

Миома матки: в пользу оперативного лечения при бесплодии

А. А. Попов, д.м.н., проф., рук. отделения эндоскопической хирургии

А. А. Федоров, к.м.н., с.н.с.

Е. А. Логинова, аспирант

Т. Н. Мананникова, к.м.н., вед. научный сотрудник

А. А. Коваль, к.м.н., научный сотрудник

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», г. Москва

Better option for fibroids related infertility: in favor of surgery

A. A. Popov, A. A. Fyodorov, E. A. Loginova

Moscow Regional Research Institute for Obstetrics and Gynecology, Moscow, Russia

Резюме

Частота миомы матки в популяции составляет 20–25%, а после 35 лет она достигает 52%. Однако только 20% всех миоматозных узлов являются «симптомными». В статье представлен современный взгляд на консервативные и органосохраняющие хирургические методы лечения миомы матки. Проанализированы результаты 721 миомэктомии, проведенной на базе эндоскопического отделения МОНИАГ с 2010-го по 2014 год. Показанием к операции являлось наличие симптомной миомы матки (кровотечение, деформация полости, размер миомы более 4–5 см). Лапароскопическая миомэктомия выполнена у 502 больных (69,6%), лапаротомическая у 13%, трансцервикальная у 141 больной (19,9%). У 26 больных (3,6%) использован комбинированный доступ, у 7 больных (0,97%) — конверсия. Оценены репродуктивные исходы у 218 пациенток, которым была произведена миомэктомия. Кумулятивная частота наступления беременности составила 51,6%, из них спонтанно беременность наступила в 69% случаев. Отмечено одно осложнение в виде разрыва рубца на матке после миомэктомии на сроке 34 недели, что составило 1,3%. Вывод. Мы считаем, что миомэктомия при симптомной миоме матки является безопасным вмешательством, позволяющим сохранить репродуктивную функцию при незначительном количестве осложнений.

Ключевые слова: лапароскопическая миомэктомия, миома матки, разрыв матки, бесплодие, беременность после миомэктомии.

Summary

Incidence of uterine fibroids in women population is 20–25%. At the age of 35 years the incidence increased to 52%, but only 20% of all fibroids became symptomatic. This article presents a modern view of conservative and surgical treatment of uterine fibroids. We study results of 721 myomectomies, which are performed at our department from 2010 to 2014 year. Laparoscopic myomectomy was done in 502 patients (69.6%), laparotomic in 13% cases, hysteroscopic myomectomy in 141 (19.9%) patients. In 26 (3.6%) cases a combined access was required, in 7 (0.97%) — a conversion. We analyzed the reproductive outcomes of 218 patients treated at our department. The cumulative frequency of pregnancies was 51.6%. Spontaneous pregnancy accounted for 69% of this number. A single (1.3%) complication in the form of the uterine scar rupture was documented in the week 34 of pregnancy. Conclusion. Myomectomy in symptomatic myoma is a safety procedure with a low rate of complications.

Key words: laparoscopy myomectomy, fibroids, uterine rupture, infertility, pregnancy after myomectomy.

Миома матки уже длительное время остается одной из самых распространенных незлокачественных заболеваний матки [1–3]. С одной стороны, имеется доказанное негативное влияние миомы на качество жизни женщин (кровотечение, сдавление смежных органов, ишемия). Частота миомы матки в популяции составляет 20–25%, а после 35 лет она достигает 52%. Истинная частота заболевания намного выше, так как при аутопсии миома выявляется у 75% женщин [4].

С другой стороны, имеются убедительные данные о репродуктивном здоровье и миоме [5–11]. В систематическом обзоре литературы «Фибромиома и результативность преодоления бесплодия» [5] указы-

вается, что при наличии субмукозной миомы частота имплантации в 3,9 раза, а частота наступления беременности — в 2,8 раза ниже. Также отмечено увеличение частоты спонтанного прерывания беременности, что более чем в два раза наблюдалось чаще у больных с субмукозной миомой. В этом же обзоре указано, что нет убедительных доказательств того, что интрамуральная или субсерозная фибромиома небольших размеров (до 4–5 см) неблагоприятно влияет на фертильность.

