

¹ Северо-Западный
государственный
медицинский
университет
им. И.И. Мечникова

² Дорожная
клиническая больница
ОАО «Российские
железные дороги»,
Санкт-Петербург

Восстановление репродуктивной функции у женщин после консервативной миомэктомии

А.Н. Плеханов^{1,2}, Н.А. Татарова¹, Г.Б. Рябинин^{1,2}, Ю.А. Шишкина¹

Адрес для переписки: Нина Александровна Татарова, nina-tatarova@yandex.ru

Авторами было проведено исследование, в ходе которого оценивались отдаленные результаты органосохраняющего лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста с использованием в послеоперационной терапии агониста гонадотропин-рилизинг-гормона – препарата Бусерелин-депо. Было установлено, что применение препарата Бусерелин-депо 3,75 мг курсом 4–6 инъекций после консервативной миомэктомии оказывает значимое влияние на восстановление репродуктивной функции.

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, репродуктивная функция, аналог гонадотропин-рилизинг-гормона

Миома матки относится к наиболее распространенным доброкачественным опухолям половых органов женщины и является одной из важных причин нарушения репродуктивной функции. Миома матки довольно часто встре-

чается у молодых женщин. Так, до 24–28% пациенток с миомой, подвергающихся оперативному вмешательству, находятся в возрасте до 40 лет. Спонтанное прерывание беременности до миомэктомии имеет место у 60% пациенток. После энуклеации узлов

миомы бесплодие излечивается в 35–55% наблюдений [1–3]. Субмукозная или интерстициальная миома матки снижает эффективность проведения вспомогательных репродуктивных технологий.

Консервативная терапия миомы часто оказывается недостаточно эффективной, поэтому возникает необходимость в проведении оперативного лечения. При этом 60–70% всех оперативных вмешательств приходится на радикальные операции: ампутацию или экстирпацию матки [4, 5]. Радикальные операции лишают женщину в дальнейшем возможности иметь детей и приводят к значительным изменениям в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, усугубляя тем самым уже имеющиеся в организме патологические процессы, и, кроме



Таблица. Характеристика проведенных органосохраняющих оперативных вмешательств

Показатель	Лапаротомия	Лапароскопический доступ	Комбинированный (лапароскопический + влагалищный) доступ
Количество операций	86	50	43
Количество койко-дней после операции	7 ± 2,5	4 ± 1,8	4 ± 2,2
Количество дней нетрудоспособности	20 ± 3,5	11 ± 3,1	12 ± 2,8
Продолжительность операции, мин	50 ± 9,3	105 ± 6,2	55 ± 4,3
Осложнения интраоперационные	3	1	–
Осложнения послеоперационные	2	–	–

того, становятся причиной выраженных психоэмоциональных расстройств. В этой связи большую роль играет проведение органосохраняющих операций. Однако удельный вес миомэктомии сегодня остается небольшим и составляет от 5 до 20%.

В настоящее время большое внимание отечественными и зарубежными исследователями уделяется проблеме реконструктивно-пластических операций на матке у больных миомой. Результаты реконструктивно-пластических операций заметно улучшаются при проведении корригирующего консервативного лечения до и особенно после операции [3, 6]. Кроме того, не теряют актуальности вопросы восстановления фертильности и профилактики рецидивирования миомы матки.

Таким образом, хирургическое органосохраняющее лечение больных миомой матки является важной медицинской и социальной проблемой, решение которой, несомненно, повысит безопасность проведения реконструктивно-пластических операций и эффективность восстановления нарушенных функций репродуктивной системы.

Материалы и методы исследования

Нами было проведено исследование с целью оценки отдаленных результатов органосохраняющего лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста

с использованием в послеоперационной терапии агониста гонадотропин-рилизинг-гормона – препарата Бусерелин-депо.

В период с 2002 по 2010 г. органосохраняющие операции с использованием различных доступов были выполнены 263 пациенткам репродуктивного возраста с миомой матки. До, во время и после лечения определялись исходные размеры матки, расположение и размеры миоматозных узлов, состояние придатков, влагалища, состояние шейки матки. Проводилось трасабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое исследование, гистероскопия, ультразвуковое исследование молочных желез, общеклинические и лабораторные исследования, определялось содержание гонадотропных гормонов и гормонов яичников, оценивались клинические симптомы миомы матки до и после лечения и характер менструальной функции. Кроме того, измерялись масса тела и артериальное давление.

Основными жалобами пациенток были обильные или длительные менструации, сопровождавшиеся сильной болью, слабостью, недомоганием, бледностью кожных покровов, изменением цвета кожи, волос, ногтей.

Клиническая симптоматика сводилась к болевому синдрому, увеличению размеров матки, появлению дисфункциональных маточных кровотечений, гиперполименореи, анемии, нарушения функции смежных органов, ос-

ложненному течению или невынашиванию беременности.

