

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Ходжаева З.А.
Муратова Н.Д.
Абдурахманова С.И.
Сулаймонова Н.Ж.

Ташкентский Государственный стоматологический институт, г.Ташкент

Актуальность. Миома матки до сих пор остается наиболее частой причиной хирургических вмешательств в гинекологии, зачастую приводящих к потере репродуктивного органа. Причиной тому является позднее обращение женщин к врачу после появления осложнений, увеличения размеров матки и количества узлов. Многочисленные исследования показали, что на сегодняшний день необходим дифференцированный подход к лечению каждой женщины, т.к. широкое применение современных ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью, применение доплерографии позволяют не только описать топографию и размер узлов, но и определять характер узлов миомы, их пролиферативную активность. Часто после проведения консервативной миомэктомии отмечается рецидив миомы, особенно у женщин репродуктивного возраста. В этой связи применение протеолитических препаратов в послеоперационном периоде в виде электрофореза на область малого таза снижает риск рецидива лейомиомы.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности комплексного медикаментозного и хирургического органосохраняющего лечения миомы, а также эффективность реабилитационного лечения после миомэктомии

Материал и методы исследования. Обследованы 58 женщин репродуктивного возраста с установленным диагнозом миома матки. Возраст обследованных колебался от 26 до 42 лет, составляя в среднем $32,46 \pm 2,1$ года. Все женщины были разделены на 2 группы: 1-группа - 32 женщины, с бессимптомной миомой; 2-группа – 26 женщин с симптомной миомой.

В зависимости от вида консервативной терапии пациентки 1-группы были разделены на 2 подгруппы: в 1а-группе для консервативной терапии миомы матки все пациентки получали препарат, относящийся к группе агонистов ГнРГ – буселерин-депо 3,75 мг и буселерин-спрей 0,15 мг/доза назально 3 раза в день в течение 3–4-х месяцев; в 1б-группе – получали препарат улипристал-ацетат 5 мг (эсмия, Геден Рихтер), относящийся к группе препаратов селективных модуляторов прогестероновых рецепторов (СМРР), по 1 таблетке ежедневно в течение 3-х месяцев. После этого проводили миомэктомию. Пациенты 2-группы не получали медикаментозную терапию, им проведено только оперативное лечение.

Мониторинг эффективности консервативного лечения у пациенток 1-группы проводился путем ежемесячных УЗ-контроля размеров узлов с одновременным доплерометрическим исследованием кровотока миоматозных узлов путем энергетического доплера на аппарате HITACHI HI VISION Preirus, датчик EUR-V53W R10, частота 8-4МГц. Для реабилитационного лечения применяли низкодозированные оральные контрацептивы в течении 3х месяцев и препарат Кукумазим - природный комплекс протеолитических ферментов, выделяемый из млечного сока (латекса) *Caica rарауа*. Кукумазим обладает протеолитической активностью широкого спектра действия: некролитической, фибринолитической, противовоспалительной. Препарат применяли следующим образом: Кукумазин 50 МЕ разводили в физиологическом растворе 0,9% – 5,0. Препарат вводят с анода в течение 15 мин. Салфетку в 4-6 слоев смоченную в 1 мл получившегося раствора накладывали на низ живота, а на область поясницы накладывали салфетку, смоченную физиологическим раствором. Процедуру проводили по пять дней в 3 курса, с перерывом 10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. В 1-группу были включены женщины с субсерозным и/или интрамуральным типом миоматозных узлов тела матки. Количество узлов в матке было от 1 до 9, размеры их были от 2-3 см до 5-7,5 см в диаметре. Показаниями для консервативной терапии обследованных являлись: суммарный размер матки до 14 недель, отсутствие клинической симптоматики (кровотечения, боли, нарушение функции соседних органов), интрамуральное или субсерозное расположение узлов, отсутствие быстрого роста узлов и бесплодие. При этом только субсерозные узлы выявлены у 12 (20,7%) пациенток, только интрамуральные у 7 (12,1%) пациенток. Смешанные узлы обнаружены у 39 (67,2%) пациенток. Бесплодие было первичным у 20 (62,5%) и вторичным у 12 (37,5%) пациенток.

