

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Зиганшин А.М.¹, Насырова С.Ф.¹, Кулавский Е.В.¹

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия (450000, Уфа, ул. Ленина, 3), e-mail: Zigaidar@yandex.ru

Проблема оперативного лечения миомы матки остается актуальной в современной гинекологии. Миома матки выявляется у 25-30% женщин репродуктивного возраста и является на сегодня наиболее распространенной опухолью в гинекологии. Целью исследования явилось изучение показаний к проведению гистерэктомии при миомах матки больших размеров. Проведен ретроспективный анализ 126 случаев гистерэктомий при миомах матки размерами более 12 недель беременности. Основными показаниями для гистерэктомии у женщин данной группы явилось наличие множественных узлов в 13% случаях, осложненное мено-метроррагией в 23,8%, наличие анемии тяжелой степени 33%, нарушение функции тазовых органов в 15,8% случаях, быстрый рост опухоли 17%, дегенеративные изменения в миоматозных узлах, в 15% их сочетание, что требовало выполнения радикального оперативного лечения. Ранняя диагностика, своевременное лечение миомы матки и сопутствующей патологии позволяют избежать радикального хирургического вмешательства, способствовать проведению органосохраняющего лечения.

Ключевые слова: миома матки, гистерэктомия, мено-метроррагия, анемия, гиперплазия эндометрия

SURGICAL ASPECTS OF TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS

Ziganshin A.M.¹, Nasirova S.F.¹, Kulavsky E.V.¹

¹The Bashkir state medical university of Health of Russian Federation, Ufa, Russia (450000, Ufa, st. Lenina, 3), e-mail: Zigaidar@yandex.ru

The problem of surgical treatment of uterine fibroids is still relevant in modern gynecology. Uterine cancer is the most common pelvic tumors, diagnosed in 25-30% of women of reproductive age. The aim of the study was to evaluate the indications for hysterectomy at large uterine fibroids. We made the retrospective analysis of 126 cases of uterine fibroids hysterectomy with a size greater than 12 weeks. The main indications for hysterectomy in women in this group was the presence of multiple nodes in 13% of cases, complicated meno-metrorrhagia 23.8%, presence of severe anemia 33%, pelvic organ dysfunction in 15.8% of cases, rapid tumor growth 17% degenerative changes in myoma nodes, 15% of their combination, which required the implementation of radical surgical treatment. Early diagnosis, timely treatment of uterine fibroids and co morbidity prevents the radical surgery, facilitate organ-preserving treatment.

Keywords: uterine fibroids, hysterectomy, meno-metrorrhagia, anemia, endometrial hyperplasia

Несмотря на значительные успехи современной медицины, хирургическое лечение миомы матки до настоящего времени остается одной из ведущих проблем, требующей объединения усилий многих специалистов: гинекологов, эндокринологов, хирургов, врачей функциональной диагностики и др. [1, 2, 3, 4]. Актуальность обусловлена высокой распространенностью наблюдается у 25-50 % женщин, в возрасте $32,8 \pm 0,47$ лет. Установлено, что развитие миомы матки занимает в среднем 5 лет, и в 84% случаев она является множественной [2, 5, 6, 8]. Хирургические методы лечения миомы матки заключаются в выполнении радикальной гистерэктомии: экстирпации или надвлагалищной ампутации матки. Частота гистерэктомии колеблется по данным различных авторов от 8,5 до 38% среди хирургических вмешательств, выполняемых в гинекологии [5, 6, 9, 10]. Гистерэктомия может проводится абдоминальным (лапаротомным), лапароскопическим и

вагинальным доступами. На выбор хирургического доступа влияют величина, размеры, локализация миоматозных узлов, предпочтения, опыт и квалификация хирурга [6, 7].

Наметившаяся в настоящее время тенденция к снижению числа радикальных оперативных вмешательств при миоме матки привело к расширению показаний к органосохраняющим операциям, что потребовало пересмотра показаний для проведения гистерэктомии [3, 6, 10]. Проведение органосохраняющей миомэктомии заключается в удалении (единичных, множественных) миоматозных узлов и может осуществляться лапаротомным, лапароскопическим доступами, путём гистерорезектоскопии, что позволяет в дальнейшем сохранить менструальную и репродуктивную функцию [6, 8, 10]. Но проведение одной только, энуклеации миоматозных узлов не устраняет причину заболевания, следовательно, предполагает вероятность развития рецидивов миомы матки, частота которой может достигать до 6% [8, 10]. В литературе среди клиницистов широко обсуждаются вопросы выбора доступа для оперативного вмешательства. Лапаротомный считается предпочтительным при множественных интерстициальных миоматозных узлах размером более 7-10 см, при низкой шейечно-перешечной локализации узлов, по задней и боковой стенкам матки, при отсутствии условий для малоинвазивного хирургического вмешательства, но большинство хирургов отдают свое предпочтение лапароскопическим доступам, которые несомненно имеют преимущества перед лапаротомией. [6, 7]. Однако некоторые авторы убеждены, что эндоскопические технологии не всегда способны обеспечить достаточно адекватное анатомическое сопоставление краёв раны на матке, что примерно в 1% случаев приводит к несостоятельности рубца и риску разрыва матки во время последующей беременности, родах, в связи с чем предлагают ограничиться применением лапароскопического метода только для миомэктомии удалении подбрюшинных узлов миомы на тонком и/или неглубоком основании [5, 6, 8]. При субмукозной миоме матки методом выбора считается гистерорезектоскопическое удаление узла [6, 8, 10], во время которого при 0 и I типе узла проводится одномоментное удаление опухоли, II-ом типе - двухэтапное лечение (удаление части узла; лечение агонистами гонадотропин-релизинг гормона; удаление оставшейся части узла) [7, 10]. Перспективным методом лечения является эмболизация маточных артерий (ЭМА), но применение данного метода ограничено высокой стоимостью процедуры. Абсолютными противопоказаниями являются: подозрение на злокачественный процесс, индивидуальная непереносимость на контрастные вещества, острый воспалительный процесс, коагулопатии. К относительным противопоказаниям: субмукозное и подбрюшинное на ножке расположение узлов; наличие узла более 10 см в диаметре; общие размеры матки более 13—14 - недельного срока беременности (4, 9, 10).