Характеристика оперативных вмешательств (органосохраняющие операции), которые были проведены пациенткам (n = 263), представлена в таблице. Средняя продолжительность вмешательства составила $52,7 \pm 0,5$ минут и варьировала от 40 до 90 минут у больных с миомами матки больших размеров, особенно в сочетании с малой емкостью влагалища, то есть у нерожавших. Длительность нахождения больных в стационаре составляла 2–3 дня. Величина кровопотери ни в одном из случаев не превышала 350 мл, а в среднем составила $150 \pm 19,3$ мл.

Было зарегистрировано одно серьезное осложнение – кровотечение из ушитой раны матки через 7 часов после окончания операции (произведена релапароскопия, осуществлен гемостаз, гемотрансфузия, большая выписана с выздоровлением на 5-е сутки). По основным показателям полученные результаты выполнения миомэктомии комбинированным лапароскопическим и вагинальным доступом и лапароскопическим доступом отличаются друг от друга прежде всего длительностью операции. Использование морцеллятора для удаления препарата, с одной стороны, заметно увеличивает время операции, а с другой – нарушает соблюдение онкологических принципов, что в случае злокачественной природы узла приводит к распростра-

нению онкологического процесса. В процессе выполнения лапароскопической миомэктомии возникает еще один важный вопрос: достаточно ли использования биполярной коагуляции в зоне ложа узла или необходимо наложение эндшвов. Этот вопрос остается дискуссионным, поскольку отдаленные результаты пока не позволяют сделать окончательные выводы, и требует дальнейшего изучения.

Преимущества использования барьерных материалов для профилактики спаечного процесса в послеоперационном периоде сегодня не являются очевидными. В нашем исследовании случаев развития спаечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде не было. Уменьшить время операции, соблюсти онкологические принципы при выполнении лапароскопической миомэктомии нам позволило сочетание лапароскопического и влагалитического доступов.

С развитием и внедрением в широкую практику лапароскопической техники методом выбора все чаще становится лапароскопическая миомэктомия. Однако полученные в последние годы результаты выявляют не только достоинства, но и недостатки использования миомэктомии лапароскопического доступа. Причиной этого в первую очередь является неверное определение показаний к лапароскопической миомэктомии. Это чаще всего относится к пациенткам с фиброматозными узлами субсерозно-интрамуральной локализации, особенно при больших размерах последних. Другой группой больных, вызывающих серьезные интраоперационные трудности, являются пациентки с атипичным расположением узлов, чаще в области перешейка матки в непосредственной близости к маточным сосудам. В таких ситуациях значительно повышается риск развития интраоперационных осложнений (кровотечение, ранение смежных органов и др.) и часто приводит к конверсии доступа.

Противопоказаниями к лапароскопической миомэктомии являются размеры миомы более 14 недель (10–12 см), множественные (более 3) миомы матки, субмукозное расположение миомы. В то же время влагалитический доступ позволяет расширить спектр показаний для выполнения миомэктомии малоинвазивными доступами.

Кроме того, среди других нарушений отмечались альгодисменорея, гипоопсоменорея и др.

С целью профилактики рецидивов заболевания 65 (70%) женщин после органосохраняющих операций получали гормональную терапию агонистами гонадотропин-рилизинг-гормонов в течение 4–6 месяцев (Бусерелин-депо

Бусерелин активизирует клеточный апоптоз, снижает активность основных факторов роста, цитокинов и ароматазы и подавляет локальный синтез эстрогенов, способствует деградации экстрацеллюлярного матрикса и замедлению фиброза, повышает индекс резистентности маточных сосудов.

Результаты и их обсуждение

Нами были проанализированы отдаленные результаты миомэктомии с использованием малоинвазивных доступов у 93 пациенток. При осмотре 93 женщин через 2–10 лет после миомэктомии с использованием малоинвазивных доступов общее хорошее состояние отмечено у 65 (70%), удовлетворительное – у 26 (28%) и неудовлетворительное – у 2 (2%) пациенток. Неудовлетворительное состояние было обусловлено сопутствующим заболеванием (артериальной гипертензией, заболеванием сердечно-сосудистой или нервной системы) и не являлось результатом перенесенной операции.

До операции менструации были в норме у 25 (26,9%) женщин, различные нарушения менструального цикла отмечались у 68 (73,1%), в том числе дисфункциональные маточные кровотечения – у 57 (61,3%) больных. Чаще всего диагностировалась гиперполименорея, причиной которой в основном являлось итрамуральное субмукозное и субмукозное расположение узлов. Метроррагия была у 19 (20,4%) пациенток, причем у 15 (16,1%) имело место подслизистое расположение уз-

лов. Бусерелин воздействует на молекулярном уровне, активизирует клеточный апоптоз, снижает активность основных факторов роста и цитокинов, снижает активность ароматазы и подавляет локальный синтез эстрогенов, способствует деградации экстрацеллюлярного матрикса и замедлению фиброза (снижение образования соединительной ткани), повышает индекс резистентности маточных сосудов. Снижение кровотока в магистральных маточных сосудах и прямое действие бусерелина на клетки гранулы в яичниках способствуют снижению чувствительности антральных фолликулов к фолликулостимулирующему гормону, тормозя их развитие и биосинтез эстрадиола. Выключение матки из функционального процесса способствует лучшему заживлению и формированию полноценных рубцов и профилактике развития диспластических процессов в органах и тканях.

