

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Д.А. Касенова, С. А. Салехов

Проведен сравнительный анализ результатов лечения миомы матки у больных при консервативной миомэктомии, эмболизации маточных артерий и после гистерэктомии.

Ключевые слова: миома матки; консервативная миомэктомия; эмболизация маточных артерий; гистерэктомия; яичники.

Миома матки относится к наиболее распространенным доброкачественным опухолям женских половых органов, заболеваемость варьирует, по разным данным, от 25 до 50% женщин в возрасте 30–40 лет [1, 2]. Послойное гистологическое исследование удаленных органов матки показало, что миома матки встречается у 77% женщин перименопаузального периода [3]. Клиническими проявлениями миомы матки являются тазовые боли, кровотечения, нарушения функции мочевого пузыря и прямой кишки, бесплодие и невынашивание беременности [4].

Проблема лечения больных миомой матки остается актуальной и в настоящее время. Несмотря на успехи фармакологии, ведущим методом лечения данной патологии является хирургический, который включает два основных варианта: гистерэктомию по принципу “нет органа – нет проблемы” и консервативную миомэктомию. Тотальная, или субтотальная гистерэктомия может быть выполнена лапароскопическим доступом, чрезвлагалищным, вагинальным с лапароскопи-

ческой ассистенцией, или классическим лапаротомным доступом.

Однако удаление матки влечет за собой снижение гормональной активности яичников, что проявляется развитием постгистерэктомического синдрома, в ряде случаев требующего длительной медикаментозной коррекции.

Основной целью операции консервативной миомэктомии является сохранение матки и восстановление репродуктивной функции женщины. Техническая возможность выполнения консервативной миомэктомии существует у большинства пациенток с миомой матки, но попытка удаления большого количества узлов может быть нежелательной, так как множество швов на матке может сказаться на последующей реализации репродуктивной функции и иметь более отрицательный эффект, чем удаленные узлы. Частота наступления беременности после миомэктомии варьирует от 27,1% до 73% [5].

Альтернативой хирургическому лечению миомы матки является эндоваскулярная эмболи-

зация маточных артерий. Она открывает новые перспективы в лечении данной патологии.

Цель исследования: оценить эффективность различных вариантов лечения миомы матки.

Материалы и методы исследования. Исследовано 30 женщин после ГЭ с сохранением обоих яичников – 1-я группа, 30 женщин после консервативной миомэктомии – 2-я группа, 32 пациентки после ЭМА – 3-я группа. В работе использовали ИФА методы определения стероидных и гонадотропных гормонов в плазме крови, УЗИ органов малого таза, МРТ исследование у пациенток с ЭМА. Кровь для исследования содержания гормонов брали до вмешательства, на 2–5-й день после вмешательства, и затем через 3, 6, 12 месяцев в течение года после операции и ЭМА. В клинике у пациенток всех трех групп преобладал болевой синдром, синдром гиперполименорреи и, в меньшей степени, синдром сдавления соседних органов

По возрасту исследуемые группы были сопоставимы и достоверно не различались. Средний возраст женщин был равен 39,1 ±2,6 лет в 1-й группе, 35,6 ±2,8 во 2-й группе, 34,7 ±2,4 в 3-й группе.

Результаты лечения оценивали по субъективной самооценке женщин, анкетированию пациенток о качестве жизни до и через год после проведенного лечения, определению гормонального фона, а также по ультразвуковой картине, магнитно-резонансной томографии (в 3-й группе сравнения).

Результаты лечения. У пациенток 1-й группы по окончании года наблюдения удовлетворенность проведенным лечением составила лишь 50%, на смену симптомам боли, кровотечения, сдавления соседних органов пришли иные проблемы – постгистерэктомический синдром, “приливы”, сухость во влагалище, диспареуния, психологические комплексы и депрессивные состояния. Кроме того, наступала полная потеря менструальной и репродуктивной функции.

Во 2-й группе удовлетворенность проведенным лечением выразила 21 женщина (70%), у пяти пациенток возник рецидив роста миомы, у трех вновь появились кровотечения, и одна женщина продолжала испытывать боли. Три женщины этой группы забеременели впоследствии.

Через год после ЭМА 100% пациенток 3-й группы удовлетворены проведенной процедурой, у трех женщин с сопутствующим диагнозом бесплодие наступила спонтанная беременность, еще две женщины взяты в программу ЭКО (трубный фактор бесплодия). После ЭМА степень редук-

ции узлов зависит от их структуры, кровоснабжения и направления роста. Во всех случаях 3-й группы отмечается в разной степени уменьшение объема узлов, характерно полное излечение для узлов субмукозной локализации (5 наблюдений), а также значительное уменьшение (до 85% объема) для субсерозно-интерстициальных узлов с хорошей васкуляризацией.

При УЗИ исследовании у женщин отмечается увеличение объема яичников вследствие перенесенного ишемического состояния. Эти изменения проявляются больше в 1-й и 3-й группах, с течением времени объем яичников приходит к норме, во 2-й группе – через 3 месяца, в 3-й – через 6 месяцев и в 1-й группе – к 12 месяцам после лечения (см. таблицу).