В 2008 году одной из фармакологических компаний был проведен опрос 145 гинекологов нескольких крупных городов России о том, как они лечат миому матки. Исследование показало, что большинство гинеколо-

гов принимают от 10 до 30 пациенток с миомой ежемесячно (в среднем 20), что на пять больных больше, чем больных с эндометриозом. Этот факт подчеркивает актуальность проблемы лечения миомы.

Этот же опрос показал, что наиболее часто миома встречалась у пациенток 36–50 лет (50%). Следующая по численности группа больных была в возрасте 21–35 лет (28%). Это как раз тот период времени, когда женщина принимает решение о планировании беременности и на этапе прегравидарной подготовки выявляется заболевание, прямо или косвенно влияющее на репродуктивное здоровье. Среди всех пациенток с миомой только у 28,8% диагноз был поставлен впервые. Хирургическое лечение было

рекомендовано 29,3 % больных. Это говорит о том, что каждая третья пациентка с миомой будет оперирована, а с учетом репродуктивного возраста большинства больных потребуются органосохраняющее хирургическое лечение.

С даты проведения опроса (2008) прошло уже семь лет, однако кажется, что ситуация не изменилась. По-прежнему миома является наиболее часто диагностируемой доброкачественной опухолью матки, встречается наиболее часто в репродуктивном возрасте и может негативно влиять на репродуктивное здоровье [5–11].

Более 40 % миом протекают бессимптомно и не требуют специального лечения. В этом случае достаточно проводить осмотр и УЗИ один раз в шесть месяцев, а лечение (оперативное или медикаментозное) следует назначать при появлении клинических проявлений.

В настоящее время существуют разные варианты лечения миомы. Прогестагены обладают низким терапевтическим эффектом, могут положительно влиять на некоторые симптомы миомы (например, кровотечение), часто не оказывая влияния на размер опухоли и скорость роста [12–14]. Большая часть препаратов сегодня имеют исторический интерес и не применяются на практике.

Левоноргестрелсодержащая внутриматочная спираль была предложена для контрацепции и лечения симптомной миомы (кровотечения, при быстром росте и т.д.) [12, 15, 16]. Гормональная внутриматочная система хорошо себя зарекомендовала на протяжении многих лет активного использования. Однако именно контрацептивный эффект делает ее использование невозможным при бесплодии.

Из наиболее перспективного медикаментозного лечения миомы матки следует признать улипристала ацетат [17–20]. Препарат может быть использован и как для подготовки миомы к удалению, так и для самостоятельного метода лечения (четырёхкратный трехмесячный курс) [20]. Описаны около 20 случаев беременности после использования такой терапии без хирургического лечения больших

и гигантских миом и бесплодия [19]. Однако опыт использования улипристала ацетата и опыт хирургического лечения миомы при бесплодии несопоставимы. Требуется дальнейшее и всестороннее исследование возможности применения улипристала ацетата как монотерапии при миоме и бесплодии.

Следует кратко остановиться на эмболизации маточных артерий (ЭМА) и фокусированной ультразвуковой абляции узлов (ФУЗ-абляции) под МРТ-контролем как малоинвазивных методов лечения миомы. Почему большинство хирургов не рекомендуют эти виды лечения у больных, планирующих беременность? [6, 21–26] Есть несколько причин для этого. Эффективность такого лечения далека от 100 %, имеются много противопоказаний по локализации и размерам миомы. Не оправданно использование ФУЗ-абляции узлов у пациенток молодого возраста в связи с высокой частотой рецидива миомы. А такая ли это малоинвазивная и нетравматичная процедура с учетом длительности седации (а на деле анестезии), болевого синдрома после лечения ряда осложнений, негативно влияющих на репродуктивное здоровье? Это проявляется при проведении ВРТ в виде бедного овариального ответа и неадекватной реакции эндометрия на стимуляцию.

