

Восстановление фертильности после операции по удалению миомы матки у пациенток старшей репродуктивной группы.

Раззакова Нилуфар Сайдахматовна., Косимова Хадича Жахонгир кизи

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

ABSTRACT

Анализ отдаленных результатов миомэктомии у пациенток позднего репродуктивного возраста

Проведённый клинико-статистический анализ отдаленных результатов миомэктомии у 18 пациенток позднего репродуктивного возраста, страдающих бесплодием, позволил оценить эффективность данной операции в контексте восстановления фертильности. Исследование показало, что при наличии одиночного узла миомы, не деформирующего полость матки, выбор метода миомэктомии (лапаротомия или лапароскопия) не оказывает существенного влияния на возможность реализации репродуктивной функции.

ARTICLE INFO

Received: 10th January, 2025

Accepted: 8th February 2025

KEYWORDS:

миома матки, миомэктомия, поздний репродуктивный возраст, овариальный резерв, фертильность.

Restoration of fertility after surgery to remove uterine fibroids in patients of the older reproductive group.

Razzakova N.S.¹, Qosimova H. J.¹

¹ Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Summary. Clinical and statistical analysis of the remote results of myomectomy in order to evaluate the operation results in terms of recovery of fertility in the late 18 patients of reproductive age who have infertility was the main indication for surgery. It was revealed that in the presence of a single node fibroids, non-deforming the uterine cavity, for the realization of reproductive function method myomectomy (laparotomy / laparoscopy) is not significant.

Keywords: uterine fibroids, myomectomy, late reproductive age, ovarian reserve, fertility.

Katta reproduktiv guruhdagi bemorlarda bachadon miomasini olib tashlash operatsiyasidan keyin fertillikni tiklash.

Razzakova N.S.¹, Qosimova H. J.¹

¹Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Annatasiya. Bepushtlik jarrohlik uchun asosiy ko'rsatma. Reproductiv yoshdagi 18 ta bemorlarning salomatligini tiklash bo'yicha operatsiya natijalarini baholash uchun myomektomi natijalarini klinik va statistik tahlil o'tkazildi. Myomektomiya (laparotomiya/laparoskopiya) usulining reproduktiv funktsiyasini

amalgam oshirish uchun bachadon bo'shlig'ini buzmaydigan yagona miyom tugunlari mavjudligida muhim ahamiyatga ega emasligi aniqlandi.

Kalit so'zlar: bachadon miomasi, myomaektomiya, kech reproduktiv yoshi, ovarial zaxira, unumdorligini.

Актуальность. Исследования, посвященные изучению влияния миомэктомии на функциональное состояние яичников, крайне немногочисленны [11, 12]. Сохранение репродуктивной функции у женщин с миомой матки (ММ), в том числе после операции по поводу ее удаления, приобретает все большую социальную значимость. Миомэктомия является методом выбора у женщин репродуктивного возраста. Несмотря на значительное количество исследований данные литературы являются противоречивыми в отношении показаний и противопоказаний к данной операции, а также оперативного доступа и техники операции [2, 8, 7]. В то же время эффективность лечения бесплодия во многом зависит от состояния овариального резерва в каждом конкретном случае. В последнее десятилетие широко обсуждается понятие «овариальный резерв» и его значение для выбора методов лечения бесплодия [3, 6, 15].

Материал и методы исследования. В целях анализа эффективности миомэктомии в отношении восстановления фертильности у пациенток старшего репродуктивного возраста, для которых бесплодие было основным показанием к хирургическому вмешательству, был проведен клинико-статистический анализ отдаленных результатов операции.

Основную группу составили 18 пациенток с миомой матки (ММ). Возраст обследованных женщин колебался от 35 до 44 лет и в среднем составил $17,4 \pm 2,1$ года ($\sigma \pm 5,3$). Контрольную группу составили 8 женщин с ненарушенной репродуктивной функцией активного репродуктивного возраста 24 - 29 лет, средний возраст которых составил $16,2 \pm 2,8$ лет.

Среди больных ММ позднего фертильного возраста первичное бесплодие было у 5 женщин (15,6%) и вторичное – у 16 женщин (32,3%).

Показанием для реконструктивно-пластической операции на матке служило наличие единственного интерстициального или интерстициально-субсерозного узла по передней стенке матки диаметром от 2,5 до 5,0 см, недеформирующего полость матки.

Для выполнения поставленных нами задач нами было проведено определение гормонального статуса и функционального состояния овариального резерва яичников до миомэктомии и через 6 и 8 месяцев после операции. Также оценено течение раннего послеоперационного периода и результаты миомэктомии в плане восстановления фертильности в зависимости от метода оперативного вмешательства (ушивание/коагуляция). Всем женщинам проводили общепринятое клиническое и гинекологическое обследование. С целью определения овариального резерва (ОР) исследовали следующие показатели: 1) концентрации ФСГ, эстрадиола (Е2) на 2-5 день менструального цикла (м.ц), 2) ультразвуковые параметры яичников в начале м.ц.: объем яичников (ОЯ) и количество антральных фолликулов (АФ) в них.