Следует подчеркнуть еще один эффект агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов (Бусерелин-депо) – способность уменьшать выраженность спаечного процесса за счет снижения активности

№1*

Бусеррелин•депо

* Первый российский аналог
гонадотропин-рилизинг гормона

Когда мечты сбываются



Бусеррелин•депо

РУ №002378/01-2003

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННАЯ
ТЕРАПИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ
ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ:

- эндометриоза
- миомы матки
- гиперпластических процессов эндометрия
- бесплодия (ЭКО)



Реклама



Настоящая забота о Вашем будущем

115419, г. Москва, 2-ой Рошинский пр-д, 8

Тел.: +7(495)796-94-33

Факс: +7(495)796-94-34

www.pharm-sintez.ru

образования тромбина, фибрина, ингибитора активатора плазминогена на 25%, уровня продуктов деградации фибрина на 35%, а также снижения иммунной активности НК-клеток и тем самым уменьшения воспалительного ответа организма.

С целью купирования симптомов эстрогенного дефицита сразу после первой инъекции Бусерелина-депо назначалась «возвратная» терапия фитостерогами (Феминал, Эстровэл) или витаминными комплексами (Менопейс). Препараты обладают слабыми эстроген-подобными эффектами, поэтому пациентки не отказывались от инъекций агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов.

Менструальный цикл восстановился в среднем через 60–75 дней после прекращения приема перечисленных препаратов. Отмечено сокращение длительности менструаций до 5 дней, значительное уменьшение объема менструальной кровопотери, частоты и тяжести дисменореи.

Рецидив заболевания выявлен у 11 (11,8%) женщин: у 2 больных

после комбинированного (хирургическое + гормональное) лечения и у 9 пациенток, не получавших гормональные препараты.

Диагностированы рецидивы заболевания: миома матки – у 6 (6,5%), гиперплазия эндометрия – у 2 (2,2%), миома матки и полип эндометрия – у 3 (3,2%) больных. Всем пациенткам произведены повторные оперативные вмешательства в адекватном объеме.

У 21 (22,6%) женщин в течение 9–24 месяцев после операции и применения курса терапии препаратом Бусерелин-депо спонтанно наступила маточная беременность. Все они были ранее прооперированы малоинвазивными доступами. Следует отметить, что первые 12 месяцев после операции и последующей гормональной коррекции являются наиболее благоприятными для зачатия и вынашивания беременности. Операция кесарева сечения 12 пациенткам произведена при доношенной беременности, 7 – на 36–37-й неделе гестации, у 2 были самопроизвольные

неосложненные роды. Трубная беременность диагностирована у 1 пациентки. В течение беременности и родов ни у одной из оперированных и наблюдаемых женщин не возникло несостоятельности рубца на матке после миомэктомии.

Выводы

1. Миомэктомия является одной из наиболее распространенных реконструктивно-пластических операций, позволяющих сохранить репродуктивную функцию у подавляющего большинства больных миомой матки.
2. Применение препарата Бусерелин-депо 3,75 мг курсом 4–6 инъекций после консервативной миомэктомии оказывает значимое влияние на восстановление репродуктивной функции.
3. Первые 12 месяцев после операции и последующей гормональной коррекции являются наиболее благоприятными для зачатия и вынашивания беременности. ❁

Литература

1. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. СПб.: Элбис-СПб, 2000. С. 90–139.
2. Bergqvist I.A. Hormonal regulation of endometriosis and the rationales and effects of gonadotrophin-releasing hormone agonist treatment: a review // Hum. Reprod. 1995. Vol. 10. № 2. P. 446–452.
3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 400 с.
4. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Современные аспекты лечения миомы матки // Медицинская кафедра. 2003. № 4. С. 110–118.
5. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. М.: МИА, 2006. 176 с.
6. Мгелиашвили М.В., Буянова С.Н., Петракова С.А. и др. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. 2009. Т. 9. № 1. С. 30–35.

Restoration of reproductive function in women after conservative myomectomy

A.N. Plekhanov^{1,2}, N.A. Tatarova¹, G.B. Ryabinin^{1,2}, Yu.A. Shishkina¹

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

² N.A. Semashko Railroad Hospital of the Russian Railways JSC, St. Petersburg

Contact person: Nina Aleksandrovna Tatarova, nina-tatarova@yandex.ru

The authors studied the long-term results of conservative myomectomy and gonadotropin-releasing hormone analog therapy in women of reproductive age. Treatment with gonadotropin-releasing hormone analog Buserelin-depo 3,75 mg (4–6 injections) significantly improved the restoration of reproductive function in women after conservative myomectomy.

Key words: uterine fibromioma, myomectomy, reproductive function, gonadotropin-releasing hormone analog