Нам кажется, что эмболизация маточных артерий и фокусированная ультразвуковая абляция узлов идеально подходят для пациенток с симптомной миомой матки, которые имеют показания к гистерэктомии, однако хотят сохранить матку как важную составляющую психоэмоционального

здоровья.

В связи с этим можно выделить две задачи, которые хирург решает при миомэктомии. В первом случае миомэктомия — это высокофункциональное оперативное вмешательство, сверхзадача которого состоит в сохранении или реабилитации репродуктивной функции женщины, то есть создании условий для зачатия, вынашивания беременности и рождения здорового ребенка.

Второй задачей миомэктомии является сохранение матки как менструирующего органа, наличие которого позволяет огромному большинству женщин соотносить свое нервно-психическое состояние с представлениями о доступном им стандарте качества жизни.

Необходимо помнить о стандартах выполнения миомэктомии у пациенток, планирующих беременность. Группа исследователей из Италии подтвердила эффективность и безопасность «правильной» миомэктомии [27]. Авторы проанализировали более 2 тысяч лапароскопических миомэктомий и получили следующие результаты: гематома шва на матке — 0,48 %, ранение мочевого пузыря — 0,04 %, саркома — 0,09 %, конверсия — 0,34 %, несостоятельность шва на матке — 0,26 % (33 недели беременности). Беременность (спонтанная и при ЭКО) после миомэктомии наступила у 69,8 % женщин.

Проанализирована частота несостоятельности рубца на матке после миомэктомии [28–31]. В Москве с 2004-го по 2008 год (табл. 1, рис. 1–4) зафиксированы 132 случая несостоятельного рубца на матке,

Таблица 1
Частота несостоятельности рубца на матке (Москва, 2004–2008 годы)

Год	Несостоятельные рубцы на матке	
	Всего	После лапароскопической миомэктомии
2004	19	4
2005	21	
2006	23	4
2007	33	6
2008	36	7
Всего с 2004-го по 2008 год	132	27 (20,5%)

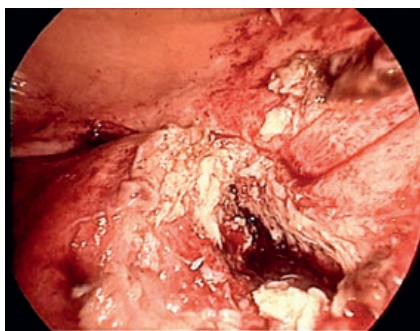


Рисунок 1. Повторная лапароскопия через один месяц после операции: отсутствие швов на матке после миомэктомии.



Рисунок 2. Повторная лапароскопия: дренирование гематомы через две недели после миомэктомии.

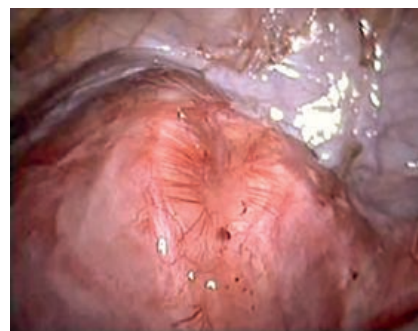


Рисунок 3. Формирование неполноценного рубца после миомэктомии (second look laparoscopy).

при этом каждый четвертый приходился на рубец после миомэктомии (27 или 20,5%). При этом были выявлены некоторые закономерности. У большинства беременных разрыв рубца во время беременности происходил в сроках 30–34 недель. Наиболее частая локализация разрыва — дно матки и задняя стенка. При этом показанием к миомэктомии служили интерстициальные узлы небольших размеров (3–4 см). У 70% пациенток швы на дефекты миометрия не накладывались (рис. 1). Последнее заключение, на наш взгляд, является главной причиной столь высокой частоты осложнений после миомэктомии. Второй по ча-



Рисунок 4. Разрыв рубца на матке при беременности 16 недель.