Все обследованные были разделены на 2 группы в зависимости от доступа и метода миомэктомии: I-группу составили 7 женщины, которым была произведена лапаротомическая миомэктомия (LTm) с ушиванием стенки матки двухрядными викриловыми швами; II-группу – 5 женщины, которым была произведена лапароскопическая миомэктомия (LSm) с биполярной коагуляцией ложа узла миомы. У 20 (48,1%) пациенток I группы (LTm) диаметр узла составил 6-7 см ($5,02 \pm 1,3$ см). У пациенток II группы (LSm) диаметр узла составлял $4,42 \pm 1,3$ см. Различия в размерах миоматозного узла между группами статистически были незначимы ($p > 0,05$).

В процессе анализа материала были сформировали группы больных в зависимости от исходного функционального состояния репродуктивной системы. Полученные результаты исходного состояния ОР позволили разделить пациенток на 2 подгруппы:

1-я подгруппа (n-14): ФСГ < 10 МЕ/л, объем яичников- 6-8 см³, число антральных фолликулов в каждом яичнике – 4-6 (сниженный ОР);

2-я подгруппа (n-11): ФСГ-10-15 МЕ/л, объем яичников- 3-5 см³, число антральных фолликулов в каждом яичнике - 3-5 (низкий ОР).

Анализ продолжительности операции в зависимости от способа миомэктомии показал, что наименьшая длительность операции была в группе больных с LSмиомэктомией с коагуляцией ложа

узла (II группа) - $30 \pm 2,3$ мин.. Это время было достоверно меньше в сравнении с пациентками с лапаротомическим удалением узла (I группа) - $18,6 \pm 0,63$ мин ($p < 0,05$)

Объем кровопотери также был достоверно ниже при выполнении LSмиомэктомии с коагуляцией ложа узла - $80,0 \pm 20,0$ мл. У женщин с миомэктомией лапаротомическим доступом кровопотеря была достоверно выше – $182,8 \pm 8,8$ мл ($p < 0,05$).

Нами был также проведен анализ течения раннего послеоперационного периода после LT и LS миомэктомии. Сравнительный анализ показал, что субфебрильная температура в течение 5-6 суток наблюдалась у 7 (66,7%) пациенток с LS миомэктомией и коагуляцией ложа узла и у 9 (20,5%) с LT миомэктомией. Продолжительность применения антибиотикотерапии в сравниваемых группах в среднем составила $2,8 \pm 0,6$ дней в I группе и $3,4 \pm 0,4$ дня во II группе ($p < 0,05$). Длительность госпитализации у больных после выполнения LT миомэктомии с ушиванием ложа узла составила $5,2 \pm 0,2$ койко-дня, в группе с LS с коагуляцией ложа узла - $5,2 \pm 1,1$ койко-дней ($p > 0,05$).

После LT миомэктомии желанная беременность наступила у 4 из 14 (11,4%), причем самостоятельно после стимуляции овуляции только у 2 из 9 (18,8%) с исходно сниженным ОР. У пациенток данной группы с исходно низким ОР беременность самостоятельно не наступила ни у одной из пациенток и только у 2 из 18 (5,2%) с помощью ВРТ-ЭКО путем

После проведения миомэктомии LS доступом с биполярной коагуляцией ложа узла желанная беременность наступила только у 1 из 7 пациенток (10,5%). Как и в группе с LT миомэктомией беременность без применения ВРТ после стимуляции овуляции имела место только в 10 % случаев (у 2 из 10 женщин) с умеренно сниженным ОР. У пациенток с исходно низким ОР беременность наступила только у 1 из 5 (5,2%) путем ЭКО. Все 2 (100%) пациенток I-II групп, которым после миомэктомии удалось получить беременность, были родоразрешены путем кесарева сечения. Основные показатели миомэктомии представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Основные показатели миомэктомии у женщин старшего репродуктивного возраста

Показатель	Лапаротомия (LT) n-44		Лапароскопия (LS) n-24	
Диаметр миом. узлов, см	$5,02 \pm 2,3$		$4,82 \pm 1,3$	
Время операции, мин	$26,6 \pm 0,83$		$34 \pm 2,3^{\wedge}$	
Объем кровопотери, мл	$120,8 \pm 8,8$		$156,0 \pm 20,0^{\wedge}$	
Беременность наступила ВСЕГО - n-8 (11,8%)	Абс.	%	Абс.	%
	4	10,4	2	10,4
стимуляция овуляции	2	4,8	0	5,3
ВРТ- ЭКО	1	2,6	1	4,2

Примечание: различия статистически достоверны - $^{\wedge}p < 0,05$

Обсуждение результатов. Проанализировав частоту наступления беременности у пациенток с миомой матки (ММ) старшего репродуктивного возраста, имеющих сниженный и низкий овариальный резерв (ОР), можно сделать следующие выводы.

