ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

В.Н. Ткачев, И.Д. Евтушенко, К.С. Кублинский, А.С. Аверин, А.С. Юрченко

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск
E-mail: Evtushenko_id@mail.ru

CONSERVATIVE OPERATIONS ON THE UTERUS AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN

V.N. Tkachev, I.D. Evtushenko, K.S. Kublinsky, A.S. Averin, A.S. Yurchenko

Siberian State Medical University, Tomsk

Проведено ретроспективное исследование 136 историй болезней пациенток, находившихся в гинекологической клинике СибГМУ (г. Томск) на оперативном лечении с основным клиническим диагнозом "Миома матки", а также анализ 20 историй родов женщин, перенесших хирургическое лечение в объеме миомэктомии. На основании полученных данных установлено, что predisposing факторами в развитии миомы матки можно признать наследственную предрасположенность и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Лапароскопический доступ является предпочтительным в хирургическом лечении миомы матки. Миомэктомия является операцией выбора для женщин репродуктивного возраста и позволяет сохранить их репродуктивную функцию. Беременные, перенесшие миомэктомию, составляют группу повышенного риска по осложненному течению беременности: угрозе прерывания беременности, плацентарной недостаточности и угрозе преждевременных родов. Полученные данные требуют подтверждения в расширенных клинических исследованиях.

Ключевые слова: миома матки, органосохраняющие операции, репродуктивное здоровье.

Retrospective research of 136 stories of illnesses of the patients who were in gynecologic clinic of Siberian state medical university on operative treatment with the basic clinical diagnosis "a uterus Myoma", and also the analysis of 20 stories of sorts of the women who have transferred surgical treatment in volume myomectomy is conducted. On the basis of the received data it is established that in development of a myoma of a uterus it is possible to recognise as contributing factors hereditary predisposition and the burdened obstetric and gynecologic anamnesis. Laparoscopic access is preferable in surgical treatment of a myoma of a uterus. Myomectomy is operation of a choice for women of reproductive age and allows to keep their reproductive function. The pregnant women who have transferred myomectomy, make group of the raised risk on the complicated current of pregnancy: to threat of interruption of pregnancy, placental insufficiency and threat of premature birth. The obtained data demands acknowledgement in the expanded clinical researches.

Key words: uterus myoma, conservative operations, reproductive health.

Введение

Миома матки – это одно из самых распространенных гинекологических заболеваний, встречающееся у 25–40% женщин в возрасте 30–56 лет. Это заболевание является одной из наиболее частых причин оперативного лечения женщин репродуктивного возраста. В последнее время миома матки все чаще диагностируется у женщин, ведущих активную половую жизнь и планирующих беременность, а также у беременных. В данной группе пациенток методом выбора при планировании оперативного лечения наиболее часто избирается миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов).

Частота наступления беременности после миомэктомии колеблется от 33,5 до 71% наблюдений. Беременные, перенесшие миомэктомию, составляют группу повышенного риска по невынашиванию беременности, угрозе разрыва матки, развитию аномалии родовой деятельности и перинатальной патологии [1, 2, 5].

Цель исследования: провести анализ вариантов оперативного лечения у женщин с миомой матки и выявить особенности их репродуктивного здоровья. Для дости-

жения указанной цели были поставлены следующие задачи: выявить наличие predisposing факторов развития миомы матки; изучить особенности клинической и ультразвуковой картины миомы матки; провести сравнительный анализ оперативного лечения женщин с миомой матки в зависимости от оперативного доступа; выявить особенности течения беременности и родов у женщин после миомэктомии.

Материал и методы

Для выполнения поставленных задач был проведен анализ 136 историй болезней пациенток, находившихся в гинекологической клинике СибГМУ (г. Томск) на оперативном лечении с основным клиническим диагнозом "Миома матки", а также анализ 20 историй родов женщин, перенесших хирургическое лечение в объеме миомэктомии.

