

Хирургическое лечение больных с миомой матки

Д.А. Каробекова, Ш.Х. Рахматулова, Ч.Б. Сафаров
Лечебно-диагностический центр «Шифо» г. Душанбе

В статье проанализированы результаты хирургического лечения 132 больных с миомой матки. Определён необходимый объём диагностических мероприятий и хирургического лечения миомы матки в зависимости от характера и размеров опухоли.

Единственным (радикальным) способом хирургического лечения является выполнение операции в объёме тотальной гистерэктомии (экстирпации матки), которое не только обеспечивает радикальное излечение, но и профилактику возникновения в будущем какого-либо заболевания шейки матки.

Наилучшим оперативным доступом для удаления миомы матки является лапароскопический, который характеризуется меньшей кровопотерей и частотой интра- и послеоперационных осложнений. Летальных исходов не было. Послеоперационный период составил от 2 до 5 койко-дней. Длительность операции варьировала от 45 до 110 минут, в среднем – $95,46 \pm 18,12$ мин. Объём операционной кровопотери составил от 100 до 420 мл ($195,76 \pm 171,38$ мл).

Ключевые слова: миома матки, гормональная терапия, лапароскопия, гистерэктомия

Актуальность. Миома матки – одна из наиболее распространённых доброкачественных опухолей женской половой сферы. Возникает у 20-44% женщин репродуктивного возраста. Согласно современным представлениям, миома матки – это доброкачественная, моноклональная, хорошо ограниченная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки. Локализация миомы матки бывает самой разнообразной. Наиболее часто встречается субсерозное и межмышечное (интрамуральное) расположение миоматозных узлов, количество которых может достигать 25 и более, а размеры – значительно увеличиваться [1,2].

Несмотря на определённые успехи, достигнутые в области консервативной терапии этого заболевания, основным методом лечения миомы матки до настоящего времени остаётся хирургический, а полного излечения удаётся добиться только с помощью гистерэктомии [2,3]. Однако у молодых женщин с нереализованной репродуктивной функцией, страдающих бесплодием или невынашиванием беременности, а также желающих сохранить матку с целью рождения детей в будущем, требуется хирургическое лечение, позволяющее, с одной стороны, полностью удалить патологический очаг, с другой – сохранить или восстановить генеративную функцию. Операцией, решающей эти проблемы, является миомэктомия. По данным НЦ АГиП им. В.И. Кулакова (2013г.), за период 1991-2012гг. было произведено 6089 миомэктомий, из них 81,1% – лапароскопиче-

ским доступом, 14,2% – гистерорезектоскопическим и 4,8% – лапаротомическим. Статистические данные свидетельствуют о более частом использовании радикальных вмешательств при миоме матки. Выполнение миомэктомии при узлах больших и гигантских размеров во многих стационарах до сих пор остаётся трудноразрешимой проблемой [3-5]. Эффект гормонотерапии на рост узлов миомы матки у женщин – сложный вопрос. Согласно рекомендациям FDA, агонисты ГнРГ, как метод предоперационной подготовки, признаны единственным лекарственным средством, способным не только уменьшить симптоматику, сопряжённую с миомой матки, но и временно воздействовать на объём миоматозных узлов [6-8].

Вышеизложенное свидетельствует о том, что современное хирургическое лечение миомы матки является актуальной проблемой реконструктивной хирургии, требующей дальнейшего проведения научных исследований в этом направлении.

Цель работы: анализ результатов диагностики и хирургического лечения больных с миомой матки.

Материал и методы. Работа основана на результатах диагностики и лечения 132 больных с миомой матки, прооперированных в период с 2010 по 2013гг. в Лечебно-диагностическом центре «Шифо». Средний возраст больных составил $29,1 \pm 2,14$ года.



