

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2013 • Том 7 • № 3

**Клиническая эффективность
негормональных методов терапии
у женщин в перименопаузе**

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ С НАЛОЖЕНИЕМ КРУГОВОГО РАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ КОМПРЕССИОННОГО ШВА НА ОБЛАСТЬ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА

Ищенко А.И.², Жуманова Е.Н.¹, Ищенко А.А.¹, Горбенко О.Ю.²,
Ярошенко А.Г.¹, Шульчина И.В.¹

¹ ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва

² ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава РФ, Москва

Резюме: проведено сравнение менструальной и репродуктивной функции женщин после консервативной миомэктомии с наложением кругового рассасывающегося компрессионного шва на область внутреннего зева. В основную группу исследования были включены 29 больных после проведения оперативного вмешательства в объеме консервативной миомэктомии с наложением кругового рассасывающегося компрессионного шва на область внутреннего зева. Контрольную группу составили 20 пациенток после стандартной миомэктомии лапаротомным доступом. Исследование показало целесообразность наложения кругового рассасывающегося компрессионного шва на область внутреннего зева для уменьшения интраоперационной кровопотери. Использование данной методики не оказывает значимого влияния на ранний и поздний послеоперационные периоды, сроки реабилитации, сроки восстановления по сравнению со стандартной миомэктомией.

Ключевые слова: миома матки, консервативная миомэктомия, компрессионный шов, органосохраняющие операции.

Миома матки – одно из наиболее распространенных доброкачественных опухолевых заболеваний половой системы женщин репродуктивного возраста. Заболевание диагностируется у 20–30% женщин в возрасте 15–45 лет [1,6,17,18]. У большинства пациенток на начальных стадиях миома матки вообще никак себя не проявляет и выявляется только при плановом осмотре гинеколога или очередном УЗИ органов малого таза [5,7,10,18].

Несмотря на достижения лекарственной, в основном гормональной, терапии миомы матки, хирургическое лечение миомы у основной части больных остается ведущим [2,8,9,13]. Недостаточная эффективность консервативных методов лечения миомы матки делает актуальной проблему повышения безопасности и эффективности восстановления функции репродуктивной системы органосохраняющих операций [12,15,16,19].

Целью исследования стала оценка менструальной и репродуктивной функции женщин после консервативной миомэктомии с наложением кругового рассасывающегося компрессионного шва на область внутреннего зева.

В основную группу исследования были включены 29 больных после проведения оперативного вмешательства в объеме консервативной миомэктомии с наложением кругового рассасывающегося компрессионного шва на область внутреннего зева, техника наложения которого заключается в том, что матка выводится в рану, иглу проводят на уровне внутреннего зева по передней стенке матки у места отхождения крестцово-маточных связок, далее – через широкую маточную связку под собственной связкой яичника и выводят под круглой маточной связкой с другой стороны. Затем нити проводят в обратном направлении с другой стороны. Концы нити связывают на уровне внутреннего зева по передней стенке [3,4].

Контрольную группу составили 20 пациенток после стандартной миомэктомии лапаротомным доступом.

Результаты лечения оценивали путем анкетирования пациенток о динамике симптомов, обследования, включающего клинический анализ крови, гормональ-

ный профиль, ультразвуковое исследование органов малого таза с ЦДК.

Статистическая обработка производилась с использованием программы обработки электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Средний возраст женщин I группы составил $32,17 \pm 4,27$ года, II группы – $28,54 \pm 4,84$ года.

Основными жалобами у большинства пациенток были повторяющиеся обильные и длительные менструации, имеющие характер кровотечений, сильные боли внизу живота и отсутствие беременности в течение более чем 1 года до обращения при регулярной половой жизни без применения средств контрацепции.

Обильные кровопотери у 14 пациенток (28,6%) привели к развитию железодефицитной анемии.

Чаще всего показания к операции у больных миомой были сочетанными. Если за основу взять основной, ведущий признак, то все показания группируются следующим образом: подслизистая миома матки, центрипетальный рост узла, миома, сопровождающаяся кровотечением, анемией – 1-я группа; большие размеры миомы, быстрый рост опухоли, рост узла, несмотря на проводимое лечение, – 2-я группа; миома матки и бесплодие – 3-я группа; прочие показания – 4-я группа.

При такой группировке показаний к операции большие размеры и быстрый рост опухоли отмечены в 57%, подслизистая миома и кровотечения – в 33%, сочетание миомы с придатковыми образованиями и опухолями яичников – в 5%, миома и бесплодие – в 3%, прочие – в 3% случаев. В 20,4% случаев отмечено сочетание миомы с внутренним эндометриозом, который, как правило, тоже осложняется кровотечением и анемией.

У всех женщин имелась сопутствующая соматическая и гинекологическая патология.

Среди сопутствующей гинекологической патологии у 12 (24,5%) пациенток были обнаружены заболевания шейки матки, аденомиоз – у 10 (20,4%), наружный генитальный эндометриоз – у 17 (34,7%), опухоли и опухолеподобные образования яичников – у 11 (22,45%) женщин.

В то же время показатели гормонального профиля в группах с разными факторами беспло-

дия не имели достоверных различий и находились в пределах референсных значений репродуктивного возраста.

Анализ менструальной функции пациенток показал, что у большинства больных возраст менархе был 12-14 лет, что принято считать нормой для северо-западного региона [11].

При оценке раннего послеоперационного периода характер и количество выделений из половых путей у больных с наложенным компрессионным швом не отличались от таковых у пациенток без него.