Статистическая обработка полученных проводилась с использованием стандартного пакета программ Statistica 6,0. Для сравнения распределения частот признака использовался метод χ^2 , для статистической обработки не-

связанных непараметрических данных применялся метод Mann–Whitney. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты

Средний возраст женщин на момент выявления миомы матки составил $39,17 \pm 0,68$ года (19–60 лет). Наследственная предрасположенность встречалась в 21,32% случаев. При анализе акушерско-гинекологического анамнеза установлено, что более чем у 80% женщин имели место медицинские аборт (от 1 до 12). Роды были у 85,29%, у одной женщины – 7 раз. Нарушения репродуктивной функции отмечены у 22,05% женщин: первичное бесплодие диагностировали у 6,61% женщин, а вторичное бесплодие – у 15,44%. Невынашивание беременности отмечено у 16,17% женщин.

При обращении к врачу 90,42% женщин с миомой матки предъявляли жалобы на нарушения менструального цикла: по типу меноррагии – 41,17%; метроррагии – 25,73%; менометроррагии – 23,52%. На боли внизу живота и в пояснице жаловались 49% пациенток, на расстройстве мочеиспускания и акта дефекации – 33,82%. До 25% женщин отмечали ощущение тяжести, дискомфорт внизу живота. Все пациентки разделены по возрасту на 2 группы: в 1-ю группу вошли женщины репродуктивного возраста до 45 лет ($n=72$); во 2-ю группу – женщины в пре- и постменопаузе, 46 лет и старше ($n=64$). При сравнении возрастных групп по предъявляемым жалобам значительного различия не выявлено. Однако появление метроррагии чаще отмечалось у пациенток 2-й группы – 48,43%, чем у 1-й группы – 2,77%, $p < 0,05$. При проведении ультразвукового исследования установлено, что наиболее часто миоматозные узлы локализовались интрамурально (86,02%) и субсерозно (62,5%). Субмукозное расположение миоматозных узлов диагностировано в 31,61% случаев, причем чаще отмечалось во 2-й группе пациенток (46,87%), чем в 1-й группе (18,05%), $p < 0,05$. Атипичная локализация диагностирована в 47,05%: интралигаментарное расположение миоматозных узлов – в 27,94%, в области перешейка матки – 17,64% и в области шейки матки – 1,47%. Множественная миома матки диагностирована у 73,52% пациенток. Показаниями к оперативному лечению у обследованных пациенток были: миома матки в сочетании с анемизирующими кровотечениями (35%), болевой синдром (49%), миома матки в сочетании с аденомиозом (15,41%), быстрый рост миоматозных узлов (41,17%), большие размеры опухоли (35,29%), нарушения функций соседних органов (33,82%). Наиболее частым в хирургическом лечении миомы матки был лапароскопический доступ (83,82%), лапаротомический доступ составил 16,18%. Продолжительность операции значительно не отличалась от используемого оперативного доступа, $p > 0,05$. Пациенткам 1-й группы чаще выполнялась миомэктомия – 84,71%, субтотальная гистерэктомия без придатков – 9,72%, с придатками – 5,57%. Во 2-й группе абсолютно преобладали радикальные операции: субтотальная гистерэктомия – 87,48% (без придатков – 48,43% и с придатками – 39,05%), а миомэктомия – в 12,52% случаев.

На втором этапе работы был проведен анализ 20 историй родов женщин, перенесших миомэктомию. Средний возраст пациенток составил $33,87 \pm 0,67$ лет (28–38 лет). Показаниями для миомэктомии у пациенток были: первичное бесплодие (55%), мено- и метроррагии, приводящие к анемизации пациенток (30%), болевой синдром (15%), субмукозное расположение миоматозных узлов (5%), быстрый рост миоматозных узлов (15%), размер миомы матки соответствующий 13–14 неделям беременности (15%). Лапароскопический доступ для миомэктомии применен у 90% женщин, лапаротомический – у 5% и гистерорезектомию выполнили в 5% случаев. Размеры миоматозных узлов на момент проведения миомэктомии составили от 3 до 10 см, количество удаленных миоматозных узлов – от 1 до 5. Послеоперационный период у всех пациенток протекал удовлетворительно.