стоте причиной несостоятельности послужило наличие гематомы в области швов после миомэктомии, что препятствовало формированию полноценного рубца (рис. 2).

Результаты миомэктомий на базе МОНИИАГ

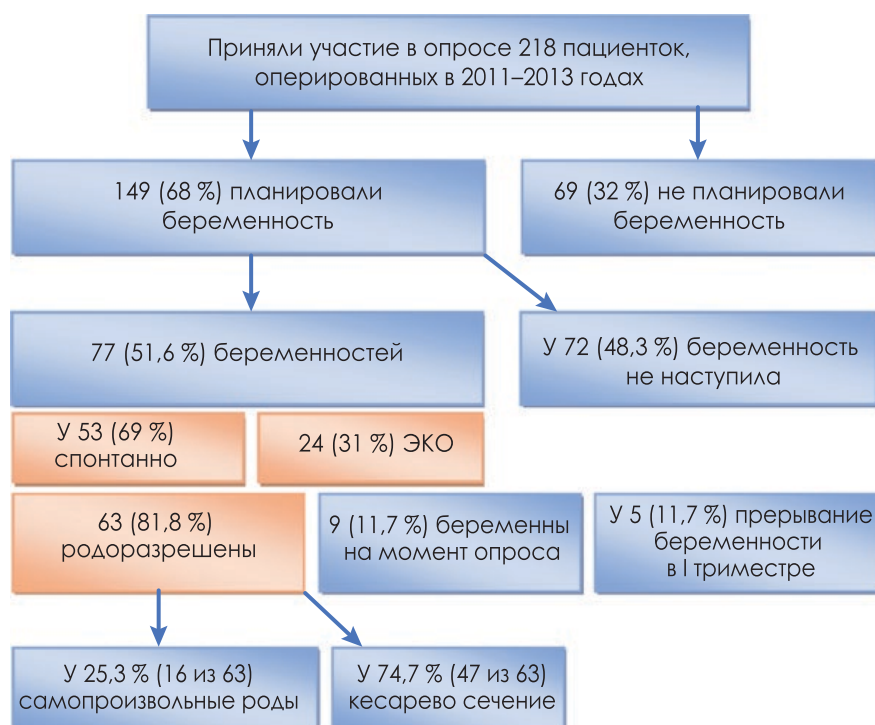
За период с 2010-го по 2014 год в отделении эндоскопической хирургии МОНИИАГ была выполнена 721 миомэктомия. Период наблюдения составил 14–76 месяцев. Показанием к операции послужило наличие симптомной миомы матки (кровотечение, деформация полости, размер миомы более 4–5 см). Также среди показаний к миомэктомии следует особо выделить рост миомы в период предшествующей беременности.

Средний диаметр миоматозных узлов составил 43,3 мм, а средний общий размер матки соответствовал 8,4 недели беременности. Большинство узлов располагались интрамурально (43,5%), несколько меньше субсерозно (40,7%). Подслизистое расположение отмечено у 15,8% больных. В 51,8% случаев миомы располагались по передней стенке, у 55,3% по задней стенке, в дне матки миомы располагались у 28,7% больных.

Лапароскопическая миомэктомия выполнена у 502 больных (69,6%), миомэктомия при лапаротомии у 13%. Трансцервикальный доступ был использован у 141 больной (19,9%). У 26 больных (3,6%) пришлось использовать комбинированный доступ. Конверсия была отмечена у 7 больных (0,97%). В 468 случаях (64,8%) миомэктомия удалось выполнить из одного разреза, из двух разрезов у 16,6%, из трех у 8,6% больных.

