

УДК 618.14-006.36-089.87

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ
У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА****DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT OF UTERINE LEIOMYOMA
IN REPRODUCTIVE AGE**©**Спиридонова Н. В.**

SPIN-код: 3079–3658

д-р мед. наук

Самарский государственный медицинский университет

г. Самара, Россия

©**Spiridonova N.**

SPIN-code: 3079–3658

Dr. habil., Samara state medical university

Samara, Russia

©**Басина Е. И.**

SPIN-код: 9708–6921

Самарский государственный медицинский университет

г. Самара, Россия, basina83@inbox.ru©**Basina Ye.**

SPIN-code: 9708–6921

Samara state medical university

Samara, Russia, basina83@inbox.ru©**Клыкова О. В.**

Самарский государственный медицинский университет

г. Самара, Россия

©**Klykova O.**

Samara state medical university

Samara, Russia

Аннотация. В статье произведен анализ вариантов оперативного лечения женщин с миомой матки и разработан алгоритм тактики ведения пациенток с данной патологией, предусматривающий сохранение их репродуктивного потенциала.

Abstract. The present research analyzed the options of uterus-saving methods of surgical treatment uterine leiomyoma and developed the algorithm of treatment of patients with this pathology, providing the preservation of their reproductive potential.

Ключевые слова: миома матки, репродуктивное здоровье, органосохраняющие методы лечения, консервативная миомэктомия, эмболизация маточных артерий.

Keywords: uterine leiomyoma, reproductive health, organ saving methods of treatment, myomectomy, uterine artery embolization.

Учитывая рост распространенности миомы матки среди пациенток репродуктивного возраста, у которых не решена проблема деторождения, в современной медицинской практике особую актуальность приобретают органосохраняющие методы лечения [1, 2].

Цель исследования: провести анализ вариантов оперативного лечения женщин с миомой матки и разработать оптимальный алгоритм тактики ведения пациенток с данной патологией, предусматривающий сохранение их репродуктивного потенциала.

Материалы и методы исследования

Перспективное исследование проводилось на базе нескольких медицинских учреждений города Самары с 2011 по 2014 годы. Было обследовано 92 пациентки репродуктивного возраста (до 42 лет включительно) с миомой матки, подвергавшихся органосохраняющим методам лечения: консервативной миомэктомии (КМ) (45 пациенток) и эмболизации маточных артерий (ЭМА) (47 пациенток). Динамика предъявляемых жалоб, данных наружного и гинекологического осмотра, оценки ультразвуковых параметров органов малого таза проводилась до и через 5 месяцев после проводимого лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди клинических проявлений миомы матки преобладали: болевой синдром — 28,3%, нарушения менструального цикла по типу менометроррагий — 30,4%, нарушения функций тазовых органов по типу учащенного мочеиспускания, либо, напротив, задержек мочеиспускания — 3,3%, а также сочетания болевого синдрома и менометроррагий — 38%. 27,2% пациенток с миомой матки (25) предъявляли жалобы на бесплодие, у них в качестве метода лечения миомы матки была выбрана КМ в 72% (18) случаев и только в 28% (7) случаев — ЭМА [3].

При ультразвуковом исследовании органов малого таза объем матки у пациенток с миомой до лечения был сопоставим: $322,95 \pm 33,78$ мм³ и $284,69 \pm 23,54$ мм³ ($p=0,352$). При этом размеры узлов несколько различались. Так, у пациенток, которым впоследствии была выполнена КМ, миоматозные узлы были несколько крупнее ($68,98 \pm 5,92$ мм) по сравнению с размерами узлов у пациенток ($53,45 \pm 3,79$ мм), которым в будущем была произведена ЭМА ($p=0,011$). Однако в решении вопроса о выборе метода лечения миомы матки между консервативной миомэктомией и эмболизацией маточных артерий основную роль играли не исходные размеры матки или размеры узлов, а расположение и особенности их кровоснабжения, что обусловлено особенностями техники каждого из оперативных вмешательств [4]. Субмукозное расположение миоматозных узлов было выявлено у 8,5% (4) пациенток, которым впоследствии была выполнена ЭМА. Хотя еще в совсем недавнем прошлом при наличии субмукозных узлов единственной альтернативой гистерэктомии была гистерорезектоскопия со всеми недостатками данной операции: большая кровопотеря, травматичность, риск эмболии, высокий риск перфорации матки, ограничения по размерам узла до 6 см [5]. В обеих подгруппах женщин с миомой матки одинаково часто встречалось субсерозно-интерстициальное расположение узлов: 51,1% (23) и 48,9% (23) ($p=0,883$). В группу пациенток, которым впоследствии была выполнена ЭМА, отбирались женщины с хорошо выраженным кровоснабжением опухоли по результатам ЦДК. Субсерозное расположение узлов на ножке встречалось у 26,7% (12) женщин, что послужило критерием отбора для последующей консервативной миомэктомии [6].