У всех 20 женщин беременность наступила спонтанно. Временной промежуток от оперативного лечения миомы матки до наступления беременности составил $2,76 \pm 0,39$ года. В течение первых 2 лет после миомэктомии беременность наступила у 55% женщин. Во время беременности миома матки как сопутствующее гинекологическое заболевание была диагностирована в 55% случаев. На протяжении беременности у 15% отмечали рост миоматозных узлов. Осложненное течение беременности в I триместре наблюдали у 75% беременных. Наиболее частым осложнением была угроза прерывания беременности (65%) на сроках 7–16 недель беременности. В 25% случаев угроза прерывания сочеталась с ранним токсикозом средней степени тяжести. Осложненное течение беременности во II триместре отмечено у 65% беременных. Наиболее часто как и в I триместре была угроза прерывания беременности (58%), которая в 42% случаев сочеталась с истмико-цервикальной недостаточностью. У 17% беременных диагностировали признаки компенсированной плацентарной недостаточности. Гипохромная анемия легкой степени выявлена у 10%, многоводие – у 5%. Осложненное течение беременности в III триместре наблюдали у 60% обследованных женщин. Чаще отмечены проявления гестоза – 30% (легкая степень – 20%, средняя степень – 10%). Признаки компенсированной плацентарной недостаточности (ПН) диагностировали в 85% при сроке 33–34 недели беременности. Внутриутробную задержку развития плода 1-й степени (ВЗРП) наблюдали у 45%, ВЗРП 2-й степени – у 5%. Для решения вопроса о родоразрешении 75% беременных были госпитализированы в отделение патологии беременных в сроке 37–38 недель беременности и 25% в 38–39 недель. При планировании метода родоразрешения принимали во внимание размеры удаленных миоматозных узлов, их локализацию, вскрытие полости матки, осложнения во время операции, особенности течения послеоперационного периода и учитывали особенности течения беременности. Роды через естественные родовые пути произошли у 15% беременных. Продолжительность родов составила 7 ч 34 мин $\pm$ 44 мин (от 5 ч 26 мин до 10 ч 50 мин). Кровототеря была физиологической. Послеродовый период протекал удовлетворительно. Путем операции кесарева сечения были родоразрешены 85% беременных (плано-

вое – 65%, экстренное – 20%). Рубцы после миомэктомии в ходе операции признаны состоятельными, ни в одном случае не было разрыва матки. Послеоперационный период у 95% протекал удовлетворительно. В одном случае была проведена тотальная гистерэктомия без придатков по поводу атонического кровотечения.

Всего в обследованной группе родилось 20 живых доношенных детей. Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой минуте жизни составила $7,47 \pm 0,15$ баллов и на пятой минуте – $8,47 \pm 0,15$ баллов. Масса тела новорожденных составила $3222 \pm 132,4$ г, рост – $50,82 \pm 0,75$ см. С признаками гипотрофии 1-й степени родились 7 (35%) детей, 2-й степени – 1 ребенок (5%). 19 женщин были выписаны вместе с детьми в удовлетворительном состоянии домой на 4–5-е сутки после родов. Одна пациентка с ребенком переведена в отделение патологии новорожденных для дальнейшего обследования и лечения (аспирационная пневмония).

Заключение

Таким образом, предрасполагающими факторами в развитии миомы матки можно признать наследственную предрасположенность и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Лапароскопический доступ является предпочтительным в хирургическом лечении мио-

мы матки. Миомэктомия является операцией выбора для женщин репродуктивного возраста и позволяет сохранить их репродуктивную функцию. Беременные, перенесшие миомэктомию, составляют группу повышенного риска по осложненному течению беременности: угрозе прерывания беременности, плацентарной недостаточности и угрозе преждевременных родов.

Литература

1. Борисова Н.И. Состояние фетоплацентарной системы у женщин с рубцом на матке после миомэктомии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 15 с.
2. Петракова С.А., Буянова С.Н., Мгелиашвили М.Е. Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 1. – С. 30–34.
3. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. – М. : Медицинское информационное агентство, 2006. – 176 с.
4. Цхай В.Б. Миома матки: мифы и современная реальность [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.medlinks.ru>.
5. Цхай В.Б., Чеканов А.М., Ермошкин О.А. Гестационные и перинатальные осложнения у беременных женщин с миомой матки // Охрана здоровья матери и ребенка – 2002 : матер. 4-го Российского научн. форума. – М., 2002. – С. 390–391.

Поступила 09.09.2010