Мы разделяли женщин с миомой матки в зависимости от величины узлов на следующие группы:

1. Миома матки средних размеров, миомы матки на ножке (субсерозные). В эту группу входили женщины с единичным миоматозным узлом, размер которого не превышает 4 см. Лечение больных этой группы зависело от наличия у них репродуктивных планов. Если женщина планирует беременность, то мы рекомендовали лапароскопическую миомэктомию. Всем больным провели курс лечения препаратом «Бусерелин-депо» для уменьшения узлов перед операцией. После операции в течение 6 месяцев мы продолжали курс терапии бусерелином-депо – по 3,75 мг, до 5 инъекций каждые 28 дней;
2. Миома матки больших размеров. Женщины этой группы имели миому матки от 14 до 20 недель беременности. Мы выполняли лапаротомную тотальную гистерэктомию. Женщины были старше 45 лет. До и после операции назначали препарат «Бусерелин-депо»;
3. Миомы матки, рождающиеся, родившиеся из подслизистых опухолей. В этой группе больных провели миомэктомию влагалищным доступом.

Показанием к хирургическому лечению миомы матки женщин были:

1. Величина миомы, превышающая размеры матки при беременности 12 недель у женщин до 45 лет, более 15-20 недель – у женщин старше 45 лет;
2. Быстрый рост миомы матки;
3. Маточные кровотечения. Рецидивирующие (повторно возникающие) маточные кровотечения;
4. Анемизация женщины (постоянно низкие показатели гемоглобина до и после менструации) вследствие обильной кровопотери;
5. Наличие субмукозных, субсерозных узлов любых размеров на длинных ножках;
6. «Рождающийся» узел;
7. Шеечная локализация миомы матки.

Предоперационная подготовка имела большое значение для прогнозирования исхода оперативного вмешательства: для уточнения объема операции, доступа (абдоминальный или влагалищный) и метода оперативного вмешательства (лапароскопия, лапаротомия), выявления и коррекции экстрагенитальных заболеваний.

Всем женщинам с миомой матки проведены:

- цитологическое исследование на атипичные клетки, расширенная кольпоскопия, при необходимости – биопсия шейки матки (онкомаркеры);

- по показаниям осуществляли гистероскопию с диагностическим (или отдельно-диагностическим) выскабливанием полости матки. Эти методы позволяли нам выявить подслизистые миоматозные узлы, с сопутствующим внутренним эндометриозом матки и другие патологии эндометрия;
- при сочетании миомы матки с патологией яичников, эндометрия, прямой кишки, мочевого пузыря провели ректороманоскопию, фиброгастроскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза и брюшной полости, экскреторную урографию, рентгенологическое исследование органов грудной полости для выявления возможных метастатических очагов опухоли;
- при низко расположенных узлах и миоме шейки матки, мы провели экскреторную урографию для определения состояния мочевого пузыря, что позволило нам правильно оценить изменения, которые могут возникнуть во время операции и в послеоперационном периоде. При подозрении на почечную патологию проводили детальное исследование почек;
- за 7-10 дней до оперативного вмешательства нами было проведено полное общеклиническое обследование: развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, гемостазиограмма, общий анализ мочи; ЭКГ, RW, R-грамма ОГП; а также определяли группу крови и резус-фактор;
- при сопутствующих заболеваниях – консультации смежных специалистов и коррекция экстрагенитальной патологии;
- применяли агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов (а-ГнРГ) до и после операции. Использовали препарат «Бусерелин-депо» (3,75 мг).

При сборе анамнеза, мы обращали внимание на факторы риска, связанные с развитием миомы (возраст, менархе, репродуктивная функция, ожирение, менопауза, гормональная терапия).

Основным методом скрининга и первичной диагностики в нашей работе было УЗИ, которое проводилось на аппарате «Aloka-SSD-4000» (Япония). Достоверным ультразвуковым признаком миомы является обнаружение в миометрии сформированного узла. При обнаружении объемного образования определяли его локализацию, размеры.

Компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томографии (МРТ) выполнялись на аппаратах Somatom Emotion фирмы «Siemens» (Германия). При КТ и МРТ оценивали локализацию опухоли, её размеры, плотность, структуру, контуры, наличие капсулы, топографо-анатомические взаимоотношения с соседними органами и структурами.

