

УДК 618.14-006.36-089.87

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Зязева И.П., Ощепкова С.Ю.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени ак. Е.А. Вагнера (614990, Пермский край, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26), e-mail: [ir.z99@mail.ru](mailto:ir.z99@mail.ru)

Миома матки - одна из наиболее часто встречающихся гинекологических патологий, приводящих к нарушению функционирования репродуктивной системы женщин. Кроме того, распространенность данного заболевания среди женского населения продолжает расти, в то же время возраст пациенток очевидно снижается. Несмотря на рост распространенности миомы матки и ее влияния на качество жизни женщины, до настоящего времени эта патология остается недостаточно изученной. Известно, что осложнения в родах и в периоде гестации у женщин с миомой наблюдаются в 65-80% случаев. При сочетании миомы матки и беременности велика вероятность ее прерывания, возникновения гестоза, плацентарной недостаточности и синдрома задержки развития плода. Именно поэтому актуальной проблемой в настоящее время являются методы лечения миомы матки, которые должны быть направлены на сохранение репродуктивной функции у женщин, планирующих беременность и роды. Сегодня для лечения миомы матки у таких пациенток помимо консервативных методов используется реконструктивно-пластический хирургический метод лечения — миомэктомия. В современной медицине используется понятие «консервативная миомэктомия». Это органосохраняющая операция, заключающаяся в вылуцивании образования из стенки матки, не затрагивая здоровые ткани. В настоящее время при консервативной миомэктомии используют ряд доступов: лапаратомический, влагалищный и лапароскопический. Каждый из них имеет как свои преимущества, так и ограничения. Целью исследования было изучить зарубежную и отечественную литературу, отражающую взгляды современных учёных и практикующих врачей о проблеме хирургического лечения миомы матки.

Ключевые слова: миома матки, миомэктомия, гинекология, хирургия, беременность.

## MODERN ASPECTS OF CONSERVATIVE MYOMECTOMY

Zyazewa I.P., Oshchepkova S.U.

Perm State University named after E.A.Wagner, (614990, 26 Petropavlovskaya st., Perm, Perm krai, Russian Federation)  
e-mail: [ir.z99@mail.ru](mailto:ir.z99@mail.ru)

Uterine fibroids are one of the most common gynecological pathologies that lead to a violation of the functioning of the reproductive system of women. In addition, the prevalence of this disease among the female population continues to grow, while the age of patients is clearly decreasing. Despite the growing prevalence of uterine fibroids and their impact on a woman's quality of life, this pathology remains insufficiently studied to date. It is known that complications during childbirth and gestation in women with fibroids are observed in 65-80% of cases. With a combination of uterine fibroids and pregnancy, there is a high probability of its termination, gestosis, placental insufficiency and fetal development delay syndrome. That is why the current problem is the treatment of uterine fibroids, which should be aimed at preserving the reproductive function of women planning pregnancy and childbirth. Today, for the treatment of uterine fibroids in such patients, in addition to conservative methods, reconstructive plastic surgery is used-myomectomy. In modern medicine, the term "conservative myomectomy" is used. This is an organ-preserving operation, which consists in removing the formation from the uterine wall, without affecting healthy tissues. Currently, a number of approaches are used for conservative myomectomy: laparatomic, vaginal, and laparoscopic. Each of them has its own advantages and limitations. The aim of the study was to study foreign and domestic literature that reflects the views of modern scientists and practitioners on the problem of surgical treatment of uterine fibroids.

Key words: uterine fibroids, myomectomy, obstetrics and gynecology, surgery, pregnancy.

## **Актуальность**

Миома матки – наиболее часто выявляемое опухолевое образование женской репродуктивной системы. В последнее время отмечается очевидная тенденция к возрастанию его частоты в репродуктивном возрасте, что требует совершенствования методов органосохраняющего лечения. Большое признание в лечении данной патологии получила консервативная миомэктомия. Это органосохраняющая операция, заключающаяся в вылуцивании опухоли из стенки матки, не задевая при этом здоровые ткани [1].

**Цель:** изучить зарубежную и отечественную литературу, отражающую взгляды современных учёных и врачей о хирургическом органосохраняющем лечении миомы матки.

## **Задачи**

1. Литературный обзор отечественных и зарубежных источников, отражающих актуальную проблему миомы матки в современной медицине;
2. Изучить этиологию, патогенез, факторы риска данного заболевания, современные методы диагностики и хирургического органосохраняющего лечения миомы матки;
3. Обобщить полученные результаты и сделать выводы.

