

Особливості репродуктивної функції жінок після консервативної міомектомії

О. Д. Лещова^{1,2}

¹Дніпровський медичний інститут

²Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчення особливостей репродуктивної функції пацієнток після консервативної міомектомії.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 100 пацієнток репродуктивного віку з лейоміомою матки, середній вік яких становив $35,7 \pm 3,7$ року. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні інструментальні, морфологічні та статистичні методи.

Результати. При аналізі гінекологічної патології після міомектомії особлива увага приділялася виявленню рецидивів захворювання. Всього за 5 років нами діагностовано 15,0% випадків міоми матки після її оперативного лікування. Найчастіше виявлення рецидиву відбувалося через 1–2 роки після операції (10 із 15 випадків). Будь-якого зв'язку з кількістю і розмірами видалених вузлів і їх новою появою нами виявлено не було.

Як відомо, міома часто поєднується з іншими доброякісними процесами матки і придатків. Так гіперпластичний процес ендометрія наголошувався у 8,0% пацієнток за спостережуваний період часу і статистично не відрізнявся від цього показника до проведення міомектомії. Найчастіше цю патологію також виявляли в період від 1 року до 2 років (6 із 8 випадків). У всіх випадках виконували гістероскопію. У 6,0% під час процедури оцінювали стани рубця після міомектомії з розтинном порожнини матки. В 4,0% він візуалізувався у вигляді лінійної білястої ділянки. У 2,0% виявити ознаки рубцевої тканини не вдалося. У всіх випадках діагноз гіперплазії ендометрія був підтверджений гістологічно. Надалі призначалися гестагенні препарати протягом 3–12 міс.

Висновки. Проведений аналіз продемонстрував позитивний вплив міомектомії на нормалізацію репродуктивної функції жінок з міомою матки. Проведення операції дозволило позбутися основних скарг у більшості пацієнток. Водночас нами не виявлено впливу операції на гінекологічну захворюваність, а кількість рецидивів є незначною.

Ключові слова: міома матки, консервативна міомектомія, репродуктивна функція.

Значне місце серед патологій репродуктивної системи на сьогодні посідає лейоміома матки (ЛІМ) [1–4]. Основним методом лікування цієї патології є оперативний, оскільки існуючі методи консервативної терапії дуже часто є недостатньо

або абсолютно неефективними. У структурі всіх операцій до 80,0% припадає на радикальні – ампутацію або екстирпацію матки. Надзвичайно несприятливим є той факт, що у віці до 40 років оперативному втручанню піддаються до 30,0% пацієнток з лейоміомою [5–8].

Радикальні операції негативно впливають на весь організм жінок, посилюючи тим самим вже наявні в організмі патологічні процеси, і обумовлюють виражену напругу психоемоційного стану. З огляду на це, велика увага приділяється проведенню органозберігаючих операцій, серед яких найбільш функціонально щадною є міомектомія.

За даними літератури, питома вага міомектомії є незначною і становить до 20,0% [9–12]. Серед основних причин такої ситуації виділяють наступні:

- технічні складнощі операції, що вимагає хорошої хірургічної підготовки оперуючого лікаря,
- можливість виникнення рецидивів ЛМ,
- вища частота післяопераційних запальних ускладнень,
- розвиток масивного спайкового процесу в малому тазу, що часто призводить до появи перитонеальної форми безпліддя і симптомів спайкової хвороби.

Аналіз наукових робіт, присвячених проблемі реконструктивно-пластичних операцій на матці у хворих з ЛМ свідчить, що основною метою операцій, які проводяться, є прагнення залишити матку, зберегти або відновити репродуктивну, менструальну функції і підтримати гомеостаз організму в цілому [13–15]. Проте до сьогодні багато питань залишаються невирішеними, а по низці принципів запитань в літературі є суперечливі думки.

Отже, проблема реконструктивно-пластичних операцій у пацієнток з ЛМ є актуальною як в медичному, так і в соціальному аспектах, вирішення якої, поза сумнівом, дозволить знизити захворюваність жінок молодого віку.

Мета дослідження: вивчення особливостей репродуктивної функції пацієнток після консервативної міомектомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами було обстежено 100 пацієнток репродуктивного віку з ЛМ, середній вік яких становив $35,7 \pm 3,7$ року.