Кольпоскопическое исследование являлось определяющим дальнейшую тактику и объём оперативного вмешательства. Видеофотокольпоскопия проводилась с помощью видеофотомикроскопа (Китай), в виде видеофотокамеры на штативе с источником света. Обязательным компонентом исследования являлись тесты с 3% раствором уксусной кислоты и 3% водным раствором Люголя.

Лапароскопию выполняли по стандартной закрытой методике с помощью иглы Вереша и инсуффлятора Endoflator или Thermoflator (Karl Storz, Германия), используя троакары диаметром 10-11 мм (Karl Storz, Германия), лапароскоп Hopkins П (0°) (Karl Storz, Германия).

Эндоскопические операции проводили, используя телевизионные системы Trinitron Color Video Monitor (Sony, Япония).

Статистическую обработку проводили с использованием программы SPSS 16.0 и Statistica 10.0. Методами описательной статистики определяли средние тенденции с вычислением средне - арифметического значения и его стандартной ошибки. Дисперсионный анализ проводили методом ANOVA. Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На основании проведённых исследований, у всех пациентов диагностирована миома матки. Из 132 пациенток, которым провели хирургическое лечение, лапароскопическим доступом – 31,8% пациенток с субсерозными и интерстициальной локализацией узлов (единичные и множественные узлы), лапаротомным доступом – 68,1% пациенток, влагалищным – 2,9%.

Анализ результатов хирургического лечения больных с миомой матки, подвергшихся лапароскопической миомэктомию, показал, что величина матки, оценённая во время операции, варьировала от 5 до 10 недель (в среднем $6,89 \pm 2,51$ недели). Размеры опухоли более 10 недель отмечены у 5,4% больных. Число миоматозных узлов, удалённых при операции, колебалось от 1 до 8, в среднем – $2,49 \pm 1,37$ узла за операцию. Множественная миома обнаружена у 20 (28,5%) больных. У 20 больных с множественной миомой величина матки соответствовала 5-9 неделям беременности (средняя – $6,17 \pm 2,13$); диаметр наибольшего узла – 3,0-9,0 см (средняя величина $6,44 \pm 1,59$); число узлов – от 2 до 9 ($3,65 \pm 1,34$). У 10 больных с единичными миоматозными узлами величина матки составила 7-10 недель ($8,11 \pm 2,35$), диаметр узла – 5,5-10 см ($8,75 \pm 2,68$). Диаметр наибольшего из удалённых узлов варьировал от 3,0 до 12 см, в среднем – $5,98 \pm 2,43$ см. Узлы неблагоприятной локализации (перешеечной и межсвязочной) обнаружены при операции у 1 (3,1%) больной. Интраоперационных осложнений в наших наблюдениях

не было. Послеоперационный период составил от 2 до 5 койко-дней. Длительность операции варьировала от 45 до 110 минут, в среднем – $95,46 \pm 18,12$ мин. Объём операционной кровопотери составил от 100 до 420 мл ($195,76 \pm 171,38$ мл). Ни в одном случае объём операции не был расширен до гистерэктомии. Миомэктомию производили в первую фазу менструального цикла на фоне искусственной аменореи (приёма пациентками агонистов ГнРГ).

Все больные были прооперированы в плановом порядке с использованием общего эндотрахеального наркоза. Лапаротомным доступом прооперировано 68,1% женщин с миомой матки. Несмотря на высокую травматичность данного доступа, мы считаем его абсолютным показанием при больших размерах опухоли. Критериями для удаления матки из лапаротомного доступа явились: размеры узлов 15-16 см, множественная локализация крупных миоматозных узлов, субмукозная миома матки. Во всех случаях производили тотальную гистерэктомию (экстирпация матки) с придатками у женщин перименопаузального возраста, не оставляя даже неизменённую часть органа. Подобную тактику считаем оправданной, так как у 15-20% больных, которым оставили шейку матки, были рецидивы миомы в культе шейки [9,10].