## **Материалы исследования**

В представленной работе отражены результаты обзора отечественной и зарубежной литературы по теме консервативной миомэктомии.

## **Результаты**

Миома матки стоит во главе по распространенности среди всех доброкачественных опухолей женской половой системы в большинстве стран мира. Частота ее выявляемости, по данным некоторых источников, колеблется от 25 до 50%. Средний возраст пациенток, страдающих данной патологией, составляет около 33 лет, при этом показания к хирургическому лечению появляются к 45 годам [1,3]. К факторам риска развития миомы матки относятся: раннее менархе, отсутствие родов в анамнезе, возраст (поздний репродуктивный), избыточная масса тела, прием тамоксифена, а также географический фактор (афроамериканская раса). Одна из гипотез гласит, что в основе патогенеза миомы матки лежат эстрогены. Повышение в крови количества эстрогенов и прогестерона приводит к увеличению митотической активности, которая может спровоцировать образование миоматозных узлов. Другая гипотеза – врожденное генетическое детерминированное нарушение миометрия у женщин [2,3]. Риск возникновения миомы выше у нерожавших женщин, у которых отмечается большое количество ановуляторных циклов и ожирение с повышенной ароматизацией андрогенов в эстрон в жировой ткани. Но нельзя говорить о главной роли эстрогенов без прогестерона, ведь концентрация прогестерона в крови также циклически меняется и значительно повышается во время беременности и понижается после

менопаузы. Получается, и эстрогены и прогестерон могут являться стимуляторами роста миомы. Есть предположение, что соматотропин тоже может быть инициатором формирования миомы, подтверждением является факт, что у пациенток с акромегалией чаще выявляют миому матки [3]. Сейчас особое внимание врачей и ученых обращено на пролактин. Оказалось, у пациенток старше 40 лет концентрация пролактина в плазме крови намного выше нормы. Эпидермальный фактор роста, инсулиноподобный фактор роста – 1 и фактор роста тромбоцитов обнаруживаются в тканях миомы совместно с их рецепторами. Инсулиноподобные факторы роста 1 и 11 являются медиаторами действия эстрогенов в ткани опухоли и вместе с другими факторами роста участвуют в формировании и росте миомы матки. Нарушения иммунного статуса пациенток тоже связывают с миомой матки. Активность гуморального и клеточного иммунитета при данном заболевании значительно снижена, что вероятно играет не последнюю роль в патогенезе миомы [3,4].

Диагноз миомы матки в настоящее время ставится на основании жалоб пациентки, анамнеза, физикального обследования, а также лабораторного и инструментального исследований. Пациентки с миомой матки, как правило, жалуются на объемные маточные кровотечения, тазовую боль, тяжесть внизу живота и его увеличение, а также нарушение функционирования прилежащих к матке органов и бесплодие. В анамнезе у них могут быть указаны: отсутствие беременности и родов, раннее менархе, отягощенная наследственность, ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет. При бимануальном влагалищном исследовании отмечается увеличение матки в размере, неровные контуры из – за пальпации плотных узлов. В общем анализе крови пациенток с миомой матки нередко обнаруживается анемия различной степени выраженности (при отсутствии экстрагенитальной патологии). Важными методами исследования заболеваний матки являются УЗИ, гистеросонография, гистероскопия, а также МРТ малого таза [1,4].

Выбор доступа для проведения миомэктомии — первостепенная и при этом достаточно трудная задача, зависящая не только от объективных факторов (размеры опухоли, ее локализация, множественность патологических изменений), но и от опыта оперирующего хирурга. Если рассматривать доступы при миомэктомии по отдельности, то у каждого можно выделить свои преимущества и недостатки. Так, при выполнении лапаротомной миомэктомии возможно полное удаление визуализируемых и/или пальпируемых узлов при сохранении матки, полное сопоставление тканей раны при чревосечении и сопоставление ложа узла, а также отсутствие коагуляционного некроза. Но при этом, данный вид хирургического вмешательства повышает риск формирования спаек и разрыва матки по рубцу при последующей беременности [1,3]. Казалось бы, лапароскопическая миомэктомия обладает меньшей инвазивностью, а значит и низким риском послеоперационных осложнений,

быстрой реабилитацией, хорошим эстетическим эффектом. Однако это не панацея при данной патологии, ведь при лапароскопической миомэктомии значительно выше частота рецидивов по сравнению с лапаротомией, трудность ушивания ложа миоматозного рубца, что может способствовать формированию неполноценного рубца [3]. Гистероскопическая миомэктомия на сегодняшний день набирает популярность среди хирургов. Основными преимуществами данной операции являются миниинвазивность, способствующая снижению риска послеоперационных септических осложнений, а также сокращению сроков пребывания в стационаре. Но гистероскопическим методом удаления миомы матки не всегда удается достичь полной резекции узлов, также есть риск перфорации матки и возникновении гиперволемии, при которой в ряде случаев полное удаление узла может быть осуществлено лишь при повторной гистероскопии [4].