При сниженном ОР беременность наступила у 3 из 7 пациенток (14,2%). У пациенток с низким ОР самостоятельная беременность после стимуляции овуляции не была зафиксирована. Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) - экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) позволило достичь беременности у 1 из 11 пациенток (5,2%).

Важно отметить, что все наступления беременности произошли в период от 5 до 12 месяцев после операции, то есть до развития необратимых органических изменений.

Сравнительный анализ результатов восстановления фертильности после лапароскопической (LT) и лапаротомической (LS) миомэктомии показал идентичный процент наступлений беременности - 9,4% и 10,4% соответственно.

Таким образом, эффективность миомэктомии в отношении восстановления и реализации репродуктивной функции у женщин старшего репродуктивного возраста напрямую зависит от состояния овариального резерва. Процент неудач составляет 44,2%.

Сравнительный анализ LT и LS миомэктомии показал, что в лапароскопическая миомэктомия с коагуляцией ложа узла имеет преимущества в плане продолжительности операции ($34 \pm 2,3$ мин и $36,6 \pm 0,83$ мин; $p < 0,05$) и объеме интраоперационной кровопотери ($120,0 \pm 20,0$ мл) в сравнении с LTмиомэктомией ($152,8 \pm 8,8$ мл; $p < 0,05$). Полученные нами совпадают с данными литературы, свидетельствующих о преимуществах лапароскопической миомэктомии с применением электрокоагуляционных методов - они упрощают и ускоряют хирургическое вмешательство [1, 4, 9, 10]. Однако наши данные относительно метода миомэктомии привели нас к мнению, что у женщин репродуктивного возраста с единственным узлом миомы, недеформирующим полость матки, желающих реализовать репродуктивную функцию метод миомэктомии не имеет существенного значения. Значимое влияние на возможность восстановления фертильности и реализации репродуктивной функции у пациенток с ММ старшего репродуктивного возраста оказывает исходное функциональное состояние репродуктивной системы.

Таким образом, при установлении исходно сниженного овариального резерва пациентка должна быть информирована о более выраженном нарушении морфофункционального состояния яичников после миомэктомии и, как следствие, возможной неудачи в реализации репродуктивной функции. При исходно низком овариальном резерве после миомэктомии реализовать репродуктивную функцию возможно только с помощью ЭКО. В случае отсутствия необходимости ее реализации, при желании пациентки, миомэктомию целесообразно проводить только с органосохраняющей целью.

Литература.

1. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Долинский А.К. и др. Опыт применения стандартизованной методики лапароскопической миомэктомии // Журн. акуш. и жен. бол. 2012. Т. 61, № 4. С. 23-32.
2. Ботвин М. А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста: вопросы патогенеза, техники операции, системы реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты / Дисс. д. м. н. — М., 1999, с. 275-280.
3. Боярский К.Ю. Клиническое значение тестов определения овариального резерва в лечении бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000.
4. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А., Мгелиашвили М.В. и др. Современные методы диагностики несостоятельности швов или рубца на матке после кесарева сечения // Рос. вестн. акуш.-гин. 2013. Т. 13, № 1. С. 73-77.
5. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М.: МЕДпрессинформ, 2001. - 344 с.
6. Назаренко Т.А. Овариальный резерв: определение, диагностика и значение при стимуляции функции яичников. Стимуляция функции яичников — М., 2009. — С. 35—43.
7. Тихомиров А.Л. Миома. Патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М. 2013; 319 с.
8. Фахрутдинова Э.Х. Репродуктивное здоровье женщин после консервативной миомэктомии: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М, 2004. — 24 с.
9. Altgassen C., Kuss S., Berger U., Löning M. et al. Complications in laparoscopic myomectomy // Surg. Endosc. 2006. Vol. 20, N 4. P. 614-618.
10. Cobellis L., Pecori E., Cobellis G. Comparison of intramural myomectomy scar after laparotomy or laparoscopy // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2004. Vol. 84, N 1. P. 87-93.
11. Fujii S. Uterine leiomyoma: pathogenesis and treatment. // Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi. - 1992. - V. 44. - № 8. - P. 994 – 999;
12. Laparoscopic myomectomy fertility results / Dubuisson J.B., Chapron C., Fauconnier A. et al. // Ann. NY Acad. Sci. – 2001. – Iss. 943. – P.269-275.

13. Nargund G. et al. The impact of ovarian cystectomy on ovarian response during IVF cycles// Hum. Repr.- 1996. - Vol. 11 - p. 81 - 83.
14. Nezhat F.R., Roemisch M., Nezhat G.H. et al. Recurrence rate after myomectomy. // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. - 1998. - № 15. -p. 237-240.
15. Pritts E.A. Fibroids and infertility: a sistematic review of the evidens // Obstet. Gynecol. Surv. – 2001. – V.56. - №8. – P.483-492.