

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Аскеров А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
кафедра акушерства и гинекологии №2
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены результаты лечения 195 пациенток с миомой матки. Выявлена зависимость продолжительности операции миомэктомии, объема кровопотери, частоты рецидивов от количества и локализации удаленных миоматозных узлов. Среди пациенток, потерявших беременность, вдвое чаще (8 из 16), чем среди выносивших (24 из 94) встречались женщины, которым оперативное вмешательство было выполнено со вскрытием полости матки (50% и 25,5% соответственно).

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, кровопотеря, невынашивание, аборт, экологически неблагоприятные районы.

МИОМЭКТОМИЯ БОЛГОН АЯЛДАРДЫН РЕПРОДУКТИВТҮҮ ДЕН-СООЛУГУ

Аскеров А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
№2 акушерства жана гинекология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: статьяда 195 миомасы бар аялдардын дарылоо жыйынтыгы корсотулгон. Миомэктомия учрундагы убакыт узактыгы кансыроо колому, кайра пайда болуу коркунучу миома шишиктеринин санынан жана жайгалышканынан коз каранды. Кош бойлуулук жоготуу коркунучу миомэктомия учрундагы жатындын ичине кирген учурда эки эссе кобурук жолугушат.

Негизги создор: жатындын миомасы, миомэктомия, кансыроо колому, аборт, экологиялык коркунучтуу райондор.

REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN AFTER MYOMECTOMY

Askerov A.A.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyzstan

Resume: The paper presents the results of treatment of 195 patients with myo-my uterus. The dependence of the duration of the operation of myomectomy, blood volume, frequency of relapses on the number and location of fibroids removed. Among patients who have lost a pregnancy, were twice as likely (8 of 16) than takeaways (24 of 94) met women who. surgery was performed with the opening of the uterus (50% and 25.5%, respectively).

Keywords: uterine fibroids, myomectomy, blood loss, miscarriage, abortion, environmentally disadvantaged areas.

Результаты исследования: В исследование были отобраны 195 пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки (ЛМ). Из обследованных пациенток 68,2% являлись городскими. 31,8% - сельскими жительницами. Возраст обследованных женщин с ЛМ составил от 30 до 45 лет в среднем $38,3 \pm 0,5$ года. Большинство пациенток были в активном репродуктивном возрасте. В процессе подготовки больных к операции все пациентки подверглись всестороннему обследованию, включающему общеклинические, специальные и лабораторные методы. При проведении клинико-лабораторных исследований у 27,7% больных была выявлена анемия, при этом у 11,5% женщин была анемия легкой степени, у 6,8% – средней тяже-

сти и у 9,2% – тяжелая форма, что потребовало проведения в предоперационном периоде гемостимулирующей, а в ряде случаев и гемотрансфузионной терапии во время операции и в послеоперационном периоде. Всем 195 больным проводилось кольпоскопическое исследование шейки матки. При расширенной кольпоскопии у 20% больных обнаружены патологические изменения шейки матки, из них у 7,2% – эктопия, у 6,7% – картина посткоагуляционного синдрома после перенесенной диатермокоагуляции шейки матки. У 6,1% больных были выявлены рубцовые изменения шейки матки после предыдущих родов и аборт, не требующие дополнительного лечения.

Ультразвуковое исследование органов ма-

лого таза было выполнено всем женщинам. Выявлено, что у 59,6% количество миоматозных узлов варьировало от 1 до 2 и у 40,3% количество было более 3-4 узлов. При этом преимущественно интрамуральное расположение узлов с центрипетальным ростом, деформирующее полость матки было в 48,2% наблюдениях, субсерозные миоматозные узлы встречались в 15,4% случаях, субмукозные миоматозные узлы были в 6,7% случаях, и в 29,7% - смешанное.

Как и любой способ хирургического лечения, миомэктомия имеет четкие показания и противопоказания, знание которых позволяет принять правильное решение в отношении операции. Органосохраняющие операции стали актуальными с точки зрения не только уменьшения инвалидности, периоперационных осложнений, но улучшения репродуктивного здоровья [1,2,3,4]. Показаниями к операции явились: быстрый рост опухоли 14,9% (n=29), менометроррагии, приводящие к анемии 46,2% (n=90), дегенеративные изменения в маточном узле 24,2% (n=23), большие размеры опухоли 14,9% (n=29), субмукозные миоматозные узлы 6,2% (n=12), ЛМ сочетанные с кистами яичников 6,2% (n=12). В процессе операции энуклеировано 436 миоматозных узла у 195 больных с ЛМ. Наибольшее количество узлов удалено из передней – 203 (46,6%) и задней стенок матки – 183 (41,9%), из дна матки энуклеировано 50 (11,5%) узлов. В то же время, количество интерстициальных узлов было в полтора раза выше, чем субсерозных. При этом субмукозные узлы чаще выявлялись по задней стенке матки, реже в дне и по передней стенке матки. Интралигаментарно

располагалось 1,8% узлов и 1,2% имели низкое расположение. Интралигаментарные узлы встречались с одинаковой частотой как по передней, так и по задней стенке матки. Одиночные миоматозные узлы наблюдались более чем у одной трети -36,5% больных. У 40,4% удалено от 2 до 5 узлов. У 13,1% - по 6-10 узлов; у 7,8% – по 11-20; и у 1,95% больных более 20 узлов. В среднем количество удаленных узлов составило $3,2 \pm 0,94$ на одну пациентку.