Таким образом, выбор подхода к лечению миомы матки остаётся актуальной проблемой гинекологии, и связано это с «омоложением» и возросшей необходимостью сохранения репродуктивной функции женщин. Несмотря на все это разработка новых технологий лечения миомы матки больших размеров остается актуальной проблемой современной гинекологии так как гистерэктомия является единственным, радикальным методом лечения.

Цель исследования: изучение показаний к проведению гистерэктомий при миомах матки больших размеров

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 106 случаев гистерэктомий проведенных лапаротомным доступом при миоме матки размером более 12 недель. Возраст женщин колебался от 40 до 60 лет, составив в среднем $35,6 \pm 0,7$ лет. В репродуктивном возрасте наблюдались - 20(19%), перименопаузальном – 60(57%), постменопаузальном - 26(24%) женщин. Всем женщинам до операции проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее: общеклинические (анамнез, жалобы) и специальные (бимануальное влагалищное исследование, кольпоскопическое, цитологическое, морфологическое, ультразвуковое исследование) методы исследования. Особое внимание для исключения злокачественной патологии уделялось цитологическому исследованию мазков с поверхности влагалищной части шейки матки, переходной зоны и нижней трети цервикального канала, оценка результатов проведена с использованием классификации по Папаниколау (РАР-тест) и Мэрилендской системы Бетесда (2001). В 91(85%) случае гистерэктомия завершилась проведением надвлагалищной ампутации матки, в 15(15%) экстирпацией матки, с последующим гистологическим исследованием удаленного операционного материала.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенных исследований показали, что основной жалобой женщин явилось нарушение менструального цикла, которое наблюдалось у 67(63,2%), анемия тяжелой степени у 47(44,3%), боли внизу живота у 33(31,3%). Среди нарушений функции тазовых органов жалобы на частое мочеиспускание отметили - 23(21,6%), запоры - 20(18,8%), отсутствовали жалобы - 13(12,3%) женщин, в 13% случаях у них наблюдались сочетания нарушений, которые составили по 1,4 случая на 1 женщину. По данным общего анализа крови у 62(58,4%) обследованных выявлена железодефицитная анемия (концентрация гемоглобина (Hb) – 110 г/л и ниже, цветной показатель – $<0,85$, гематокрит – ≤ 33 %, содержание сывороточного железа – $<12,5$ мкмоль/л). Легкая степень анемии (Hb 110-90 г/л) выявлена у 22(20,7%) пациенток; средняя (Hb 89-70 г/л) – 20(18,8%), тяжелая (Hb 69 г/л и ниже) – 20(18,8%) женщин. Быстрый рост опухоли по данным влагалищного

исследования, подтвержденный ультразвуковым методом (более 4 недель за год) которое выявлено у 15(14,1%) женщин. При влагалищном обследовании размеры матки от 12 до 14 недель беременности определялись у 78(73,5%), более 14 недель у 28(26,4%) женщин. Ультразвуковое исследование выявило в 95(89,6%) случаях множественное расположение (количество от 2 до 6) узлов, атипичное (шеечные, перешеечные) в 18(16,9%) случаев, сочетание подбрюшинных и межмышечных узлов в 71(66,9%), подбрюшинных, межмышечных, подслизистых в 50(47,1%); изолированное расположение узлов в 13(12,2%) случаях: только субмукозное в 2(1,8%), межмышечное в 3(2,8%) случаях. Эхография сосудов матки выявила нарушение питания узла в 25(23,5%), отек в 2(1,8%), случаях. Исследование состояния эндометрия выявила гиперплазию эндометрия у 51(48,1%) пациенток, более трети женщин данной группы составили женщины перименопаузального и менопаузального периода с толщиной эндометрия более 4 мм, четверть составили женщины репродуктивного периода с толщиной эндометрия более 15 мм. В 7(6,6%) случаях по данным эхографии диагностирован аденомиоз, в 28(26,4%) наряду с миомой матки выявлены опухоли яичников.

