

**Р.М. РАЕВА, А.Т. МЕНКЕНОВА, С. КАРИМКЫЗЫ, А.Б. АЙДЫМБЕКОВА, М.Е. ТУРГИНБЕКОВА,
Н.С. УТЕЛЬБАЕВА, М.И. МАМИТНИЯЗОВА**

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по акушерству и гинекологии*

РОЛЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С БЕСПЛОДИЕМ

Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половой системы женщины, и ее частота среди других гинекологических заболеваний варьирует от 20% до 44%. Эффективность консервативной миомэктомии и реабилитационной терапии у больных с миомой матки в сочетании с бесплодием составила 30. У остальных пациенток беременность не наступила, а у 3,3% пациентки наблюдался повторный рост миомы матки.

Ключевые слова: Бесплодие, миома матки, реабилитационное лечение, консервативная миомэктомия.

Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половой системы женщины, и ее частота среди других гинекологических заболеваний варьирует от 20% до 44% [2,5,12]. Бесплодие, как первичное, так и вторичное - нередкое явление при данном заболевании. Эта проблема приобретает все большую актуальность в связи с омоложением больных миомой, с одной стороны, и поздним планированием беременности (после 40 лет) с другой, когда значительно повышается риск возникновения этой доброкачественной опухоли женской половой системы, а также эндометриоза и воспалительных заболеваний органов малого таза, как причин неудач в осуществлении репродуктивной функции. Согласно данным литературы, у страдающих бесплодием, миома матки является единственной причиной репродуктивных неудач [4,7].

В связи с развитием эндоскопической хирургии и совершенствованием лапароскопической техники многие отечественные и зарубежные хирурги подчеркивают значимость абдоминальных реконструктивно-пластических операций, которые не потеряли своей актуальности. Это связано с тем, что процент больных молодого возраста, желающих сохранить репродуктивную функцию и страдающих бесплодием при миоме матки больших и гигантских размеров, атипичном расположении узлов, не имеет тенденции к снижению [1,3,8,10]. Исходя из вышесказанного, следует отметить, что консервативная миомэктомия при единичных и множественных узлах миомы больших и гигантских размеров остается актуальной и дискуссионной темой.

Вопросы о роли восстановительной терапии после консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста рассмотрены недостаточно. Ранняя реабилитация, стимулирующая адаптационно-приспособительные реакции организма, микроциркуляцию, рецепцию и обменные процессы на уровне клетки, по-видимому, должна способствовать лучшей регенерации и репарации тканей матки, от чего может зависеть в дальнейшем степень восстановления функций репродуктивной системы и здоровья женщины в целом. Реабилитационная терапия больных с бесплодием в сочетании с миомой матки начинается в гинекологическом стационаре и продолжается в условиях поликлиники [6,9]. До 25% женщин, перенесших консервативную миомэктомию, особенно при множественных узлах, в дальнейшем нуждаются в гистерэктомии в связи с повторным ростом опухоли [8,11].

Цель исследования: изучить эффективность оперативного и восстановительного лечения 30 гинекологических пациенток с бесплодием в сочетании с миомой матки.

Материал и методы исследования: Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 30 гинекологических пациенток с бесплодием в сочетании с миомой матки по данным архивного материала НЦАГиП за 2009-2010г.г., которым была проведена органосохраняющая операция (консервативная миомэктомия), а также поэтапное восстановительное лечение во время и после операции. Были применены следующие методы исследования: ультразвуковое исследование органов малого таза, исследование гормонального статуса.

Результаты исследования.

Основную группу составили 30 гинекологических пациенток с бесплодием в сочетании с миомой матки. Из них 1 подгруппу составили женщины с бесплодием первичного генеза – 12(40%) пациенток; 2 подгруппу – женщины с бесплодием вторичного генеза – 18(60%) пациенток. Средний возраст женщин 1 подгруппы составил 33,3±0,4 лет; средний возраст женщин 2 подгруппы – 36,7±0,6 лет.

Анализ экстрагенитальной патологии показал, что у пациенток 1 подгруппы отмечались: хронический пиелонефрит - в 5(41,6%) случаях, анемия - в 3(25%) случаях, хронические заболевания ЖКТ - в 5(41,6%) случаях, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей - в 2(16,6%) случаях. А также у пациенток 2 подгруппы частота случаев хронического пиелонефрита – в 7(38,8%) случаях, анемия – в 2(11,1%) случаях, хронические заболевания ЖКТ – в 3(16,6%) случаях, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей – в 4(22,2%) случаях.

