

МИОМЭКТОМИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

А.А. Аскеров – доцент, канд. мед. наук,
Б.Ж. Далбаева – доцент, канд. мед. наук,
Т.А. Мельничук – аспирант,
С.Б. Орокова – аспирант

This article provides the research results of effectiveness of 105 organsaving operations – conservative myomectomy for reconstruction of fertility functions of women in reproductive age. The optimal technology of enucleation of myomatous gland of uterus is determined.

Мнения авторов по поводу методов лечения лейомиомы матки (ЛМ) разноречивы. Многочисленными исследованиями доказано, что в выборе метода лечения ЛМ необходим строго индивидуальный подход, а не протиповставление консервативного и хирургического методов лечения [1]. Согласно современной концепции, лечение ЛМ должно быть радикальным и направленным на сохранение функциональной способности матки, особенно у женщин активного репродуктивного возраста [2, 1]. Однако имеются лишь единичные работы, направленные на оценку эффективности консервативной миомэктомии по восстановлению генеративной функции и качества жизни женщин.

Цель исследования: изучить методику органосохраняющей операции консервативной миомэктомии для восстановления фертильности у женщин репродуктивного возраста.

Результаты исследования. Основной задачей проведения данной операции являлось восстановление нормальной анатомии матки с целью сохранения и/или восстановления менструальной и детородной функции у женщин репродуктивного возраста.

На основе проведенного анализа было отобрано 105 наблюдений с ЛМ. Возраст обследованных женщин с ЛМ – от 30 до 44 лет, в сред-

нем $34,3 \pm 0,5$ года. Большинство пациенток были в активном репродуктивном возрасте.

Продолжительность заболевания ЛМ: до одного года – 25,7% больных, до пяти лет – 27,6%, до 10 лет – 15,2%, более 10 лет – 31,4% больных. В процессе подготовки к операции все пациентки прошли обследования, включающие общеклинические, специальные и лабораторные методы.

Эхографическое исследование органов малого таза производили трансабдоминальными датчиками в динамике менструального цикла (на 5-й, 7-й и на 23-й, 25-й дни). Ультразвуковое исследование было сделано всем женщинам, при этом у 59,6% количество миоматозных узлов варьировало от одного–двух; у 40,3% количество узлов было более трех–четырех. Следует отметить, что интрамуральное расположение узлов с центрипетальным ростом, деформирующим полость матки, было в 48,2% наблюдениях, субсерозные миоматозные узлы встречались в 15,1% случаях, субмукозные миоматозные узлы – в 6,8% случаях.

В процессе операции энуклеировано 324 миоматозных узла у 105 больных с ЛМ. Наибольшее количество узлов удалено из передней – 147 (46,6%) и задней стенок матки – 139 (41,9%), из дна матки энуклеировано 38 (11,5%) узлов.

Интралигаментарно располагалось шесть (1,8%) узлов и четыре (1,2%) имели низкое расположение. Интралигаментарные узлы встречались с одинаковой частотой как по передней, так и по задней стенке матки – по три (0,9%), тогда как низкое расположение узлов чаще наблюдалось по передней стенке – соответственно три (0,9%) и один (0,3%).

Одиночные миоматозные узлы наблюдались более чем у одной трети больных (36,5%), у 40,4% удалено от двух до пяти узлов, у 13,1% – по 6–10 узлов, у 7,8% – по 11–20, и у 1,95% больных более 20 узлов. В среднем количество удаленных узлов составило $3,2 \pm 0,94$ на одну пациентку.

Нами было установлено, что размеры матки находятся в прямой корреляционной связи с количеством миоматозных узлов. Так, при размерах матки до 12 недель беременности количество узлов составило в среднем $3,75 \pm 0,75$, а при размерах 12 и больше недель число узлов достоверно увеличивалось и составило в среднем $5,29 \pm 0,65$ ($P < 0,05$).

Количество миоматозных узлов увеличивается с возрастом обследованных женщин. В наших случаях в группе обследованных пациенток до 25 лет было удалено в среднем $2,39 \pm 0,83$ узлов, в группе больных от 26 до 30 лет – $2,81 \pm 0,53$, у больных 31–35 лет – $3,87 \pm 0,51$ и у больных после 35 лет – $6,38 \pm 0,89$ узлов.

Таким образом, у больных ЛМ с увеличением возраста наблюдается заметное повышение количества миоматозных узлов, особенно в возрастной группе после 35 лет. У 75 больных были выявлены одиночные узлы, а у 249 больных – множественные узлы.

Количество проводимых разрезов на матке во время операции варьировало от одного до шести и зависело от количества миоматозных узлов и их расположения. У 60% больных энуклеация узлов была произведена через один разрез, у 24,8% больных при энуклеации производили по два–три разреза на матке и у 15,1% – от четырех до шести разрезов. Средних разрезов проведено 34,67%, поперечных – 65,3%. У 69 (65,7%) больных разрез на матке локализовался по одной стенке, у 25 (23,8%) производились одновременно разрезы как по передней, так и по задней стенке матки, у 7 (7,6%) – сочетались разрезы по дну матки и

по передней или задней стенке, у четырех (3,8%) разрезы локализовались по передней стенке, в дне и по задней стенке. Миомэктомия со вскрытием полости матки имела место у 28 (27,6%) больных. Вскрытие полости матки произведено у девяти пациенток в связи с удалением субмукозных миоматозных узлов и у 19 – при энуклеации интерстициальных узлов с центрипетальным ростом.

Продолжительность операции варьировала от 40 минут до трех с половиной часов и составила в среднем $111,32 \pm 2,26$ минуты.

Кровопотеря во время операции была в пределах от 50,0 до 800,0 мл и в среднем составила $246,24 \pm 9,7$ мл. У 80,9% больных кровопотеря не превышала 300,0 мл и у 19% больных она была выше, при этом у двух пациенток кровопотеря достигала 600,0 мл и у одной – 800,0 мл.

При анализе результатов проведенных исследований был выявлен ряд факторов, оказывающих влияние на продолжительность операции и объем кровопотери. Так, в группе больных, у которых размеры матки не превышали 12-недельный срок беременности, общая продолжительность операции составляла $99,78 \pm 1,8$ мин., а кровопотеря – $197,6 \pm 2,39$ мл. При увеличении размеров матки свыше 12 недель эти показатели были достоверно выше и составляли соответственно $120,7 \pm 5,8$ мин. ($P < 0,001$) и $285,84 \pm 9,6$ мл ($P < 0,001$).

Выявлена зависимость продолжительности операции и объема кровопотери от количества удаленных миоматозных узлов. При удалении одиночных узлов продолжительность операции составляла $99,67 \pm 1,85$ мин., а кровопотеря – $221,07 \pm 7,1$ мл. При удалении двух–пяти узлов продолжительность операции увеличивалась до $110,72 \pm 2,0$ мин. ($P > 0,05$), а объем кровопотери – до $230,72 \pm 83,7$ мл ($P > 0,05$). При удалении свыше пяти миоматозных узлов отмечено дальнейшее увеличение продолжительности времени операции (до $131,49 \pm 2,62$ мин.) ($P < 0,001$) и объема кровопотери (до $313,83 \pm 10,21$ мл) ($P < 0,001$).

Отмечено достоверно большая продолжительность операции и объем кровопотери при использовании срединных разрезов, чем при применении поперечных. Так, при использовании поперечных разрезов данные показатели

в среднем составляли $106,22 \pm 1,49$ мин. и $216,64 \pm 5,39$ мл, тогда как при срединных разрезах продолжительность операции увеличилась до $120,63 \pm 2,8$ мин. ($P < 0,05$), а объем кровопотери – до $301,39 \pm 8,1$ мл ($P < 0,001$).

Достоверно большая продолжительность операции и объем кровопотери наблюдались также при миомэктомии, сопровождавшейся вскрытием полости матки, по сравнению с группой больных без вскрытия полости, и составляли соответственно $120,51 \pm 7,35$ мин. и $108,26 \pm 1,86$ мин. ($P < 0,05$), $293,51 \pm 7,35$ мл и $229,45 \pm 9,2$ мл ($P < 0,001$).

Большая продолжительность операции и высокая кровопотеря наблюдались при атипичном (низком, интралигаментарном) расположении миоматозных узлов. Продолжительность операции составила в среднем $160,3 \pm 6,8$ мин., а объем кровопотери – $412,3 \pm 12,5$ мл.

Существенное снижение кровопотери во время операции отмечено в группе больных, у которых применялась методика поэтапного зашивания раны на матке (по сравнению с кровопотерей при традиционном зашивании), соответственно $216,64 \pm 5,39$ мин. $301,39 \pm 6,81$ мл ($P < 0,01$).

Во время миомэктомии у 62 (59,0%) больных производили различные дополнительные оперативные вмешательства, из которых наиболее частыми были операции на яичниках: у 34,3% больных была произведена резекция яичников, у 1,9% – удаление одного яичника, у одной больной удалены придатки с одной стороны и у двух – произведена односторонняя тубэктомия.

На втором месте среди дополнительных оперативных вмешательств оказались операции, связанные с наличием спаечного процесса в малом тазу и в области придатков матки: у 28,6% больных произведено разделение спаек, из них у пяти больных наряду с сальпингоооариолизисом произведена сальпингостоматопластика.

У двух больных при проведении миомэктомии на фоне беременности удалено плодное яйцо через разрез на матке, произведенный во время миомэктомии. У 24 больных с обшир-

ным объемом оперативного вмешательства для контроля за количеством и характером выпота в брюшной полости производили дренирование малого таза.

Результаты гистологического исследования операционного материала позволили установить, что у 42 (40%) оперированных больных отмечались различные дегенеративные изменения в маточных узлах (отек, гиалиноз, некроз), а в 58,1% случаях дегенеративные изменения отсутствовали. У 8,6% больных установлена картина клеточного строения миомы матки, в отдельных случаях с очагами пролиферации. В 17,1% случаях в яичниках выявлены мелкокистозные изменения, в 8,6% – фолликулярные кисты и кисты желтого тела, у 6,6% – эндометриоидные кисты яичников, одинаково часто у 2,8% – паравариальная киста и серозная цистаденома, у 0,9% – фиброма.

Таким образом, проведенные исследования показали высокую эффективность разработанного нами метода предварительного гемостаза матки турникетом, внутриматочного введения утеротоников, энуклеации узлов и поэтапного зашивания раны на матке, позволившего на одну треть снизить кровопотерю во время операции. Достоверное увеличение продолжительности операции и объема кровопотери отмечалось также при увеличении размеров матки свыше 12-недельного срока беременности и при удалении свыше шести миоматозных узлов. Увеличение продолжительности операции и объема кровопотери наблюдалось также при использовании срединных разрезов. Это объяснялось, прежде всего, тем, что подобные разрезы чаще применялись при множественной миоме, а также невозможностью в полной мере использовать метод поэтапного зашивания ложа миоматозных узлов.

Литература

1. *Вихляева Е.М.* Руководство по лейомиоме матки / Е.М. Вихляева и соавт. – М.: Триада-Х, 2004. – 564 с.
2. *Сидорова И.С.* Миома матки / И.С. Сидорова и соавт. – М.: Триада-Х, 2002. – 278 с.