

СТАНДАРТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

М.Т. ХУСАНХОДЖАЕВА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Министерство Здравоохранения
Республики Узбекистан

БАЧАДОН МИОМАСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ СТАНДАРТЛАРИ

М.Т. ХУСАНХОДЖАЕВА

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги

STANDARDS FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH UTERINE MYOMA

M.T. KHUSANKHODJAEVA

Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

Введение. По сведениям различных авторов, частота обнаружения миомы матки среди современной женской популяции колеблется - от 20 до 77% [5, 6, 8]. При этом отмечается заметный рост заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста [1, 2, 8]. Учитывая, что в современных условиях женщины зачастую реализуют репродуктивную функцию после 30 лет, вопросы тактики ведения миомы матки у пациенток репродуктивного возраста переросли в самостоятельную актуальную проблему. Фрагментарность работ, противоречия, отсутствие протокольных схем лечения и реабилитации, создает массу вопросов по ведению данной категории женщин. Ряд исследователей видят решение данной проблемы во введении клинических протоколов, которые должны стать основой формирования медицинского Госстандарта [8].

Цель исследования. Формирование конкретных моделей патологии для протокольного ведения больных с ММ.

Результаты. Для осуществления поставленной задачи нами была проанализирована отечественная и зарубежная литература, посвященная лечению миомы матки, а также собственный клинический материал. В современной литературе выдвигаются основные положения стратегии и тактики при миоме матки (ММ):

- лечение должно быть начато сразу же после обнаружения опухоли, и чем раньше, тем лучше [1, 4, 8];

- оперативное лечение должно быть принято по строго определенным показаниям, даже в отсутствие жалоб, оно позволяет сохранить детородный орган у молодых женщин;

- учитывая, что рост миомы матки патогенетически связан с развитием гиперпластических процессов эндометрия, требуется проведение соответствующих мероприятий;

- онкологическая настороженность должна сочетаться с разумным консерватизмом в определении объема оперативных вмешательств, так как

удаление рецепторных органов и тканей ведет к соматическим нарушениям у оперированных женщин [4, 8].

Ландеховский Ю.Д. при составлении протоколов ведения больных с миомой матки выделяет 15 моделей патологии, в основу которых легли расположение миоматозного узла (интрамуральные, субсерозные, субмукозные), размеры опухоли, возраст больной, состояние эндометрия [8]. При этом выделяется консервативное лечение препаратами норстероидов, хирургическое лечение, включающее радикальные операции и консервативную миомэктомию.

Вместе с тем, следует выделять в отдельные группы больных с миоматозными узлами, деформирующими полость матки (интрамуральные с центрипетальным ростом, интрамурально-субмукозные), субсерозными миоматозными узлами на ножке (в виду постоянной угрозы перекрута), субмукозными миоматозными узлами [2]. Остальные же локализации миоматозных узлов – интрамуральные без деформации полости матки и субсерозные на широком основании могут быть объединены в одну группу виду того, что требуют одинаковых врачебных действий.

Важнейшим фактором, определяющим врачебную тактику, является возраст больной с ММ. Следует определить пороговый возраст, принимая во внимание близость естественной менопаузы, возрастание онкологических заболеваний параллельно с возрастом. Другой же безусловной границей является возраст постменопаузы, когда превалирует онкологическая настороженность.

Важными факторами являются размеры комплекса опухоль-матка и быстрый рост опухоли. Безусловно, что отсутствие эффективности консервативного лечения при размерах опухоли более 8-12 недель беременности [1, 5, 8], ставит этот пороговый размер показанием к оперативному лечению. В современной литературе появились термины «истинный» и «ложный» рост опухоли применительно к ММ [2]. Он расценивается

как «истинный», если в его основе лежит пролиферация гладкомышечных элементов и «ложным», если увеличение объема опухоли связано с возникновением в ее паренхиме дегенеративных изменений и отека. Последнее развивается очень часто в виду нарушения микроциркуляции, венозного оттока, дегенеративных изменений в нервных стволах матки и вследствие этого высвобождения биологически активных веществ. Темп гиперплазии миоцитов в опухоли и темп гипертрофии миоцитов в основном зависит от концентрации и соотношения эстрадиола и прогестерона в локальном кровотоке матки. В абсолютном большинстве случаев (около 99 %) быстрый рост опухоли связан, прежде всего, с процессами гипертрофии миоцитов, переводнением тканей узлов и только затем гиперплазией миогенных элементов. Это особенно важно помнить, когда по «онконастороженности» приходится принимать решение о радикальной операции у молодых женщин, которые еще не реализовали детородную функцию.