Выявлена зависимость продолжительности операции и объема кровопотери от количества удаленных миоматозных узлов. Такие же результаты указаны у других авторов (1,3,4). При удалении одиночных узлов продолжительность операции составляла $99,67 \pm 1,85$ мин, а кровопотеря – $221,07 \pm 7,1$ мл. При удалении 2-5 узлов продолжительность операции длилась до $110,72 \pm 2,0$ мин ($p > 0,05$) и объем кровопотери – до $230,72 \pm 83,7$ мл ($p > 0,05$). При удалении свыше 5 миоматозных узлов отмечено дальнейшее увеличение продолжительности до $131,49 \pm 2,62$ мин ($p < 0,001$) и объема кровопотери до $913,83 \pm 197,21$ мл ($p < 0,001$).

У 40% оперированных больных отмечались различные дегенеративные изменения в маточных узлах (отек, гиалиноз, некроз), а в 58,1% случаях дегенеративные изменения отсутствовали, что указывается у других авторов (2,5).

У 8,6% больных установлена картина клеточного строения лейомиомы матки, в отдельных случаях с очагами пролиферации (см. рис.1).

Существенное снижение кровопотери во время операции отмечено в группе больных, у которых применялась методика поэтапного за-



Рис.1. Структура ткани лейомиоматозного узла и миометрия.

шивания раны на матке по сравнению с традиционным зашиванием (соответственно $216,64 \pm 5,39$ мин, $301,39 \pm 6,81$ мл ($p < 0,01$)). Во время миомэктомии 62 больным производили различные дополнительные оперативные вмешательства, из которых наиболее частыми были операции на яичниках: у 33,9% больных была произведена резекция яичников, у 2 (3,2%) – удаление одного яичника, у 1 больной удалены придатки с одной стороны и у 2 (3,2%) – произведена односторонняя тубэктомия. На втором месте среди дополнительных оперативных вмешательств оказались операции, связанные с наличием спаечного процесса в малом тазу и в области придатков матки: у 29,0% больных произведено разделение спаек, из них у 9 больных, наряду с сальпингоовариолизисом, произведена сальпингостоматопластика.

Из всех прооперированных женщин в беременности были заинтересованы 150 пациенток. Наступила беременность у 110 женщин (73,3%). Из них в течение первого года после операции беременность возникла у 45 (40,9%) женщин, из которых самопроизвольным выкидышем завершилось 20% беременностей ($n=9$). Во второй год после миомэктомии забеременели 27 (24,6%), прерывание беременности произошло у 4 (14,8%) женщин, на третий год – 14 (12,7%) женщин и репродуктивные потери составили 7,1% (одна пациентка).

Другие 24 женщины забеременели в течение последующих лет, в течение которых частота невынашивания не превышала 10%. Необходимо отметить, что у первородящих после миомэктомии наибольшая частота прерывания беременности наблюдалась в 1 и 2 год после операции, общий процент прерывания беременности у этих женщин достигал 20%. У повторнородящих только первый год был неблагоприятным для наступления беременности и не превышал 13%.

Нами было отмечено, что пациентки, которым операция проводилась со вскрытием полости, имели менее благоприятный прогноз. Из 52 пациенток в беременности были заинтересованы 50. Наступила беременность лишь у 32 из них, что составило 64,0%. Этот показатель достоверно ниже, чем среднее значение с учетом всех прооперированных женщин, заинтересованных в беременности (73,3%). Среди пациенток, потерявших беременность, вдвое чаще (8 из 16), чем среди выносивших (24 из 94) встречались женщины, которым оперативное вмеша-

тельство было выполнено со вскрытием полости матки (50% и 25,5% соответственно).

Из 110 женщин, забеременевших после консервативной миомэктомии, 65 (59,1%) проживали в высокогорных районах, 25 (22,7%) – в низкогорных, а 20 (18,2%) пациенток были из экологически неблагоприятных районов. Подобное распределение частот соответствует данному показателю всей выборки обследованных женщин. В то же время, изучая данный показатель у пациенток, беременность которых в дальнейшем закончилась самопроизвольным абортom, мы отметили, что 10 (32,6%) были жительницами высокогорных районов, 2 (12,5%) – из низкогорья, а в районах с неблагоприятной экологической обстановкой данный показатель составил 4 (25,0%), что достоверно больше, чем доля беременных из подобных районов.

Наибольшая частота прерывания беременности после миомэктомии у первородящих отмечена в первые 2 года после операции (20% прерывание беременности). У повторнородящих только первый год был неблагоприятным для наступления беременности и не превышал 13%. У беременных после миомэктомии, проживающих в экологически неблагоприятных районах достоверно чаще происходил самопроизвольный выкидыш.

Литература:

1. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М. М.; Медпресс-информ., 2004. – 400с.
2. Савицкий Г.А. Миома матки; проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Савицкий Г.А. Савицкий А.Г., СПб. – «Элби-СПб» . – 2000. – 235 с.
3. Тихомиров А.Л. Оптимизация лечения больных миомой матки / Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4. № 5-6. – С. 2-8.
4. Gargett С.Е. Эстрогенная регуляция ангиогенеза в миометрии и миоме // Проблемы репродукции. – 2006, спецвыпуск, I Международная конференция по репродуктивной медицине. – 2006. – С. 61-63.
5. Konishi I. Development of smooth muscle in the human fetal uterus; an ultrastructure study // J.Anat.1987.-Vol.139. –N.2. –P. 238-252.