При анализе сопутствующей гинекологической заболеваемости пациенток 1 подгруппы выявлено: эрозия шейки матки – в 1(8,3%) случае, воспалительные заболевания органов малого таза – в 4(33,3%) случаях, киста яичника – в 3(25%) случаях, полип цервикального канала – в 2(16,6%) случаях; у пациенток 2 подгруппы: эрозия шейки матки – в 3(16,6%) случаях, воспалительные заболевания органов малого таза – в 3(16,6%) случаях, тубэктомия – в 3(16,6%) случаях, эндометриоз – в 2(11,1%) случаях, полип цервикального канала – в 1(5,5%) случае.

В обеих подгруппах проведенное исследование гормонального статуса показало что:

у пациенток 1 подгруппы в 4(33,3%) случаях отмечена гиперпролактинемия, в 1(8,3%) случае отмечалось повышение ФСГ, в 1(8,3%) случае выявлена гиперандрогения. У пациенток 2 подгруппы в 7(38,8%) случаях отмечена гиперпролактинемия, в 1(5,5%) случае отмечалось повышение прогестерона. Всем пациенткам проведена соответствующая гормональная коррекция.

Пациентки с бесплодием в сочетании с миомой матки получали восстановительное лечение в интра- и послеоперационном периодах, которое состояло из нескольких этапов:

На 1 этапе – интраоперационно производили дренирование брюшной полости, после тщательного гемостаза в брюшную полость вводили 100 мл полиглюкина. Затем в послеоперационном периоде в течении 3 дней с целью профилактики спаек в брюшную полость вводили: 20 мл полиглюкина + 0,5 г канамицина + 25мг гидрокортизона + 64 ед. лидазы. В течении 3-5 дней проведены восстановление ОЦК (трансфузия раствора Рингера 400,0 внутривенно, глюкозы 5%-400,0 + вит С 6,0 внутривенно), антибактериальная и симптоматическая терапия (церулин 2млх2 раза в день внутримышечно, эритромицин 0,25гх4 раза в день per os, трихопол, метрид), антикоагулянты (клексан 0,4 мл подкожно), антиагреганты (тромбо-асс 100 мг), утеротоники (окситолин 1,0).

На 2 этапе – через 14-21 день после операции были назначены гестагены с целью профилактики рецидива (норколут, дюфастон, утрожестан в 21-дневном режиме). Терапия была дополнена поливитаминами группы С и Е, иммуномодуляторами, физиолечением.

На 3 этапе – через 3 месяца проведен контроль УЗИ для выявления обратного роста миомы.

Осложнения в послеоперационном периоде не наблюдались.

Операция		Всего пациенток	Наступление беременности	
			абс. число	%
Лапароскопия (ЛПСК) + консервативная миомэктомия (КМ)	1 подгруппа	7	5	16,6%
	2 подгруппа	11	4	13,7%
ЛПСК + КМ + операции на придатках	1 подгруппа	5		
	2 подгруппа	7		

В итоге эффективность лечения больных с миомой матки в сочетании с бесплодием составила 9(30%) случаев, из них 5(16,6%) случаев из 1 подгруппы, 4(13,7%) случая из 2 подгруппы, причем чаще всего у пациенток после консервативной миомэктомии, без дополнительных оперативных вмешательств на маточных трубах. У остальных пациенток беременность не наступила. У 1(3,3%) пациентки со 2 подгруппы наблюдался повторный рост миомы матки.