Детальному анализу были подвергнуты 218 пациенток (табл. 2), которые были оперированы в нашем отделении с 2011-го по 2013 год. У 149 пациенток из 218 (68%) миомэкто-

Таблица 2
Результаты лечения 218 больных с фибромиомой



мания выполнялась как этап подготовки к беременности. Кумулятивная частота наступления беременности составила 51,6%, из них беременность наступила спонтанно в 69% случаев. В пяти случаях из 77 беременных отмечено самопроизвольное прерывание (12,7%). Отмечено одно осложнение в виде разрыва рубца на матке после миомэктомии на сроке 34 недели, что составило 1,3%. Экстренная лапаротомия позволила сохранить жизнь ребенка и сохранить матку.

Выводы

- Большинство миом протекают бессимптомно, особенно небольшие узлы (до 4–5 см), без деформации полости и в большинстве случаев не требуют удаления.
- Миомы любого размера, деформирующие полость (0–II типов) должны быть удалены на этапе прегравидарной подготовки.
- Миомэктомия в настоящее время является безальтернативным вмешательством на этапе подготовки к беременности.
- Перспективной следует признать терапию улипристала ацетатом как самостоятельный метод лечения миомы у больных, планирующих беременность.
- Миомэктомия (лапаротомическая, лапароскопическая, трансцервикальная) как высокотехнологичная операция должна выполняться по строго индивидуальным показаниям: *the best surgery for the best patient!*