Послеоперационный койко-день у женщин основной группы составил 8,8 дней, контрольной группы – 7,6 дней.

Продолжительность менструального цикла у пациенток I группы в среднем составляла $28,7 \pm 1,6$, II группы – $28,1 \pm 1,8$ дней.

Длительность менструальных кровотечений составляла соответственно $4,9 \pm 1,2$ и $4,7 \pm 1,3$ дня.

При анализе гормонального профиля (уровень фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов) в группах исследования не имели значимых достоверных различий ($p < 0,05$) и находились в пределах референсных значений репродуктивного возраста.

Нормализация показателей кривых скоростей кровотока в маточных, аркуатных, радиальных и спиральных артериях наступала в среднем через 1-2 мес. после наложения кругового компрессионного шва на область внутреннего зева.

Сроки восстановления структуры миометрия в области рубцов на матке достоверно не различались по группам. Сроки восстановления структуры миометрия зависели от локализации, размеров и количества удаленных узлов.

Таким образом, комплексная оценка состояния репродуктивной функции женщин после применения кругового компрессионного шва на область внутреннего зева при миомэктомии показала целесообразность его наложения для уменьшения интраоперационной кровопотери. Использование данной методики не оказывает значимого влияния на ранний и поздний послеоперационный периоды, сроки реабилитации, сроки восстановления по сравнению со стандартной миомэктомией.

Литература:

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М. 1998; 424-487.
2. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М. 2004.
3. Ищенко А.А. Современные органосохраняющие операции на матке при гипотонических кровотечениях в акушерстве: автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 2007; с. 22.
4. Ищенко А.А., Липман А.Д., Ищенко А.И. [и др.] Тактика ведения пациенток с акушерскими кровотечениями в раннем послеродовом периоде. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006; 5 (6): 36-40.
5. Краснова И.А., Бреусенко В.Г. Диагностика и оперативное лечение миомы матки. Акушерство и гинекология. 2003; 2: 45-50.
6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. СПб. 2000; 90-139.
7. Сидорова И.С., Унанян А.Л., Агеев М.Б., Ведерникова Н.В., Жолобова М.Н. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста. Акушерство, гинекология и репродукция. 2012; 4: 22-28.
8. Тихомиров А.Л. Современный алгоритм лечения миомы матки. Акушерство, гинекология и репродукция. 2007; 1: 6-7.
9. Тихомиров А.Л., Залева Е.В. Применение левоноргестрел-релизинг-системы в комплексном лечении миомы матки. Гинекология. 2005; 1: 63-65.
10. Тихомиров А.Л., Серов В.Н. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики лейомиомы матки. Русский Медицинский Журнал. 2000; 11: 473-476.

11. Чеботникова Т.В., Бутрова С.А., Андреева Е.Н., Кучма В.П. Трудный пациент. 2006; 4 (2): 23-25.
12. Bendifallah S., Brun J.L., Fernandez H.J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. Paris. 2011 Dec; 40 (8): 885-901. doi: 10.1016/j.jgyn.2011.09.014. Epub. 2011 Nov 5.
13. Bergqvist I.A. Hormonal regulation of uterine fibromiomas and effects of gonadotropin – releasing hormone antagonist treatment. Hum. Reprod. 1995; 10: 446-452.
14. Ginsburg E.S., Benson C.B., Garfield J.M., Gleason R.E., Friedman A.J. The effect of operative technique and uterine size on blood loss during myomectomy: a prospective randomized study. Fertil. Steril. 1993; 60: 956-62.
15. Legendre G., Brun J.L., Fernandez H. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. Paris. 2011 Dec; 40 (8): 875-84. doi: 10.1016/j.jgyn.2011.09.023. Epub 2011 Nov 5
16. Li T.C., Mortimer R., Cooke L.D. Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. Hum. Reprod. 1999. 14 (7): 536-540.
17. Munro K.I., Critchley H.O. Advances in the management of uterine fibroids. F1000 Med Rep. 2009; 1: 74.
18. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2008; 22 (4): 571-88.
19. Stewart E.A., Faur A.M., Wisw L.A. et al. Predictors of subsequent surgery for uterine leiomyomata after abdominal myomectomy. Obstet. Gynecol. 2002; 99 (3): 426-432.

REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN AFTER CONSERVATIVE MYOMECTOMY WITH THE IMPOSITION OF THE CIRCULAR OF THE DISSOLVING OF THE COMPRESSION OF THE SEAM ON THE INTERNAL ORIFICE OF THE CERVIX OF THE UTERUS

Ischenko A.I.², Zhumanova E.N.¹, Ischenko A.A.¹, Gorbenko O.Yu.², Yaroschenko A.G.¹, Shulchina I.V.¹

¹ Federal State Department «Center of Medicine and Rehabilitation» Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow

² State Federal-Funded Educational Institution of Higher Vocational Training I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Abstract: comparison of menstrual and reproductive function of women after conservative myomectomy with the imposition of the circular of the dissolving of the compression of the seam on the inner throat. In the main group study included 29 patients after surgical intervention in the volume of conservative myomectomy with the imposition of the circular of the dissolving of the compression of the seam on the inner throat. The control group consisted of 20 patients after standard myomectomy laparotomy access. The study demonstrated the feasibility of imposing circular of the dissolving of the compression of the seam on the inner throat to reduce intraoperative blood loss. The use of the technique has no significant impact on the early and late postoperative periods, the timing of rehabilitation, recovery time compared with the standard myomectomy.

Key words: uterine myoma, conservative myomectomy, compression seam, organ-retaining operations.