

## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Памфамиров Ю. К.<sup>1</sup>, Самойленко А. В.<sup>2</sup>, Волох А. А.<sup>3</sup>

Email: Pamfamirov 626@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Памфамиров Юрий Константинович – кандидат медицинских наук, доцент;

<sup>2</sup>Самойленко Анна Валерьевна – студент;

<sup>3</sup>Волох Анастасия Алексеевна – студент,  
кафедра акушерства и гинекологии № 1,

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского, г. Симферополь

**Аннотация:** цель: оптимизация хирургического лечения миомы матки для сохранения репродуктивной функции женщины. Методы: представлены результаты лечения 32 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки, которым произведена консервативная миомэктомия лапаротомным доступом. Результаты: беременность наступила у 6 больных после проведения консервативной миомэктомии. Исход беременностей: у 1 — несостоявшийся выкидыш в сроке гестации 7–8 недель, у 3 — беременность завершилась плановым кесаревым сечением, у 2 — беременность в настоящее время пролонгирует. Выводы: у женщин с миомой матки и нереализованной генеративной функцией следует избегать длительного назначения консервативной терапии в дооперационном периоде, своевременно решать вопрос о проведении консервативной миомэктомии.

**Ключевые слова:** миома матки; консервативная миомэктомия.

## ORGAN-PRESERVING TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS IN FEMALE PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE

Pamfamirov Yu.<sup>1</sup>, Samoilenko A.<sup>2</sup>, Voloh A.<sup>3</sup> Email: Pamfamirov 626@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Pamfamirov Yuri – assistant Professor, PhD;

<sup>2</sup>Samoilenko Anna – student;

<sup>3</sup>Anastasia Voloh – student,

DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY NUM. 1,

S. I. GEORGIEVSKIY MEDICAL ACADEMY OF V. I. VERNADSKIY CRIMEAN FEDERAL UNIVERSITY, SIMFEROPOL

**Abstract:** objectives: surgical optimization of uterine myoma treatment directed to preserving fertility. Methods: it's presented treatment outcomes of 32 fertile age women after conservative laparoscopic myomectomy. Results: pregnancy occurs in 6 patients after conservative myomectomy. Pregnancy outcomes: 1 - retentions of dead ovus at 7-8 week, 3 - vaginal birth after cesarean, 2 - pregnancy continues. Summary: women with uterine myoma and unrealized generative function should avoid prolonged appointment of conservative therapy in the preoperative period, in a timely manner to solve the question of carrying out of conservative myomectomy.

**Keywords:** hysteromyoma; conservative myomectomy.

УДК 618.1

Миома матки является весьма распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов и наблюдается у 35–45% женщин репродуктивного возраста. В последнее время отмечается «омолаживание» миомы матки: возрастает число женщин, страдающих этим заболеванием в возрасте 20–25 лет [1, с. 927]. С другой стороны, увеличивается число первородящих старше 30 лет, у которых миома встречается в 15–17%. При бесплодии миому матки обнаруживают в 23,5% случаев [4, с. 827].

Сохранение репродуктивной функции у женщин с миомой матки представляет всё большую социальную значимость. Кроме того, миома матки является частой причиной невынашивания и осложняет течение родов и послеродового периода.

Несмотря на достижения медикаментозной терапии в лечении миомы матки приходится констатировать, что хирургическое лечение сегодня является основной тактикой в ведении этого заболевания. Хирургическому лечению подвергаются до 70% пациенток с миомой матки. Обращает на себя внимание, что в структуре оперативных вмешательств превалирует удельный вес радикальных операций, которые составляют 60,9 – 92,5% [3, с. 468]. Сторонники радикальных методов лечения аргументируют свой выбор тем, что после органосохраняющих операций сохраняется риск рецидивов миомы у 15–45% пациенток. Консервативная миомэктомия выполняется не более чем в 10–12% случаев. К органосохраняющим операциям относится эмболизация маточных артерий и гистероскопическая резекция, которые позволяют сохранить орган – матку [5, с. 30].

Многочисленными исследователями доказано, что миомэктомия позволяет восстановить репродуктивную функцию в 71% у женщин, страдающих первичным бесплодием, в 62,1% – вторичным бесплодием [6, с. 95].

Ряд авторов считает, что лапаротомия является основным методом при выполнении миомэктомии с целью реализации репродуктивной функции благодаря возможности более тщательного послойного сопоставления краев раны при ушивании ложа узла, особенно при вскрытии полости матки во время миомэктомии, при множественных узлах и больших размерах опухоли.

При лапароскопическом доступе создается предпосылка для разрыва матки во время последующей гестации, с неутешительным прогнозом для женщины и плода. Проблема хирургического органосохраняющего лечения является актуальной как в медицинском, так и социальном аспектах при проведении консервативной миомэктомии и сохранении репродуктивной функции.