У 90,0% випадків ЛМ розвивається в поєднанні з іншою генітальною патологією: у кожної другої хворої (48,0%) виявляли запальні процеси придатків і патологію шийки матки. У 16,0% спостерігалися кісти яєчників, іноді – гіперпластичні процеси ендометрія (14,0%) та ендометріоз різної локалізації (14,0%).

Результати аналізу виникнення патології свідчив, що тривалість існування як безпліддя, так і ЛМ у цих пацієнток на момент операції коливалась від 1 року до 15 років. Водночас у 70,0% пацієнток вагітність не наставала більше 3 років, тоді як тривалість ЛМ більше 3 років відзначали лише 34,0% з цих жінок. Це пояснюється великою питоною вагою безпліддя (28,0%) у структурі гінекологічної патології, причому вторинне безпліддя зустрічалося декілька частіше первинного (18,0% і 10,0% відповідно).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі репродуктивної функції слід зазначити, що вагітності в анамнезі були у 68,0% пацієнток. Кількість пологів лише трохи переважала над числом абортів. Виявлено, що 22,0% пацієнток вказували на мимовільне переривання вагітності, причому у більшості з них викидні відбувалися в терміні до 18 тиж

вагітності, що, мабуть, пов'язано з відносною гіперестрогенією у хворих на ЛМ. Велика кількість небажаних вагітностей можливо пов'язана з неефективною контрацепцією.

Водночас 42,0% з обстежуваних жінок не застосовували контрацептивні засоби або використовували малоефективні методи (перерваний статевий акт, календарний метод тощо). До бар'єрних засобів удавалося 22,0% пацієнток. Препарати, що містять гормони, зокрема комбіновані оральні контрацептиви, епізодично (переважно з лікувальною метою) приймали 48,0% жінок, проте більше року, з метою контрацепції лише 20,0%. Ще 16,0% оберігалися від небажаної вагітності за допомогою внутрішньоматкової контрацепції.

Структура показань до оперативного лікування у хворих з ЛМ:

- порушення менструальної функції (50,0%),
- больовий синдром (32,0%),
- розлади генеративної функції (28,0%),
- анемія (22,0%),
- дизуричні розлади (3,0%).

Водночас у більшості хворих було декілька показань для оперативного втручання.

Особливий інтерес представляють дані про кількість видалених вузлів. Так, міомектомія одного вузла була проведена у 50,0% пацієнток, двох вузлів – в 17,0%, що загалом становить 67,0%. У 18,0% пацієнток було видалено більше п'яти вузлів, причому в 10,0% їхня кількість перевищила 10.

Надважливе значення має факт розтину порожнини матки під час операції, що спостерігалось у 18,0% жінок, проте лише в 6,0% виявляли субмукозне розташування вузла. Достовірно частіше ($p < 0,05$) ЛМ розташовувалася в товщі міометрія і розтин порожнини відбувався у зв'язку з енуклеацією інтерстиціальних вузлів з центрипетальним зростанням, що спостерігалось у 12,0% пацієнток. Розмір пухлини був від 3 до 12 см, причому в 8,0% випадках він перевищував 5 см.

Відомо, що ревізія органів малого таза є обов'язковим компонентом оперативного втручання. За нашими даними, лише у 22,0% пацієнток була виконана лише консервативна міомектомія. В інших випадках видалення лейоміоматозних вузлів поєднувалося з виконанням інших гінекологічних операцій. Найбільш частою супутньою патологією були кісти яєчників (42,0%).

Одним з основних показників успішного проведення міомектомії є реалізація дітородної функції у пацієнток після оперативного лікування. Вагітність після міомектомії настала у 23,0% оперованих жінок, причому в 16,0% з них з безпліддям в анамнезі. Оскільки 4,0% пацієнтки не планували народження дитини, їм було проведено медичний аборт в ранньому терміні вагітності. Всі маніпуляції пройшли без ускладнень. При виконанні кюретажу в одному випадку визначалася деяка деформація порожнини матки. За 1 рік до переривання вагітності у цієї пацієнтки проведено енуклеацію інтерстиціального вузла розміром 8×10 см без розтину порожнини.

У 5,0% пацієнток вагітність, що настала, закінчилася мимовільним перериванням в терміні вагітності від 8 до 12 тиж. У 3,0% жінок в анамнезі відмічені викидень або вагітність, що не розвивається, ще до діагностування ЛМ.

Вагітність, що настала, закінчилася пологами у 18,0% обстежуваних жінок. Кесарів розтин проведено в 11,0% жінок, у 7,0% пологи відбулися через природні пологові шляхи.

При аналізі гінекологічної патології після міомектомії особлива увага приділялася виявленню рецидивів захворювання. Всього за 5 років нами діагностовано 15,0% випадків ЛМ після її оперативного лікування. Найчастіше виявлення рецидиву відбувалося через 1–2 роки після операції (10 з 15 випадків). Будь-якого зв'язку з кількістю і розмірами видалених вузлів та їх новою появою нами виявлено не було.

Як відомо, ЛМ часто поєднується з іншими доброякісними процесами матки і придатків. Так гіперпластичний процес ендометрія наголошувався у 8,0% пацієнток за спостережуваний період і статистично не відрізнявся від цього показника до проведення міомектомії. Найчастіше ця патологія також зустрічалася в період від 1 року до 2 років (6 із 8 випадків). У всіх випадках проведено гістероскопію. В 6,0% під час процедури оцінювали стани рубця після міомектомії з розтином порожнини матки. У 4,0% він візуалізувався у вигляді лінійної білястої ділянки, у 2,0% виявити ознаки рубцевої тканини не вдалося. У всіх випадках діагноз гіперплазії ендометрія був підтверджений гістологічно. Надалі призначалися гестагенні препарати протягом 3–12 міс.

Кісти яєчників були діагностовані у 6,0% пацієнток: на першому році – в однієї жінки, на другому – у двох, ще три випадки виявлено через 4 роки після операції. Після проведення курсу протизапальної і гормональної терапії у 5,0% жінок при контрольному ультразвуковому дослідженні яєчники мали нормальну структуру. Один випадок закінчився лапароскопією і резекцією яєчника в межах здорових тканин. За результатами гістологічного дослідження кіста виявилася фолікулярною. Окрім цього інтраопераційно був виявлений спайковий процес в ділянці рубця на матці з петлями кишечника, що викликало деякі технічні труднощі при проведенні операції.

Крім того, за спостережуваний період часу була проведена ще одна лапароскопія. Показанням до неї слугували наявність гідросальпінксу і вторинне безпліддя протягом 6 років. Під час виконання міомектомії у цієї пацієнтки було проведено додаткову перитонізацію ділянки швів на матці вільним краєм сальника і при лапароскопії без зусиль виконано його відділення від матки. Доступ до органів малого таза при цьому був вільнішим. Після проведення сальпінгостоматопластики прохідність маткових труб була повністю відновлена. Але, незважаючи на це, вірогідність настання вагітності у цієї пацієнтки залишалася низькою через виражені запальні зміни в ділянці маткових труб.

Загострення хронічного запального процесу органів малого таза за спостережуваний період часу було зафіксоване лише у 9,0% оперованих жінок. І лише в однієї пацієнтки лікування проводилося в умовах стаціонару і зажадало проведення оперативної лапароскопії. Хоча даний показник достовірно відрізняється від кількості запальних процесів у наших пацієнток до операції, ми не можемо робити будь-які висновки, зважаючи на істотну різницю по тимчасовому і віковому чиннику.

ВИСНОВКИ

Отже, проведений аналіз продемонстрував позитивний вплив міомектомії на нормалізацію репродуктивної функції жінок з міомою матки. Проведення операції дозволило позбавитися від основних скарг у більшості пацієнток. При цьому нами не виявлено впливи операції на гінекологічну захворюваність, а кількість рецидивів є незначною.

Features of reproductive function of women are after a conservative myomectomy

O. D. Leshchova

The objective: a study of features of reproductive function of patients is after a conservative myomectomy.

Materials and methods. By us 100 patients of reproductive age were inspected with a uterine leiomyoma middle age of which made $35,7 \pm 3,7$ years. To the complex of the conducted researches clinical, laboratory instrumental, morphological and statistical methods were included.

Results. At the analysis of gynaecological pathology after a myomectomy the special attention was spared to the exposure of relapses of disease. All for 5 years we are diagnose 15,0% cases of uterine fibroids after its operative treatment. The most frequent exposure of relapse took place in 1–2 years after an operation (10 from 15).

Any connection with an amount and sizes of remote sites and them by new appearance discovered by us it was not. As known, myoma is often combined with other of benign processes of uterus and appendages. So the hyperplastic process of endometrium was marked in 8,0% patients for looked after period of time and statistically did not differ from this index to the conduct of myomectomy. More frequent all this pathology also met in a period from 1 year to 2 years (6 from 8). In all cases executed hysteroscopy. In 6,0% during procedure estimated the states of scar after a myomectomy with the section of cavity of uterus. In 4,0% he was visualized as a linear whitish area. In 2,0% finding out the signs of scar tissue was not succeeded. In all cases the diagnosis of hyperplasia of endometrium was confirmed histological. In future progestational preparations were appointed during 3-12 months.

Conclusions. The conducted analysis was rotined by positive influence to the myomectomy on normalization of reproductive function of women with a hysteromyoma. Conduct of operation allowed to be delivered from basic complaints in most patients. Thus it is not discovered by us to influence of operation on gynaecological morbidity, but an amount of relapses is insignificant.

Keywords: uterine fibroids, conservative myomectomy, reproductive function.

Відомості про автора

Лещова Ольга Дмитрівна – Дніпровський медичний інститут
ORCID: 0000-0001-6496-7307; e-mail: doctorolga11@gmail.com

Information about the author

Leshchova Olga D. – Dnepr medical institute
ORCID: 0000-0001-6496-7307; e-mail: doctorolga11@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Syer AK, Rueda BR, The Epidemiology and Genetics of Uterine Leiomyoma. Best Pract. Res. Clin Obstet Gynaecol. 2019 Jul;34:3–6.
2. Terry KL, De Vivo I, Hankinson SE, Missmer A. Reproductive characteristics and risk of uterine leiomyomata. Fertility Sterility. 2020;94(7):2703–7.
3. Ahmed El-Balat, Rudy Leon DeWilde, Iryna Schmeil, Morva Tahmasbi-Rad, Sandra Bogdanyova, Ali Fathi, and Sven Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. Biomed Res Int. 2018 Jan;459–75. DOI: 10.1155/2018/459387Beckerresponding.
4. Laughlin SK, Stewart EA. Uterine Leiomyomas: Individualiz the Approach to Heterogeneous Condition. Obstetrics & Gynecology. 2021;17(Pt. 1.):396–400.
5. Downes E, Sikirica V, Gilabert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, Subramanian D. The burden of uterine fibroids in five European countries. Obstet Gynecol Reprod. 2010 Sep;152(1):96–102. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.05.012.
6. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Human Reproduction Update. 2019 Nov;22(6):665–86.

7. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Obstet Gynaecol.* 2018 Aug;22(4):571–88. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.002.
8. Lisiecki M, Paszkowski M, Woźniak S. Fertility impairment associated with uterine fibroids – a review of literature. *Prz Menopauzalny.* 2019 Dec;16(4):137–40. DOI: 10.5114/pm.2017.72759.
9. Baird DD, Harmon QE, Upson K, et al. A prospective, ultrasound – based study to evaluate risk factors for uterine fibroid incidence and growth: methods and results of Recruitmen. *J. Womens Health (Larchmt).* 2019;24(11):907–15.
10. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG.* 2019;124(10):1501–12.
11. Eun Ji Choi, Seong Beom Cho, Sa Ra Lee, Young Mi Lim, et al. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis. *Obstet Gynecol Sci.* 2019;60(6):579–86. DOI: 10.5468/ogs.2019.60.6.579.
12. Cha PC, Takahashi A, Hosono N, et al. A genome wide association study identifies three loci associated with susceptibility to uterine fibroids. *Nat Genet.* 2021;43:447–50.
13. Baschinsky DY, Isa A, Niemann TH. Leiomyomatosis of the uterus. A case report with clonality analysis. *Hum Pathol.* 2020;31(11):1430–2.
14. Baranov VS, Osinovskaya NS, Yarmolinskaya MI. Pathogenomics of Uterine Fibroids Development. *Baranov VS. Int J Mol Sci.* 2019 Dec;20(24):e6151. DOI: 10.3390/ijms20246151.
15. Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. The effects of exposure to air pollution on the development of uterine fibroids. *Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. Int J Hyg Environ Health.* 2019 Apr;222(3):549–55.