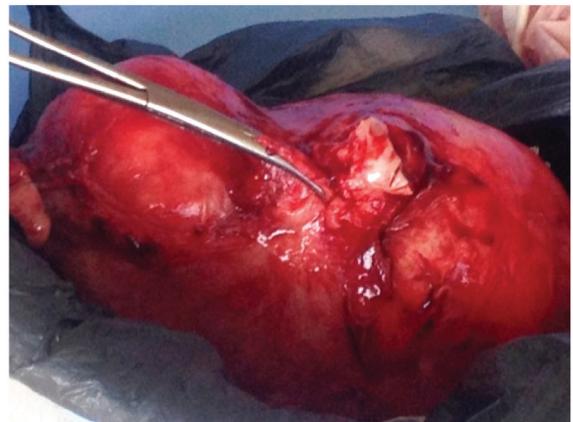


РИС. УЗЛОВАЯ МИОМА МАТКИ, 2,5 КГ
(СОБСТВ. НАБЛ.), 2013Г.

В одном случае, при удалении миомы матки гигантских размеров (рис.), возникло интраоперационное осложнение – пережатие мочеточника.

Вопрос о сохранении придатков матки в каждом случае решался индивидуально. Нагноение послеоперационной раны отмечалось у двух пациенток после этого доступа. Лапароскопический доступ позволил сохранить менструальную функцию у всех наших больных и восстановить детородную функцию у 30% пациенток.



Миомэктомию влагалищным доступом провели у 2,9% больных женщин во всех случаях миом, разрастающихся из подслизистых опухолей. Узлы миомы локализовались во влагалищной части шейки матки. Этот метод был наиболее подходящим у наших больных с миомой и локализацией узлов во влагалищной части шейки матки. Размеры узлов были до 6-7 см, возраст женщин – от 30 до 48 лет. Кровопотеря составила от 200 мл до 250 мл. Послеоперационный период протекал гладко.

Авторы, обладающие наибольшим опытом использования лапароскопического удаления опухолей матки, считают данный метод высокоэффективным [11-14]. Мы также являемся сторонниками проведения органосохраняющих операций у женщин детородного возраста при миоме матки. Экстирпацию матки проводили только пациенткам перименопаузального возраста при наличии показаний.

Мы отказались от использования лапароскопии в тех случаях, когда: 1) толщина подкожно-жировой клетчатки в зоне разреза была более 6-7 см; 2) при наличии множества узлов диаметром более 3-4 см и значительном увеличении размеров матки; 3) при необходимости провести ревизию органов брюшной полости, а данный доступ ограничивал обзор.

По нашим данным и мнению ряда авторов [6,7,13], выполнение эндоскопической миомэктомии целесообразно в следующих случаях: 1) при сочетании подслизистого узла миомы более 4 см в диаметре с межмышечным (или межмышечно-субсерозным) узлом, требующим наложения швов на матку; 2) при размерах тела матки, превышающих 12 недель беременности, длины полости матки более 10 см; 3) в случае четырёх межмышечных узлов миомы более 4 см в диаметре, 4) при наличии множества мелких интрамуральных узлов опухоли, 5) при наличии подслизистого узла миомы с интрамуральным; 6) при наличии сопутствующей генитальной патологии. При наличии более 3-4 межмышечных или межмышечно-субсерозных узлов, миомы свыше 4 см в диаметре или множественных небольших интрамуральных, интралигаментарных и перешеечных узлов миомы, а также при сопутствующей патологии в сочетании с подслизистыми узлами, мы проводили абдоминальный этап миомэктомии открытым доступом.

Таким образом, полученные данные исследования констатируют, что лапароскопическая миомэктомия является методом выбора как при единичных, так и при множественных субсерозных узлах, а также при наличии узлов на ножке у женщин любого возраста, с целью предупреждения перекрута её ножки. Хирургическое лечение множественной миомы матки с различным характером роста узлов у женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов, желающих сохранить репродуктивную и менстру-