Список литературы

1. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии / Под ред. Е.В. Коханевич. М., 2006. 480 с.
2. Буянова С.Н., Юдина Н.В., Гукасян С.А. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с миомой матки, страдающих бесплодием и невынашиванием беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. № 5. С. 67–71.
3. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 432 с.
4. Сидорова И.С. Миома матки. Москва: МИА, 2003. С. 256.
5. Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. // Am. J. Obstet. Gynecol. 2008. 198 (4): P. 357–366.
6. Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R, Cheung A, Sierra S, Case A, Dwyer C, Graham J, Liu K, Murdock W, Vause T, Wong B, Burnett M. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility // J. Obstet. Gynaecol. Can. 2015; 37 (3). P. 277–288.
7. Zepiridis LI, Grimbizis GF, Tarlatzis BC. Infertility and uterine fibroids. // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2016. № 1. P. 1–8.
8. Lu N, Wang Y, Su YC, Sun YP, Guo YH. Effects of the distance between small intramural uterine fibroids and the endometrium on the pregnancy outcomes of in vitro fertilization-embryo transfer. Gynecol. Obstet. Invest. 2015; 79 (1): 62–68.
9. Yan L, Ding L, Li C, Wang Y, Tang R, Chen ZJ. Effect of fibroids not distorting the endometrial cavity on the outcome of in vitro fertilization treatment: a retrospective cohort study. Fertil. Steril. 2014; 101 (3): 716–721.
10. Namazov A, Karakus R, Gencer E, Sozen H, Acar L. Do submucous myoma characteristics affect fertility and menstrual outcomes in patients underwent hysteroscopic myomectomy? Iran J. Reprod. Med. 2015 Jun; 13 (6): 367–72.
11. Taylor E, Gomel V. The uterus and infertility. Fertile Steril. 2008; 89: 1–16.
12. Moroni R, Vieira C, Ferriani R, Candido-Dos-Reis F, Brito L. Pharmacological treatment of uterine fibroids. // Ann. Med. Health Sci. Res. 2014. № 4. P. 185–192.
13. Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. Hum. Reprod. Update 2004; 10: 341–8.
14. Steinauer J, Pritts EA, Jackson R, Jacoby AF. Systematic review of mifepristone for the treatment of uterine leiomyomata. Obstet. Gynecol. 2004; 103: 1331–6.
15. Senol T, Kahramanoglu I, Dogan Y, Baktiroglu M, Karateke A, Suer N. Levonorgestrel-releasing intrauterine device use as an alternative to surgical therapy for uterine leiomyoma. // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2015. № 42 (2). P. 224–227.
16. Machado RB, de Souza IM, Beltrame A, Bernardes CR, Morimoto MS, Santana N. The levonorgestrel-releasing intrauterine system: its effect on the number of hysterectomies performed in perimenopausal women with uterine fibroids. // Gynecol. Endocrinol. 2013. № 29 (5). P. 492–495.
17. Willame A, Marci R, Petignat P, Dubuisson J. Myoma migration: an unexpected «effect» with Ulipristal acetate treatment // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2016; 20 (8): 1439–1444.
18. Puchar A, Luton D, Koskas M. Ulipristal acetate for uterine fibroid-related symptoms. // Drugs Today (Barc). 2015. 51 (11). P. 661–667.
19. Luyckx M, Squifflet JL, Jadoul P, Votino R, Dolmans MM, Donnez J. First series of 18 pregnancies after ulipristal acetate treatment for uterine fibroids. Fertil. Steril. 2014 Nov; 102 (5). P. 1404–1409.
20. Olejek A, Olszak-Wąsik K, Czerwinska-Bednarska A. Long-term intermittent pharmacological therapy of uterine fibroids — a possibility to avoid hysterectomy and its negative consequences. // Prz. Menopauzalny. 2016. № 15 (1). P. 48–51.
21. Mara M., Kubinova K. Embolization of uterine fibroids from the point of view of the gynecologist: pros and cons. // Int. J. Womens Health. 2014 № 20 (6). P. 623–629.
22. Carpenter TT, Walker WJ. Pregnancy following uterine artery embolisation for symptomatic fibroids: a series of 26 completed pregnancies. // BJOG 2005. № 112 (3). P. 321–325.
23. Lumsden MA. Embolization versus myomectomy versus hysterectomy: which is best, when? Hum. Reprod. 2002; 17: 253–9.
24. Rabinovici J, David M, Fukunishi H, Morita Y, Gostout BS, Stewart EA. Pregnancy outcome after magnetic resonance-guided focused ultrasound surgery (MRgFUS) for conservative treatment of uterine fibroids. // Fertil. Steril. 2010. № 93 (1). P. 199–209.
25. Hamoda H, Pepas L, Tasker F, Reidy J, Khalaf Y. Intermediate and long-term outcomes following uterine artery fibroid embolization. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2015. № 191. P. 33–38.
26. Arthur R, Kachura J, Liu G, Chan C, Shapiro H. Laparoscopic myomectomy versus uterine artery embolization: long-term impact on markers of ovarian reserve. // J. Obstet. Gynaecol. Can. 2014. № 36 (3). P. 240–247.
27. Sizzi O, Rossetti A, Malzoni M, Minelli L, La Grotta F, Soranna L, Panunzi S, Spagnolo R, Imperato F, Landi S, Fiaccamento A, Stola E. Italian multicenter study on complications of laparoscopic myomectomy. // JSLs. 2007. 14 (4). P. 453–62.
28. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреусенко В.Г., Каптушева Л.М., Азиев О.Б., Штыров С.В., Краснова И.А., Аксенова В.Б. Эндоскопическая миомэктомия: за и против // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007; 6 (1): 57–60.
29. Ушаков Ю.Э., Пругло А.К., Будаев В.С., Косолапова Н.В. Случай разрыва матки во время беременности после консервативной миомэктомии без ушивания матки в анамнезе. // Таврический медицинско-биологический вестник. 2013. Т. 16, № 2, ч. 2 (62). С. 166–168.
30. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Рыбин М.В., Тимохина Т.Ф. Разрыв матки во время беременности после лапароскопической миомэктомии // Акушерство и гинекология: научно-практический журнал. 2003. № 3. С. 60–61.
31. Конопляников А.Г. Основная операция в акушерстве: Безопасный выход? Трагедия? Москва. 2015. www.arfpoint.ru/wp-content/uploads/2016/03/Konoplyannikov_operatsiya_kesarevo-sechenie-anest.pdf.