По данным кольпоскопического исследования в 4(3,7%) случаях на шейке матки диагностирована зона трансформации с множественными кистозно-расширенными железами, в 5(4,7%) – лейкоплакия шейки матки, в 6(5,6%) - мозаика, пунктация, ацетобелый эпителий, аномалии сосудов, немые йод-негативные зоны, подозрительные на дисплазию шейки матки. При цитологическом исследовании лейкоплакия была выявлена у 7(6,6%) пациенток, в 3(2,8%) случаях определялись признаки характерные для ВПЧ-инфекции, в 5(4,7%) случаях высокая степень интраэпителиального поражения (HSIL), в одном случае заподозрен рак шейки матки, у остальных женщин в мазках обнаружены клетки многослойного плоского и цилиндрического эпителия без признаков атипии.

По данным гистероскопии и результатам отдельного диагностического выскабливания у 15(14,1%) женщин в менопаузе выявлена гиперплазия эндометрия, у 13(12,2%) пациенток репродуктивного периода имели место рецидивы гиперплазии эндометрия.

По данным проведенного обследования основными показаниями к проведению гистерэктомии при миоме больших размеров явились:

- 1) мено-метроррагии в 52(49%);
- 2) развитие тяжелой анемии в 48(45,2%);
- 3) наличие расстройств функции тазовых органов в 43(40,5%);
- 4) сочетание миомы матки с гиперпластическими процессами в эндометрии в перименопаузе и менопаузе в 30(28,3%);
- 5) сочетание миомы матки и опухоли в 28(26,4%)

- 6) быстрый рост опухоли в 24(22,6%);
- 7) атипическое расположение множества миоматозных узлов в 18(16,9%);
- 8) сочетание миомы матки с патологией шейки матки в 15(14,1%)
- 9) дегенеративные изменения в миоматозных узлах в 12(11,3%);
- 10) рост опухоли в период менопаузы в 10(9,4%);
- 11) сочетание миомы матки с рецидивирующей гиперплазией эндометрия в репродуктивном периоде при отсутствии эффекта от консервативной терапии в 8(7,5%);
- 12) сочетание миомы матки с эндометриозом в 7(6,6%) случаях, в значительном количестве случаев наблюдались сочетания, которые составили по 2,7 случаев на одну женщину. Сочетанные показания способствовали в 20(18,8%) случаях проведению радикальной гистерэктомии (экстирпации матки).

Гистологическое исследование удаленного материала выявило наличие простой миомы матки в 27(44,3%) случаях, в 79(74,5%) в стадии пролиферации. Сочетание миомы матки с гиперпластическими процессами в эндометрии в перименопаузальном периоде выявлено в 16(15%), в постменопаузе в 14(13,2%), в репродуктивном возрасте в 13(12,2%) случаях. Нарушение питания узла гистологическим исследованием установлено в 27(25,4%) случаях, сочетание миомы матки и аденомиоза в 10(9,4%) случаях, миома и заболевания шейки матки (лейкоплакия, дисплазия шейки матки) в 15(14,1%) случаях.

Выводы

Таким образом, миома матки больших размеров характеризуется сочетанием гинекологической и экстрагенитальной патологии требующей радикального оперативного лечения. Ранняя диагностика и своевременное лечение позволить применение органосохраняющих методик лечения, выполнение которых повысит эффективность лечения, качество жизни и сохранит репродуктивную функцию.

Список литературы

1. Айламазян Э. К., Айвазян Т. А., Барышев Б. А., Бахидзе Е. А., Зазерская И. Е., Зайнулина М. С., Коган И. Ю., Логинов А. Б., Попов Э. Н., Рябцева И. Т., Тарасова М. А., Шаповалова К. А. Руководство по гинекологии / под ред. акад. РАМН, проф. Э. К. Айламазяна. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. –512 с.
2. Гинекология. Национальное руководство // под ред. Кулакова В.И., Манухина И.Б., Савельевой Г.М. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1088 с.
3. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А., Попов А. А. Оперативная гинекология. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 320 с.

4. Зиганшин А.М., Беглов В.И., Кулавский Е.В. Оптимизация тактики ведения больных миомой матки и анемией // //Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». - М., 2006. - С. 424.
5. Кулавский В.А., Пушкарев В.А., Кулавский Е.В. Опухоли матки. – Уфа: Информреклама, 2004. - 384.
6. Насырова С. Ф., Кулавский Е. В., Мухамедьянов И. Ф. Инновационные технологии в лечении больных миомой матки // Мать и Дитя в Кузбассе. - 2012 - №1, Т.1. – С.111 – 113.
7. Подзолкова Н.М., Коренная В.В., Колода Ю.А. Миома матки. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 127 с.
8. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 944 с.
9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М., Лебедев В.А. Доброкачественные заболевания матки. – М.: М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 304 с.
10. Тихомиров А. Л., Лунин Д. М. Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 432с.

Рецензенты:

Хамадянов У.Р. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа;

Ящук А.Г. д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа.