

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

И.П. Коркан, Д.А. Касенова, А.И. Коркан, А.И. Корабельников

Приведены данные исследования увеличения объема яичников, связанного с нарушением кровоснабжения яичников и приводящего к резкому снижению уровня стероидных гормонов. Восстановление объема и гормональной функции яичников открывает новые возможности терапии миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: миома матки у женщин; репродуктивный возраст.

Актуальность. Проблема лечения больших миомой матки остается актуальной в современной гинекологии. Выбор метода лечения пациенток с миомой матки зависит от возраста, длительности заболевания, локализации, характера роста, структуры миоматозных узлов, наличия и степени проявления клинических симптомов,

а также репродуктивных планов женщины [1]. Консервативная гормональная терапия обладает рядом серьезных побочных эффектов, что ограничивает длительность ее применения и вызывает повторный рост миоматозных узлов после отмены препаратов [2]. Ведущим методом лечения данной патологии остается хирургическое

лечение, которое включает два основных варианта: гистерэктомия по принципу “нет органа – нет проблемы” и консервативная миомэктомия. Гистерэктомия – самый распространенный вид операции, применяемой в гинекологии при миомах матки. Операция позволяет удалить все фиброзные узлы одновременно и сводит риск дальнейшего рецидива миомы матки к минимуму. Тотальная или субтотальная гистерэктомия может быть выполнена лапароскопическим доступом, чрезвлагалищным, вагинальным с лапароскопической ассистенцией, или классическим лапаротомным доступом [3].

Удаление матки не проходит бесследно для пациенток, особенно молодого возраста, происходит снижение гормональной активности яичников, раньше наступает климакс, развивается постгистерэктомический, астеноневротический синдром, в ряде случаев требующие длительной медикаментозной коррекции.

Основной целью операции консервативной миомэктомии является вылущивание миоматозного узла и ушивание ложа и дефекта мышечного слоя матки, что позволяет сохранить матку и восстановить репродуктивную функцию женщины. С развитием новых технологий внедрены новые органосохраняющие операции при миоме матки: лапароскопическая миомэктомия (особенно для узлов субсерозной локализации и узлов на ножке), а также гистерорезектоскопия для удаления субмукозных узлов. Техническая возможность выполнения консервативной миомэктомии существует у большинства пациенток с миомой матки, но многое также зависит от подготовленности хирурга и целесообразности проведения подобной операции в каждом конкретном случае [4]. Попытка удаления большого количества узлов также может быть нежелательной, так как множество швов на матке может иметь более отрицательный эффект на последующую реализацию репродуктивной функции, чем удаленные узлы. Частота наступления беременности после миомэктомии варьирует от 27,1 до 73 % [5].

Кроме традиционного хирургического лечения в последние годы все более широкое применение находит эндоваскулярная эмболизация маточных артерий. Появление эмболизации маточных артерий сделало возможным лечить часть больных с использованием этого менее травматичного метода, а накопленный опыт ведения беременностей на фоне миомы матки позволил в ряде случаев проводить эту операцию женщинам, желающим забеременеть [6, 7].

Таблица 1

Распределение женщин по возрастам в группах сравнения

Возраст	1-я группа	2-я группа	3-я группа
До 30 лет	0	3	4
31-35 лет	2	13	15
36-40 лет	11	14	11
41-45 лет	12	0	2
Старше 45	5	0	0

Таблица 2

Жалобы больных до начала лечения

Жалобы	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Боль внизу живота	28	22	27
Меноррагии	23	18	25
Бесплодие	0	21	26
Учащенное мочеиспускание	12	6	4
Увеличение живота	9	2	1

Таблица 3

Характеристика миоматозных узлов

Размер	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Мелкие (1–4 см)	6	8	9
Средние (4–7 см)	12	8	13
Крупные (более 7 см)	10	14	9

Цель исследования – сравнить результаты лечения, клиническую картину, удовлетворенность проведенным лечением у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии без придатков, консервативной миомэктомии и после эмболизации маточных артерий.