При сравнении клинических исходов проведенного лечения через 5 месяцев наилучшие результаты были получены после КМ: 80% пациенток не предъявляли никаких жалоб, после ЭМА отсутствие клинической симптоматики отмечали 55,3% пациенток ($p=0,003$). В 2 раза уменьшилось число пациенток с проявлениями болевого синдрома (с 28,2% до 15%), в 6 раз — количество женщин, страдавших маточными кровотечениями (с 30,4% до 5,1%), а в 3 раза сократилось число пациенток с сочетанной симптоматикой (с 38,1% до 12,5%) ($p < 0,001$). При УЗ-контроле органов малого таза после проведенной ЭМА наблюдалось уменьшение объема матки: с 284,69 до 244,85 мм³ и среднего диаметра миоматозного узла с 53,45 до 41,48 мм ($p < 0,001$).

Выводы:

1. Миома матки значительно снижает репродуктивный потенциал женщины, являясь причиной бесплодия и невынашивания беременности.
2. В вопросе о выборе метода органосохраняющего лечения миомы матки между КМ и ЭМА решающее значение имеют расположение и особенности кровоснабжения в миоматозных узлах.

3. КМ показана пациенткам, не реализовавшим свою репродуктивную функцию и планирующим беременность, при наличии симптомной миомы матки с субсерозной либо субсерозно–интерстициальной локализацией узлов. ЭМА показана пациенткам, реализовавшим свой репродуктивный потенциал, с интерстициальным и субмукозным расположением узлов и хорошо выраженным кровотоком в них по ЦДК.

Список литературы:

1. Тихомиров А. Л., Лубнин Д. М. Миома матки. М.: МИА, 2006. 176 с.
2. Басина Е. И. Сравнительный анализ клинической эффективности консервативной миомэктомии и эмболизации маточных артерий в качестве методов лечения миомы матки // Аспирантский вестник Поволжья. 2015. №1–2. С. 7–15.
3. Спиридонова Н. В., Басина Е. И. Сравнительная оценка показателей качества жизни у пациенток с миомой матки репродуктивного возраста после консервативной миомэктомии и эмболизации маточных артерий // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико–биологические науки. 2015. Т. 17. №2–2. С. 381–388.
4. Спиридонова Н. В., Басина Е. И. Хирургические методы органосохраняющего лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста // Управление качеством медицинской помощи. 2015. №1–2. С. 36–42.
5. Стрижаков А. Н. и др. Доброкачественные заболевания матки. М.: ГЕОТАР–Медиа. 2010. 288 с.
6. Спиридонова Н. В., Шатунова Е. П., Басина Е. И. Миома матки: этиология, патогенез, тактика акушера–гинеколога: учебное пособие для врачей. Самара: ООО «Офорт», 2013. 159 с.

References:

1. Tikhomirov A. L., Lubnin D. M. Mioma matki (A uterine myoma). Moscow, MIA, 2006, 176 p.
2. Basina E. I. Sravnitelnyi analiz klinicheskoi effektivnosti konservativnoi miomektomii i embolizatsii matochnykh arterii v kachestve metodov lecheniya miomy matki (Comparative analysis of the clinical efficacy of conservative myomectomy and uterine artery embolization as a method of treatment of uterine myoma). Aspirantskii vestnik Povolzhya, 2015, no. 1–2, pp. 7–15.
3. Spiridonova N. V., Basina E. I. Sravnitel'naya otsenka pokazatelei kachestva zhizni u patsientok s miomoi matki reproductivnogo vozrasta posle konservativnoi miomektomii i embolizatsii matochnykh arterii (Comparative evaluation of quality of life in patients with uterine myoma patients of reproductive age after conservative myomectomy and uterine artery embolization). Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiiskoi akademii nauk. Sotsialnye, gumanitarnye, mediko–biologicheskie nauki, 2015, v. 17, no. 2–2, pp. 381–388.
4. Spiridonova N. V., Basina E. I. Khirurgicheskie metody organosokhranyayushchego lecheniya miomy matki u zhenshchin reproductivnogo vozrasta (Surgical methods of organ–preserving treatment of uterine myoma in women of reproductive age). Upravlenie kachestvom meditsinskoi pomoshchi, 2015, no. 1–2, pp. 36–42.
5. Strizhakov A. N. et al. Dobrokachestvennyye zabolevaniya matki (Benign uterine diseases). Moscow, GEOTAR–Media, 2010, 288 p.
6. Spiridonova N. V., Shatunova E. P., Basina E. I. Mioma matki: etiologiya, patogenez, taktika akushera–ginekologa (A uterine myoma: etiology, pathogenesis, tactics obstetrician–gynecologist): manual for physicians. Samara, Ofort, 2013, 159 p.

*Работа поступила
в редакцию 16.08.2016 г.*

*Принята к публикации
24.08.2016 г.*