Выводы: Таким образом, полученные результаты эффективности консервативной миомэктомии в наступлении беременности, по-видимому, объяснялись тем, что в большинстве случаев при проведении операции не было спаечного процесса благодаря восстановительной поэтапной терапии, которой женщины следовали также после выписки. На результаты лечения у больных с бесплодием в сочетании с миомой матки значимое влияние оказывали: выраженность спаечного процесса III-IV степени, множественная миома матки, размеры миоматозных узлов, их количество и состояние маточных труб.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адамян Л.В., Кулаков В.И., Киселев С.И. Лапароскопическая миомэктомия при лечении миомы матки. // В сб.: «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки», М., 1997, Т. 1, С. 221-223.
- 2 Кулаков В.И., Шилова М.Н., Волков Н.И. Лапароскопическая миомэктомия в
- 3 комбинированном лечении бесплодия и миомы матки. // В сб.: «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки», М., 1997, Т. 1, С. 210-211.
- 4 Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1997, № 3, С.21-23.
- 5 Ботвин М.А., Сидорова И.С., Гуриев Т.Д. Оперативное лечение миомы матки (консервативная миомэктомия). // Советская медицина, 1991, № 10, С. 12-15.
- 6 Логутова Л.С., Буянова С.Н., Петрухин В.А., Новикова С.В. и др. Сохранение детородной функции при сочетании беременности с доброкачественными опухолями матки. Пособие для врачей. // М., 2002, 16 с.
- 7 Овсянникова Т.В., Гуриев Т.Д. // Возможности восстановления репродуктивной функции у пациенток с миомой матки. // Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) под ред. член-корр. РАМН Сидоровой И.С., М.: Медицинское информагентство, 2003, глава 13, С. 224-234.
- 8 Айпеисова А.Ж., Кудайбергенов Т.К. Реабилитационная терапия у больных с бесплодием в сочетании с миомой матки. // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы под ред. Мамедалиевой Н.М, 2007, с.145
- 9 Кулаков В.И., Корнеева И.Е. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия. // Акушерство и гинекология, 2002, № 2, С. 56-59
- 10 Wallach E.E. Myomectomy. // In: TeLinde's Operative Gynecology. Thompson J.D., Rock J.A., eds. Lippincott, Philadelphia, 1992, P. 647-662.
- 11 Cunningham F. G. Reproductive success and failure. // In: Williams Obstetrics. MacDonald P.C., Gant N.F., Leveno K.J., Gilstrap L.C., Hankins G.D., Clark S.L., eds. Stamford, Appleton & Lange, 1997, P. 569-655.
- 12 Faerstein E., Szclo M., Rosenshein N.B. Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. // Am. J. Epidemiol., 2001, V. 153, No. 1, P. 11-19.
- 13 E. Darai, H. Dechaud Fertility after laparoscopic myomectomy: preliminary results. // Hum. Reprod. 1997, Vol. 12, N9, P. 1931-1934.

**Р.М. РАЕВА, А.Т. МЕНКЕНОВА, С. КАРИМКЫЗЫ, А.Б. АЙДЫМБЕКОВА, М.Е. ТУРГИНБЕКОВА,
Н.С. УТЕЛЬБАЕВА, М.И. МАМИТНИЯЗОВА**
БЕДЕУЛІКПЕН ҚОСАРЛАНҒАН ЖАТЫР МИОМАСЫНЫҢ ЕМДЕУДЕГІ АҒЗА САҚТАУ ОПЕРАЦИЯСЫНЫҢ РОЛІ

Түйін: Жатыр миомасы әйелдер жыныс жүйесінде жиі кездесетін қатерсіз ісіктерінің бірі болып келеді және гинекологиялық аурулардың ішінде кездесу жиілігі 20%-дан 44%-ға дейін.

Консервативті миомэктомия мен кезекті реабилитациялық емнің эффективтілігін 30% құрады. Қалған емделуші әйелдерде жүктілік болмады, 3,3%-да жатыр миомасының қайтадан өсуі байқалды.

Түйінді сөздер: Бедеулік, жатыр миомасы, реабилитациялық емдеу, консервативті миомэктомия.

**R.M. RAYEVA, A.T. MENKENOVA, S. KARIMKYZY, A.B. AIDYMBEKOVA, M.E. TURGIMBEKOVA,
N.S. UTELBAEVA, M.I. MAMITNIAZOVA**
ROLE OF ORGAN-PRESERVING OPERATION IN TREATMENT OF MYOMA OF A UTERUS
IN COMBINATION WITH INFERTILITY

Resume: Myoma of a uterus belongs to most often meeting benign tumor of sexual system of the woman, and her frequency among other gynecologic diseases varies from 20% to 44%

As a result efficiency of a conservative miomektomiya and rehabilitation therapy at patients with uterus myoma in combination with infertility made (30%). At other patients pregnancy didn't come. At 3,3% of the patient the repeated growth of myoma of a uterus was observed.

Keywords: infertility, uterus myoma, rehabilitation therapy, conservative miomektomiya.