альную функции, следует проводить в комбинации с лапароскопическим доступом. Предложенные лечебные подходы, в основном, направлены на возможность сохранения органа и восстановление репродуктивной функции. При этом агонисты ГнРГ играют существенную роль в органосохраняющем лечении больных с миомой матки. Наш опыт лечения женщин с миомой матки позволил большому числу женщин избежать гистерэктомии и её последствий. Лапароскопическая хирургия раскрывает новые возможности в оперативном лечении гинекологической патологии как для больного, так и для хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оперативная гинекология / В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова, Н.А.Щукина, А.А.Попов// - М. Изд-во МЕДпресс-информ. - 2013. - 320с.
2. Беженарь В.Ф. Опыт применения стандартизированной методики лапароскопической миомэктомии / В.Ф.Беженарь, А.А.Цыпурдеева, А.К.Долинский // Журнал «Акушерства и женских болезней». - 2012. - Т.ХI. - Вып.4. - С.23-33.
3. Лапароскопическая гистерэктомия – семилетний опыт / В.Ф.Беженарь, А.А.Цыпурдеева, А.К.Долинский, Р.Г.Бочоришвили // Журнал «Акушерства и женских болезней». - 2011. - №4. - С.12-19.
4. Беженарь В.Ф. Современная стратегия и хирургическая техника при лапароскопической миомэктомии / В.Ф.Беженарь, Н.С.Медведева, Э.К.Айламазян // Журнал «Здоровье женщины». - №4. - 2008. - С.22-27.
5. Кулаков В.И. Руководство по оперативной гинекологии / В.И.Кулаков, Н.Д.Селезнёва, С.Е.Белоглазова. - М. - 2006. - 640 с.
6. Адамян Л.В. Опыт 1000 тотальных гистерэктомий / Л.В.Адамян, В.И.Кулаков, С.И.Киселёв // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. -М. - 2002. - С.10-13.
7. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация / Л.В.Адамян. - М. - 2014. - 49с.
8. Лапотко М.Л. Органосохраняющее лечение миомы матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Л.Лапотко. - Минск. - 2010. - 20с.
9. Тихомиров А.Л. Нюансы органосохраняющего лечения миомы матки / А.Л.Тихомиров// Практическая медицина. - М. - 2011. -32с.
10. Сидорова И.С. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия) / И.С.Сидорова // Росс. вестник акушера-гинеколога. - - 2012. - №3. - С. 45-48



11. Nirmala Duhan Curren and emerging treatments for uterine myoma – an update / Duhan Nirmala // Int J. Womens Health. - 2011.3:231-241.
12. Giraudet G. Except fertility, place of myomectomy in perimenopause and after menopause / G.Giraudet [et al.] //Gynecol Obstet Biol Reprod. - 2011. - Vol.40. - №8. - P. 902-917.
13. Radosa M.P. Laparoscopic myomectomy in peri – and post-menopausal women is safe, efficacious and associated with long-term patient satisfaction / M.P.Radosa [et al.] // Eur. J. Obstet Gynecol Reprod Biol. - 2012. - Vol.162, №2. - P.192-196.
14. Bulun SE. Uterine fibroids / S.E.Bulun // N. Engl. J. Med. - 2013. - Vol.369. - P. 1344-55

Summary

Surgical treatment of patients with uterine myoma

D.A. Karobekova, Sh.Kh. Rahmatuloeva, Ch.B. Safarov

Medical and Diagnostic Center «Shifo» Dushanbe

The article analyzes the results of surgical treatment of 132 patients with uterine myoma. the Dimension of diagnostic procedures and surgical treatment of uterine myoma, depending on the nature and size of tumor is determined.

Only (radical) method of surgical treatment is to perform total hysterectomy, which provides not only a radical cure, but prevention of any disease of the cervix in the future.

The best approach to remove uterine myoma is laparoscopic, which is characterized by less blood loss and intra - and postoperative complications. Were no deaths. The postoperative period ranged from 2 to 5 bed-days. Duration of surgery ranged from 45 to 110 minutes on average - $95,46 \pm 18,12$ min. The volume of intraoperative blood loss ranged from 100 to 420 ml ($195,76 \pm 171,38$ ml).

Key words: uterine myoma, hormonal therapy, laparoscopy, hysterectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Каробекова Дилбар Ахроровна – заведующая отделением гинекологии Лечебно-диагностического центра «Шифо»;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дружба народов, 146
E-mail: bahor2008@hotmail.com