Особую группу составляют женщины, у которых причиной бесплодия явилась ММ. После реконструктивных операций на матке частота наступления беременности варьирует от 27,1 до 73,0 % [1, 2], что подтверждает актуальность данной проблемы для исследователей. Выделения пациенток с ММ в отдельную группу обусловлено необходимостью более раннего применения реконструктивных операций у этих женщин. За период 2001-2007 гг. на стационарном лечении в отделении гинекологии РНЦЭМП МЗ РУз оперировано 864 женщины с ММ. Возраст пациенток колебался от 32 до 60 лет (средний - $40,5 \pm 6,4$ лет). Операции проводились по комплексу показаний, среди которых наиболее частыми являлись: большие размеры миомы, обильные менструации с анемизацией, быстрый рост миомы, бесплодие. Симптом кровотечения встречался у 680 (78,7%) женщин, симптом боли у 345 (39,8%), симптом быстрого роста у 159 (18,4%) пациенток. Проведено 570 (65,9%) надвлагалищных ампутаций, 211 (24,4 %) экстирпаций матки и 83 (9,6%) консервативные миомэктомии. Проанализировав этот клинический материал, мы попытались выделить различные группы больных с вышеуказанными факторами для определения наиболее рациональной врачебной тактики.

Отдельную группу женщин составляют больные с размерами ММ до 12 недель беременности в *детородном возрасте* с интрамуральными, субмукозными и субсерозными миоматозными узлами на широком основании с неизменным эндометрием без развития осложнений. Таким больным следует проводить консервативное лечение. Выбор способа консервативного лечения, по нашему мнению, принципиально зависит

от наличия осложнений и сопутствующего аденомиоза. Даже в случаях абсолютно бессимптомного течения, мы предпочитаем начинать терапию с шестимесячного курса агонистами релизинг-гормона. При развитии осложнений – нарушение питания опухоли, неэффективности консервативной терапии при анемизации вследствие маточных кровотечений, быстром росте опухоли следует отдать предпочтение консервативной миомэктомии. Здесь необходимо обратить внимание на такой фактор, как нарушение питания миоматозных узлов. Перекрут ножки субсерозного узла не оставляет сомнений о причине urgentной ситуации и последующих врачебных действиях. Но когда этот синдром возникает при интрамуральной и субмукозной локализации миомы у молодой нерожавшей женщины, этот фактор (ишемия узла) становится проблематичным. Можно ли провести консервативную миомэктомию в таких условиях. Наш опыт показывает, что, несмотря на известные опасения, проведение корректной органосохраняющей операции не приносит существенных дополнительных послеоперационных осложнений.

При наличии интрамуральных, субсерозных и субмукозных миоматозных узлов и величине матки более 12 недель в возрасте до 40 лет при неизменном эндометрии и реализованной генеративной функции, по нашему мнению показано проведение надвлагалищной ампутации или экстирпации матки. Расширение операции до экстирпации матки показано при сопутствующей органической патологии шейки матки, наличия признаков аденомиоза. В случаях бесплодия в этом возрасте, когда причиной ее послужила миома матки, мы отдаем предпочтение консервативной миомэктомии. Даже в тех случаях, когда причиной бесплодия послужило сочетание ММ с аденомиозом, по нашему мнению, сохраняется возможность проведения консервативной миомэктомии. Важным здесь является определение срока КМ: до- или после терапии агонистами. В современной литературе единого мнения по этому вопросу нет. По нашим представлениям, возможность проведения и успех консервативной миомэктомии зависят от формы и распространенности сопутствующего аденомиоза. Технические трудности по ходу операции на фоне выраженных форм аденомиоза, могут стать непреодолимыми и операция закончится незапланированной гистерэктомией. Поэтому центральным фактором в этой модели патологии становится квалифицированное УЗИ до операции, и когда устанавливается сопутствующий аденомиоз, целесообразно проведение опережающей терапии агонистами, как минимум в течение 6 месяцев. Другую группу составили женщины в возрасте до 40 лет с атипичским изменением эндометрия. Ведение таких больных

зависит от размеров опухоли. При величине миомы, соответствующей 12 неделям беременности и более, лечение должно быть только хирургическим (радикальные операции). При размерах, соответствующих менее 12 недель беременности возможно, по данным некоторых авторов [8], применение консервативного лечения гестагеном в течение 3 месяцев с биопсией эндометрия. При наличии доброкачественных изменений эндометрия больные подвергаются консервативной миомэктомии. Мы полагаем, что в этой модели возможен рецидив атипического изменения эндометрия, что может послужить поводом для радикальной операции.

