольский [и др.]. - Москва, 2004. - 12 с.
7. Краснова, И.А. Диагностика и оперативное лечение миомы матки/ И.А.Краснова, В.Г.Бреусенко // Акуш. и гинекол. - 2003. - №2- С.45-50.
8. Li, T.C., Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery/ T.C.Li, R.Mortimer, L.D.Cooke // Hum. Reprod. - 1999. - Vol. 14, № 7. - P.1735-1740
9. Вихляева, Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки/ Е.М. Вихляева. - М.: МЕДпресс-информ., 2004. -312 с.
10. Психоэмоциональное состояние женщин после гистерэктомии/Л.В. Адамян [и др.]/Акуш. и гинекол. - 1999. - № 1. - С. 35–38.
11. Вишневская, Е.Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов/ Е.Е.Вишневская. - Мн.: Выш.шк., 2002. - 416 с.
12. Bergqvist, I.A. Hormonal regulation of uterine fibromiomas and effects of gonadotropin–releasing hormone antagonist treatment/ I.A. Bergqvist //Hum. Reprod. - 1995. - №10.- P. 446-452.
13. Stewart, E.A. Predictors of subsequent surgery for uterine leiomyomata after abdominal myomectomy/ E.A.Stewart [et al.] // Obstet. Gynecol. - 2002. - № 99 (3).- P.426-432.
14. Тихомиров, А.Л.Применение левоноргестрел–рилизинг–системы в комплексном лечении миомы матки/А.Л.Тихомиров, Е.В.Залеева// Гинекология. - 2005. - №1- С.63-65

15. Адамян, Л.В. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста/ Л.В. Адамян //Акушерство и гинекология, 1997. - № 3, - С. 40-43.

16.Лапароскопия в гинекологии/Под ред. Г.М.Савельевой, И.В. Федоровой. - М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. - 328 с.

17.Савицкий, Г.А. Миома матки/ Г.А.Савицкий, А. Г. Савицкий - СПб.: «ЭЛБИ–СПб». - 2000.- С.90-139.

18.Stovall, D.W. Uterine leiomyomas reduce the efficacy of assisted reproduction cycles/ D.W.Stovall, S.B.Parrish // Hum. Reprod. - 1997. - № 13. - P.192-197.

19.Darai, F. Fertility after laparoscopic myomectomy: preliminary results/ F.Darai, H.Dechaud //Hum. Reprod. - 1997. - №12. - P. 34 -18.

20.Seinera, P. Ultrasound evaluation of uterine wound healing following laparoscopic myomectomy: preliminary results/ P.Seinera, P.Gaglioti, E.Volpi// Hum. Reprod. - 1999. - № 14. - P. 2460-2463.

21.Азиев, О.В. Лапароскопическая миомэктомия у пациенток репродуктивного возраста/ О.В. Азиев // Вестник Российской ассоциации акушеров–гинекологов. - 1996. - № 4.- С.58-59

22.Давыдов, А.И. Эмболизация маточных артерий:спорные и нерешенные проблемы/ А.И.Давыдов [и др.]/Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2009. - Т.8, № 3. - С. 80-85.

23.Краснопольская, К.В. Использование ЭКО и ПЭ у больных миомой матки небольших размеров/ К.В.Краснопольская, Л.Г.Сичинава, А.С.Калугина// Акуш. и гинекол. 2000. - №1. - С. 56-58.