Материалы и методы. В настоящем исследовании проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 92 пациенток с миомой матки, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ННЦМД в 2008–2009 гг. Больные были разделены на три группы в зависимости от проведенного лечения: 30 женщин после гистерэктомии (тотальной или субтотальной) с сохранением обоих яичников – 1-я группа, 30 женщин после консервативной миомэктомии – 2-я группа, 32 пациентки после ЭМА – 3-я группа. Средний возраст женщин был равен

39,1 ±1,1 лет в 1-й группе, 35,6 ±1,8 во 2-й и 34,7 ±1,4 – в 3-й группах (табл. 1).

Все пациентки были направлены на оперативное лечение, показаниями к операции были: выраженный болевой синдром, мено- и метроррагии, приводящие к анемизации, большие размеры опухоли, рецидив после консервативной миомэктомии, бесплодие или невынашивание беременности, связанное с миомой матки (табл. 2).

В клинике у пациенток всех трех групп преобладал болевой синдром, синдром гиперполименореи и, в меньшей степени, синдром сдавления соседних органов.

Размеры миоматозных узлов отражены в табл. 3.

Результаты лечения оценивались по субъективной самооценке женщин, анкетированию пациенток о динамике симптомов, характере менструального цикла, степени удовлетворенности через 3, 6, 12 месяцев после проведенного лечения, а также по ультразвуковой картине, магнитно-резонансной томографии (в 3-й группе). У пациенток 1-й группы по окончании года наблюдения удовлетворенность проведенным лечением составила лишь 50 %, на смену симптомам боли, кровотечению, сдавлению 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 троих вновь появились кровотечения и одна женщина продолжала испытывать боли. Три женщины этой группы забеременели впоследствии.

Через один 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 редукции узлов зависит от их структуры, кровоснабжения и направления роста. Во всех случаях у больных 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 исходно хорошей васкуляризацией.

При проведении УЗИ у женщин отмечается увеличение объема яичников вследствие пере-

несенного 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 – к 12 месяцам после лечения (табл. 4).

Уровень ЛГ и ФСГ до вмешательства и сразу после него в пределах физиологической нормы во всех трех группах. После манипуляции во второй группе уровень этих гормонов остается в пределах нормы. У пациенток 1 и 3 групп отмечается повышение гонадотропных гормонов к третьему месяцу наблюдения, причем в 1-й группе степень увеличения выше, чем в 3-й. К 12 месяцам в 3-й группе отмечается 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 группе 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 (табл. 5).

Таблица 4

Объем яичников в группах сравнения, см³

Показатель, t	1-я группа	2-я группа	3-я группа
До процедуры	6,2±0,4	6,4±0,2	6,1±0,6
Через 4–5 дней	11,6±1,4	9,0±1,2	9,6±1,4
Через 3 месяца	10,2±1,4	5,8±0,4	8,8±1,1
Через 6 месяцев	8,8±1,2	6,8±0,4	6,2±1,2
Через 12 месяцев	6,0±1,1	6,6±0,3	5,8±0,6

Обсуждение. Таким образом, наименее подвержены изменениям пациентки после консервативной миомэктомии. ЭМА и ГЭ приводят к изменениям анатомических характеристик оставшихся

Уровень гормонов в группах сравнения

Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа
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			
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 месяцев после операции			
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			
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			
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, выражающихся в увеличении объема 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 функций, возможность реализации материнства после органосохраняющих методик открывает новые возможности терапии миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Литература

1. *Parker W.H.* Uterine myomas: management // *Fertil Steril.* 2007. V. 88. P. 255–271.
2. *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.
3. *Казакевич А.И.* Сравнительный анализ гистерэктомии при различном хирургическом доступе // *Медицинская панорама.* 2005. № 8. С. 45–46.
4. *Беженарь В.Ф., Медведева Н.С., Айламазян Э.К.* Современная стратегия и хирургическая техника при лапароскопической миомэктомии // *Мед. эксперт. Здоровье женщины.* 2010. № 4. С. 16–20.
5. *Коротких И.Н., Кураносова И.Ю.* Оценка репродуктивного здоровья женщин после консервативной миомэктомии // *Журнал теоретической и практической медицины.* 2007. Т. 5. № 1. С. 38–40.
6. *Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. и др.* Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы // *Акушерство и гинекология.* 2007. № 5. С. 54–58.
7. *American College of Obstetricians and Gynecologists.* ACOG practice bulletin: alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas // *Obstet Gynecol.* 2008. V. 112. P. 387–400.