Следующую группу составляют пациентки в возрасте *после* 40 лет с интрамуральной, субсерозной, субмукозной миомой с атипическими изменениями эндометрия. Не зависимо от размеров миомы, основным методом лечения этих больных является хирургический – радикальные операции.

Больные с рождающимся субмукозным узлом на первом этапе, вне зависимости от возраста, должны быть подвергнуты хирургической операции – консервативной миомэктомии (влагалищным доступом). В дальнейшем эта категория больных рассматривается в вышеописанных моделях патологии с учетом результатов гистологического исследования.

Вопросам оперативного лечения миомы матки в последние годы посвящено большое число научных работ [1, 2, 5]. Гистерэктомия была и остается поныне самым распространенным видом хирургической операции, выполняющейся в гинекологии, что привело к ситуации, при которой около трети женского населения в возрасте до 65 лет подвергается этой операции. Это обстоятельство имеет большое значение, так как раннее выключение генеративной функции у молодых женщин не только прекращает их детородную функцию, но и в существенной степени обуславливает нарушение нейроэндокринной регуляции, и осложняет социальную адаптацию [8].

С развитием хирургической техники, появлением нового шовного материала, методов обезболивания и профилактики гнойно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде у хирурга появилась возможность проведения реконструктивно-пластических операций с сохранением и восстановлением функции пораженной матки. Но все же удельный вес миомэктомий исчисляется десятками долями процента, что неоправданно мало и требует расширения показаний в целях восстановления и сохранения генеративной функции у женщин фертильного возраста [1, 2, 8]. В России только 8% из оперативных вмешательств по поводу миомы матки приходится на долю консервативной миомэкто-

мии. Многими авторами это объясняется большей частотой осложнений в раннем послеоперационном периоде [4], а также значительным риском рецидива опухоли, который наблюдается в 20-44,9% [8]. Изучения процесса рецидивирования миомы, его зависимости от различных факторов, разработка вариантов послеоперационного ведения, направленных на снижение частоты рецидивов, является актуальным вопросом в исследовании ММ. Отношение авторов различных публикаций на введение алгоритмов и стандартов по ведению больных с определенными моделями патологии неоднозначны. Одни считают, что введение стандартов для оценки и обеспечения качественной медицинской помощи некорректно, другие полагают, что это является возможным способом определения гарантированной медицинской помощи. По нашему мнению, актуальность проблемы была бы не столь высока, если бы с течением времени не отмечалось заметного омоложения данной патологии.

Вывод. Вместе с тем, нам представляется, что введение протокольного ведения может существенно снизить частоту оргоуносящих оперативных вмешательств, гарантировать обоснованное проведение реконструктивно-пластических операций на современной теоретической базе. Эта задача видится вполне достижимой.

Литература:

1. Ботвин М.А., Сидорова И.С., Гуриев Т.Д. Оперативное лечение миомы матки (консервативная миомэктомия) // Акушерство и гинекология. – 1997. - №3. – С.12-15.
2. Вихляева Е.М., Паллади Г.А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. Кишинев. 1982. с. 300.
3. Вихляева Е.М., Василевская Л.Н. Миома матки. М. Медицина: 1981. 159 с.
4. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М. МЕДпресс-информ: 2004. 286 с.
5. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушер-гинекологов. -1997. - № 3. – С.21-23.
6. Краснова И.А., Бреусенко В.Г. Диагностика и оперативное лечение миомы матки // Акушерство и гинекология. - 2003. - №2. – С.45–50.
7. Ландеховский Ю.Д., А.Н. Стрижаков. Консервативная миомэктомия в комплексном лечении больных миомой матки// Акушерство и гинекология. - 1989.- № 10. С. 70-75.
8. Ландеховский Ю.Д. Отраслевой стандарт ведения больных с миомой матки // Акушерство и гинекология. 2002. № 5; 39-42.