Как показали данные анамнеза, давность заболевания составляла от 3-х до 7 лет. Большинство (24 пациентки – 75%) отмечали в анамнезе нарушения менструального цикла по типу дисфункции яичников, причиной бесплодия у них были гормональные нарушения и деформация полости матки узлом миомы. Миома обнаружена у пациенток при УЗИ матки и яичников.

Во 2-группе больных давность заболевания составляла от 5 до 10 лет. Клиника заболевания была представлена нарушениями менструального цикла (21 – 80,8%) (гиперменорея, гиперполименорея, альгоменорея), нарушением функции соседних органов в виде затруднения мочеиспускания (2 – 7,7%), бесплодием (5 – 19,2%), диспареунией – нарушением половой жизни (8 – 30,8%), тянущими болями внизу живота (3 – 11,5%) в различных сочетаниях. Показанием к операции у них были повторяющиеся кровотечения с хронической анемизацией, сочетание миомы с кистой яичника, быстрый рост миомы, нарушение функции соседних органов, множественная миома, сочетание миомы с аденомиозом. Объем оперативного лечения состоял в надвлагалищной ампутации матки без придатков (НАМ) – у 14 (53,8%), НАМ с придатками – у 3-х (11,5%) и экстирпации матки без придатков – у 3-х (11,5%) пациенток. Только в 6 случаях (23,2%) у пациенток с бесплодием была проведена миомэктомия с удалением от 4-х до 7 узлов путем лапаротомии.

Эффективность консервативного лечения определяли по ухудшению качества интра- и перинодулярного кровотока при доплерометрии. Так у пациенток I группы до лечения ИР составлял от 0,48 до 0,52. После применения буселерина в течение 3-4-х месяцев или улипристал-ацетата (эсмий) в течение 3-х месяцев ИР повысился до 0,64-0,68, что свидетельствовало об ухудшении кровотока в миоматозном узле, наряду с уменьшением его размеров. При этом, узлы диаметром до 15 мм практически исчезали, размером от 15 до 30 мм – уменьшились вдвое, а диаметром от 30 до 55 мм – уменьшились на 15-20% от исходного размера. Следовательно, динамическое УЗИ наблюдение за размерами миоматозных узлов и характером кровотока в них показал повышение ИР в сосудах на 34-40% от исходной величины, появление аваскулярных узлов (в 28% случаев), отсутствие интранодулярного или перинодулярного кровотока в них (48% случаев). Применение агонистов ГнРГ или СМПР способствует нарушению кровоснабжения узла и повышению ИР, что позволяет сократить курс лечения этими препаратами и проводить динамическое наблюдение за клинической эффективностью лечения миомы матки.

Миомэктомия проведена путем лапароскопии в 1-группе больных у 18 (56,3%) больных, а остальным – путем лапаротомии. Последние были проведены в связи с большими размерами узлов, которые незначительно уменьшились после медикаментозного лечения. Обращает на себя внимание, что продолжительность операции, ее техническое выполнение, кровопотеря во время операции у пациенток 1 группы имели значительно лучшие показатели по сравнению с аналогичными данными у женщин 2-группы, не получавших до операции лечения. Так средняя продолжительность лапароскопического удаления узлов ($19,2 \pm 0,7$ мин.) была по продолжительности в 2 раза короче, чем при их лапаротомном удалении ($38,1 \pm 0,65$ мин.) у пациенток 1-группы. При этом необходимо отметить, что удаление узлов после приема эсмия было значительно проще, быстрее и с меньшей кровопотерей, чем после а-ГнРГ.