Уровень ЛГ и ФСГ до вмешательства и сразу после него в пределах физиологической нормы во всех трех группах. После манипуляции во 2-й группе уровень этих гормонов остается в пределах нормы. У пациенток 1-й и 3-й групп отмечается повышение гонадотропных гормонов к 3 месяцу наблюдения, причем в 1-й группе степень увеличения выше, чем в 3-й.

В 3-й группе к 12 месяцам обнаруживается восстановление исходного уровня, а у женщин 1-й группы гормоны также остаются несколько выше нормы.

Эстрадиол во всех группах до процедуры определялся в пределах нормы, в динамике наблюдения остался нормальным у пациенток 2-й группы. Сразу после вмешательства у женщин 1-й и 3-й групп отмечается падение уровня эстрадиола, а затем постепенное восстановление его до нормальных цифр у женщин 3-й группы к 12 месяцам после ЭМА. В 1-й группе даже через год после лечения количество эстрадиола остается низким.

Содержание прогестерона менее подвержено изменениям, во 2-й группе прогестерон остается нормальным во всех определениях, в 3-й отмечается незначительное снижение гормона сразу после процедуры, затем восстановление его уровня. У женщин, перенесших гистерэктомию, уровень прогестерона падает после операции, но с течением времени восстанавливается до нормальных цифр.

Обсуждение. Анализ результатов лечения миомы матки показал, что наиболее выраженные изменения исследуемых параметров отмечались после консервативной миомэктомии. ЭМА и ГЭ приводят к изменениям анатомических характеристик оставшихся яичников, выражающимся в увеличении объема

Уровень гормонов и объем яичников
в группах сравнения

Показатель	Группа		
	1	2	3
Объем яичников (см ³)	6,2+0,4	6,4+0,2	6,1+0,6
ЛГ (МЕ/л)	5,88+0,3	7,11+0,5	5,71 +0,5
ФСГ (МЕ/л)	6,31+0,2	8,6+0,1	5,21+ 0,3
Эстрадиол E2 (пг/мл)	106,1+12,1	118+14,3	111,1 +13,8
Прогестерон (нг/мл)	36,1+2,6	27,4+1,2	32,5 +3,8
Сразу после процедуры			
Объем яичников (см ³)	11,6+1,4	9,0+1,2	9,6+1,4
ЛГ (МЕ/л)	7,5+0,95	8,9+0,67	6,91+0,54
ФСГ (МЕ/л)	8,45+0,32	7,25+0,23	6,24+0,11
Эстрадиол E2 (пг/мл)	61,1+3,18	112+11,6	81,1+3,18
Прогестерон (нг/мл)	4,5+0,91	34+2,1	12+1,6
Через 3 месяца после операции			
Объем яичников (см ³)	10,2+1,4	5,8+0,4	8,8+1,1
ЛГ (МЕ/л)	21,49+0,32	11,0+0,28	16,8+0,32
ФСГ (МЕ/л)	16,8+0,23	6,54+0,13	14,2+0,12
Эстрадиол E2 (пг/мл)	52,9+3,44	128,25+14,23	75,4+4,12
Прогестерон (нг/мл)	21,3+2,6	38+0,5	31,6+1,2
Через 6 месяцев после операции			
Объем яичников (см ³)	8,8+1,2	6,8+0,4	6,2+1,2
ЛГ (МЕ/л)	19,6+0,61	6,9+0,41	15,8+0,41
ФСГ (МЕ/л)	18,9+0,88	5,45+0,19	13,8+0,35
Эстрадиол E2 (пг/мл)	55,6+4,16	106,1+10,1	99,4+3,18
Прогестерон (нг/мл)	18,5+3,6	24,5+3,2	28,9+2,3
Через 12 месяцев после операции			
Объем яичников (см ³)	6,0+1,1	6,6+0,3	5,8 +0,6
ЛГ (МЕ/л)	17,5+0,51	6,4+0,35	5,42+1,98
ФСГ (МЕ/л)	14,1+0,96	4,95+0,2	7,54+0,82
Эстрадиол E2 (пг/мл)	59,6+5,12	113,5+11,6	102,3+4,12
Прогестерон (нг/мл)	21,8+2,2	22,8+1,14	23,49+1,2

яичников, что связано с нарушением кровоснабжения яичников во время ЭМА и ГЭ, приводящим к резкому снижению уровня стероидных гормонов в первые дни после ЭМА и ГЭ. Восстановление объема и гормональной функции яичников происходит раньше после ЭМА, чем после ГЭ. Удовлетворенность пациенток и сохранение менструальной, репродуктивной функции, возможность реализации материнства после органосохраняющих методик открывает новые возможности терапии миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Литература

1. *Buttram V.C. Jr., Reiter R.C.* Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology and management // *Fertil Steril.* 1981. V. 36. P. 433–445.
2. *Вихляева Е.М.* Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М.: МедПресс, 2004. 400 с.
3. *Pritts E.A.* Fibroids and infertility: a systematic review of the evidence // *Obstet Gynecol Surv.* 2001. V.56. P. 483–491.
4. *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.
5. *Seinera P., Farina C., Todros T.* Laparoscopic myomectomy and subsequent pregnancy: results in 54 patients // *Hum. Reprod.*, September 1, 2000. V. 15(9). P. 1993–1996.