Под наблюдением находилось 32 пациентки с диагнозом миома матки. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток, которым была произведена консервативная миомэктомия лапаротомным доступом в гинекологическом отделении ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2» с последующим анкетированием этих пациенток спустя 2–4 года после консервативной миомэктомии.

Средний возраст больных составил  $35,4 \pm 1,9$  лет. Из них в возрасте от 22 до 26 – 3 пациентки, от 27 до 31 года – 7, от 32 до 36 – 14, от 37 до 45 – 8 больных. Таким образом, большинство больных ( $n=22$ ) были старше 32 лет, что подтверждает рост данной патологии среди женщин репродуктивного возраста.

Выбор метода лечения определяется множеством факторов, в частности формой, темпом роста опухоли, локализацией, размером, возрастом больной, состоянием репродуктивной и менструальной функций, наличием экстрагенитальной патологии. Показаниями к миомэктомии явились: миома, деформирующая полость матки, субсерозный узел на ножке, миома больших размеров ( $>8-10$  см в диаметре), привычное невынашивание, сочетание миомы матки с эндометриозом, кистой яичника.

Основной задачей проведения данной операции является сохранение органа с целью восстановления репродуктивной функции у женщин.

Основными жалобами больных являлись: обильные длительные менструации, сопровождающиеся слабостью, недомоганием и тянущими

болями внизу живота. Вышеперечисленные жалобы отмечены у 7 пациенток. У 5 наблюдалось снижение уровня гемоглобина до 70–75 г/л.

Давность заболевания с момента выявления миомы матки составила от 2 до 8 лет. У 18 женщин данной группы имело место первичное бесплодие, вторичное – у 14. У 3 из них в анамнезе – внематочная беременность, у 3 – искусственные аборты, у 1 – кесарево сечение. Всем больным при поступлении произведено стандартное клиническое обследование, включая цитологическое и ультразвуковое исследование. По данным УЗИ, у 7 пациенток наблюдался центрипетальный рост узлов, деформирующий полость матки, что могло служить причиной бесплодия у этой категории женщин [2, с. 91].

Всем больным выполнена консервативная миомэктомия. Интраоперационно: узлы располагались по передней стенке матки – у 15 больных, по задней – у 12, в дне – у 3, в области перешейки, нижнем сегменте – у 2. У 14 больных величина миоматозного узла составила от 80 до 98 мм в диаметре. У 18 женщин миома матки была множественной – от 4 до 8 узлов, преимущественно субсерозно-интерстициальной локализации.

Поскольку целью миомэктомии являлась реализация репродуктивной функции, основной задачей было формирование полноценного рубца. Дополнительно во время операции у одной женщины произведена клиновидная резекция обоих яичников, у 2 – одного яичника, у одной пациентки была удалена маточная труба в связи с гидросальпинксом.

Миомэктомию выполняли лапаротомным доступом. Разрез на матке проводили по верхнему полюсу узла, во избежание травмы коллатералей сосудистых пучков. Вылущивание узлов проводили со вскрытием капсулы. Ложе удаленного узла ушивали отдельными викриловыми швами. При вскрытии полости матки ложе ушивали трехрядным швом, без вскрытия – двухрядным.

Всем пациенткам, начиная с раннего послеоперационного периода проводилась консервативная терапия: назначались аГн-РГ, КОК. После удаления субсерозных и небольших единичных интерстициальных миоматозных узлов планирование беременности рекомендовали спустя 0,5 года после операции, при удалении больших множественных узлов или субмукозных – через год после оперативного вмешательства. У 6 (18,7%) пациенток после консервативной миомэктомии беременность наступила через 1,5–2 года. У 1 из них произошел несостоявшийся выкидыш при сроке 7–8 недель. У 3 беременности закончились операцией кесарево сечение. У 2 беременности в настоящее время прогрессирует.

Таким образом, у женщин с миомой матки и нереализованной генеративной функцией следует избегать длительного назначения консервативной терапии в дооперационном периоде, своевременно решать вопрос об оперативном лечении в объеме консервативной миомэктомии.

### *Список литературы / References*

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология // под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014. 1024 с.
2. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике // под ред. В. В. Митькова, М. В. Медведева. М.: Видар, 1997. Т. III. 320 с.
3. Кулаков В. И. Оперативная гинекология – хирургические энергии: руководство // В. И. Кулаков, Л. В. Адамян, О. А. Мынбаев. М.: Медицина, Антидор, 2000. 860 с.
4. Руководство по амбулаторно–поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии // под ред. В.Е. Радзинского. М: ГЭОТАР. Медиа, 2014. 944 с.
5. Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Каппушева Л. М. Гистероскопия: атлас и руководство. М.: ГЭОТАР. Медиа, 2014. 248 с.
6. Сохранить, нельзя удалить // К. В. Пучков, Н. М. Подзолкова, В. В. Коренная, К. М. Кайибханова // Status praesens, 2015. № 4. 21 J. С. 95–102.