В тоже время продолжительность миомэктомии, выполненной путем лапаротомии у пациенток 2-группы, не получавших медикаментозное лечение а-ГнРГ или СМПР, была в 1,4 раза дольше ($54,8 \pm 1,68$ мин.), чем аналогичная операция у пациенток 1-группы. Несомненно, что одной из причин была повышенная кровоточивость ложа узлов при их энуклеации узлов и их количество. Так, в 1-группе кровопотеря при лапароскопическом выполнении операции была ($49,2 \pm 5,3$ мл) в 2,8 раза меньше, чем при лапаротомном ($135,8 \pm 2,86$ мл), а во 2-группе ($234,4 \pm 9,8$ мл) - в 1,8 раз больше, чем при такой же операции в 1-группе. Как известно, применение а-ГнРГ или СМПР способствуют снижению перинодулярного и интранодулярного кровотока. Это обеспечивало меньшую кровопотерю при энуклеации особенно интрамурально-субсерозных узлов у пациенток 1-группы.

В реабилитационное лечение для профилактики рецидива миомы в послеоперационном периоде применялись низкодозированные ОК в течение 3-х месяцев и физиолечение в виде электрофореза с Кукумазимом через 2 месяца после оперативного лечения. Так, молодым женщинам до 35 лет назначали преимущественно однофазные препараты (Новинет, Регулон, Линдинет-20, Гедон Рихтер), а женщинам старшего репродуктивного возраста назначали препарат, относящийся к производным норстероидного ряда с гестагенными свойствами, Норколут в течение 3-6 месяцев. Мониторинг эффективности реабилитационного лечения проводился путем УЗИ контроля в течение первых 6 месяцев, а затем 1 раз в 3 месяца в течении 2х лет. Так у пациенток 1 группы, получавших реабилитационное лечение, рецидива в течении обследуемого времени не наблюдалось, чего мы не можем сказать о пациентках 2 группы – образование новых узлов наблюдалось уже с 14-го месяца послеоперационного периода в количестве от одного до трех, размерами 7-12 мм. После достижения удовлетворительной УЗ картины в матке, отсутствии рецидивов миомы прием синтетических прогестинов прекращали и наблюдали за восстановлением фертильности. Частота наступления беременности у пациенток в 1-группе составила 53,1% (17 пациенток) в течение первого года после операции, а во 2-группе – 33,3% (2 из 6 пациенток), что вероятно связано с меньшей травматизацией тканей матки в 1-группе больных. Таким образом, исследования показали, что ранняя диагностика миомы и проведение предоперационной медикаментозной терапии а-ГнРГ или СМПР позволяет значительно уменьшить объем оперативного вмешательства, сохранить репродуктивный орган, а в некоторых случаях, полностью заменить хирургическое лечение медикаментозным. Применение Кукумазима 50 МЕ в виде электрофореза является профилактикой риска образования новых миоматозных узлов.

Длительность применения а-ГнРГ или улипристал-ацетата до миомэктомии была наиболее оптимальной в течение 3-4 месяцев, что способствовало сохранению псевдокапсулы узла и облегчало его энуклеацию.

Выводы. 1. Объем оперативного органосохраняющего лечения миомы матки зависит от длительности заболевания, дооперационной медикаментозной подготовки больной препаратами агонистов гонадотропных релизинг-гормонов или селективными модуляторами прогестероновых рецепторов. Это позволяет значительно уменьшить объем операции, сохранить репродуктивный орган, а в случаях мелких узлов - исключить хирургическое вмешательство.

2. Миомэктомия, выполненная путем лапароскопии, имеет преимущества перед лапаротомной энуклеацией узлов в виде сокращения кровопотери и времени выполнения операции, а также восстановления фертильности.

3. Применение протеолитических препаратов для лекарственного электрофореза, как профилактика риска рецидива миомы матки является неотъемлемым этапом современного органосохраняющего лечения, которое позволяет сохранить репродуктивную функцию женщин.