С каждым годом различные техники миомэктомии совершенствуются, но спорные моменты остались до сих пор. Сейчас большинство хирургов считают, что направление разреза на матке при лапаротомной миомэктомии зависит от расположения, диаметра и количества миоматозных узлов. При их локализации в верхней части тела матки, как по передней, так и по задней стенке, наиболее рациональными считаются косые разрезы с направлением соответствующим надсосудистому слою миометрия, которое определяется местом отхождения круглых связок матки и собственных связок яичников. Выбор срединного продольного разреза стенки маточки обусловлен его удаленностью от маточных труб и яичников, что гарантирует не вовлечение их в послеоперационный спаечный процесс; меньшей кровоточивостью тканей, что связано с плохим кровоснабжением этой области; отсутствием риска стойкой ретропозиции матки, часто ведущей к болевому синдрому [2]. При различном расположении узлов для профилактики травмы коллатералей сосудистых пучков следует выполнять разрез по верхнему полюсу миоматозного узла. При крупных интралигаментарных и шеечно - перешеечных узлах нередко возникает необходимость пересечения круглой связки матки с целью бережного их удаления и проведения качественного гемостаза. Чтобы восстановить целостность стенки матки, как правило, используются трехэтажные швы. При вскрытии полости матки сопоставляются края раны слизистого слоя с помощью непрерывных или отдельных слизисто-мышечных швов [3,4].

Единые для всех критерии отбора для проведения лапароскопической миомэктомии на сегодняшний день отсутствуют. Есть мнение, что диаметр узлов не должен превышать 20-недельную беременность, и располагаться они должны так, чтобы после энуклеации была возможность полноценного формирования и регенерации стенок матки [2]. Для формирования правильного рубца, по мнению многих хирургов, разрезы на теле матки должны быть дугообразной формы в поперечном направлении с выпуклостью, обращенной к дну матки (чем

ближе к дну, тем больше выпуклость). Современные методы проведения лапароскопической миомэктомии способны выполнять достаточно качественное зашивание раны на матке, в связи с этим многие специалисты уверены, что уже скоро станет возможным безопасное проведение вагинальных родов при условии их ведения по общепринятым принципам, разработанным для женщин с рубцом после кесарева сечения [3].

Гистероскопическая миомэктомия считается «золотым стандартом» в лечении субмукозных миом. Учитывая все сложности при гистероскопическом удалении крупных субмукозных узлов, важным моментом является осуществление предоперационной подготовки, нацеленной на уменьшение диаметра и васкуляризации субмукозных узлов, способствующей лучшей их визуализации и созданию условий для полной резекции за одну операцию. Подслизистые узлы, не превышающие в своем размере 6 см, удаляют гистероскопически при помощи моно- или биполярного резектоскопа или шейвера по Бигатти. В случае невозможности полного удаления узла показана двухэтапная операция [4].

### **Заключение**

Таким образом, проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что несмотря на большую распространенность миомы матки среди женского населения разного возраста, активное изучение данной патологии и совершенствование техник ее хирургического лечения, актуальность проблемы миомы матки по-прежнему остается в современной хирургии. Коротко характеризуя хирургические методики, следует признать, что каждая из них имеет как свои достоинства, так и ограничения. Вероятно, неудачи их применения связаны не столько с низкой эффективностью, сколько с неоправданным применением в каждом конкретном случае.

### **Список литературы**

1) Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных / Л. В. Адамян. – М.: – 2014 – 104 с.

2) Адамян Л. В., Зарубиани З. Р., Киселев С. И. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 3. — С. 40-44.

3) Беженарь В. Ф., Медведева Н. С., Айламазян Э. К. Современная стратегия и хирургическая техника при лапароскопической миомэктомии // Здоровье женщины. — 2008. — № 4 (36). — С. 22-26.

4) Kubinova, K. Reproduction after myomectomy: comparison of patients with and without second-look laparoscopy / K. Kubinova, M. Mara, P. Horak, D. Kuzel, A. Dohnalova // Minim. Invasive Ther. Allied Technol. – 2011 – Vol.18, №6(11). – P. 25 – 28