

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Л. В. Ткаченко, Н. И. Свиридова, Р. Р. Хохлова

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов и встречается у каждой 4–5-й гинекологической пациентки старше 35 лет. Несмотря на длительную историю изучения, вопрос о тактике ведения больных с миомой матки, находящихся в репродуктивном возрасте, продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных исследователей [2, 4].

Известно, что миома матки диагностируется у каждой четвертой пациентки (23,5 %) с бесплодием, при этом первичное бесплодие выявляется в 18–24 % случаев, вторичное – в 25–56 %. Это влечет за собой ежегодный рост числа органосохраняющих пластических операций на матке [2, 4, 5].

Спаечная болезнь брюшной полости и органов малого таза занимает одно из ведущих мест в структуре осложнений абдоминальной хирургии и гинекологии. Образование внутрибрюшных и тазовых спаек часто отмечается в восстановительном периоде после перенесенных полостных операций. В гинекологической практике проблема спаечного процесса является особенно актуальной, так как его развитие приводит не только к ухудшению качества жизни больных из-за выраженного болевого синдрома, но и к возникновению трубно-перитонеального бесплодия у пациенток репродуктивного возраста в 15–20 % случаев [1, 3, 5].

По данным отечественной и зарубежной литературы, несмотря на малоинвазивность, лапароскопическая хирургия, по сравнению с открытыми вмешательствами, практически не снижает частоту и распространенность спаечного процесса.

Это диктует необходимость проведения профилактики спайкообразования как этапа реабилитации репродуктивной функции после миомэктомии. Учитывая современные тенден-

ции в хирургии, наиболее перспективным направлением в этой области является применение специальных противоспаечных средств, основной принцип действия которых заключается во временном разобщении раневых поверхностей на период наиболее интенсивного заживления тканей (первые 5–7 дней после оперативного вмешательства) [3, 5].

Среди барьерных противоспаечных средств выделяют противоспаечные гели и противоспаечные мембраны, которые отличаются по своему составу и способу применения. Следует отметить, что мембраны имеют ограниченный размер, в связи с этим часто требуется несколько таких мембран для покрытия зоны операционного поля. Кроме того, их сложно фиксировать к желаемому месту, особенно при сложной конфигурации поверхностей. Использование гелевых форм противоспаечных средств является наиболее предпочтительным в хирургии органов брюшной полости и малого таза, так как гель равномерно распределяется по поверхности, заполняя собой все конгруэнтные области. Кроме того, гели просты в использовании. Их введение приводит к образованию тонкой невидимой пленки на поверхности органа, которая выполняет функцию противоспаечного барьера на время интенсивного заживления тканей.

В настоящее время особого внимания в профилактике спайкообразования в гинекологической практике заслуживает противоспаечный барьер Антиадгезин (STADA).

Антиадгезин – противоспаечный гель с уникальным составом, основными действующими веществами которого являются натриевая соль гиалуроновой кислоты и натрия карбоксиметил целлюлоза. Противоспаечное действие гиалуроновой кислоты реализуется на ранней стадии спайкообразования (первые 3–4 дня) – путем подавления адгезии фибробластов и тромбоцитов, активности макрофагов,

а также посредством ингибирования образования фибрина и создания защитного барьера в виде биологической пленки на поврежденном участке ткани. Период полураспада гиалуроновой кислоты в организме составляет около 1–3 дней. Она полностью расщепляется в организме ферментом гиалуронидазой в течение четырех суток. Добавление к гиалуроновой кислоте карбоксиметилцеллюлозы, которая также обладает барьерным противоспаечным действием и имеет стабилизирующее, смягчающее, пленкообразующие свойства, способствует образованию вязкого геля, отделяющего серозные поверхности в течение периода наиболее интенсивной регенерации тканей. Механизм действия карбоксиметилцеллюлозы также реализуется за счет подавления активности фибробластов и предотвращения депонирования фибрина на поврежденной серозной поверхности, происходит замедление движения активированных клеток, направляющихся в очаг воспаления. Немало важным является тот факт, что карбоксиметилцеллюлоза служит в качестве субстрата для закрепления и пролонгирования действия гиалуроновой кислоты на поверхности ткани, так как в организме человека отсутствуют специальные ферменты, расщепляющие карбоксиметилцеллюлозу. Последняя элиминируется из организма путем постепенного лизиса и поглощения фрагментов макрофагами. Кроме того, она не токсична, не канцерогенна и не дает эмбриотоксического эффекта.

Данный препарат предназначен для профилактики спайкообразования после любых операций на органах и тканях, где имеется риск спайкообразования: в абдоминальной хирургии и хирургии органов малого таза, после операций в полости матки и на мочевом пузыре, в хирургии позвоночника, после операций в полости носа и околоносовых пазухах, в офтальмохирургии, после операций на молочных железах и др.

Цель работы

Оценить эффективность противоспаечного геля «Антиадгезин» у пациенток после миомэктомии.

Методика исследования

Выполнено комплексное клинико-лабораторное обследование 84 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет с миомой матки, поступивших на плановое оперативное лечение в гинекологическое отделение ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 2» г. Волгограда, являющийся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей ВолгГМУ (заведующая кафедрой – Заслуженный врач России, д-р мед. наук, профессор Л. В. Ткаченко) за период с 2015 по 2018 год.

Критериями включения в исследование явились: возраст от 18 до 45 лет; наличие показаний к проведению миомэктомии; заинтересованность женщины в выполнении репродуктивной функции; наличие информированного согласия на проведение диагностических и лечебных мероприятий. Критериями исключения явились: возраст младше 18 лет и старше 45 лет; наличие миомы матки, не требующей проведения оперативного лечения; миома матки, подлежащая удалению путем гистерорезектоскопии; тяжелые формы экстрагенитальной патологии (декомпенсированные сердечно-сосудистые заболевания, тяжелые формы сахарного диабета, гипо- и гипертиреоза, почечной и печеночной недостаточности, острого тромбоза).

Изучали жалобы обследуемых пациенток, данные анамнеза, особенности менструальной и репродуктивной функции, обращали внимание на перенесенные экстрагенитальные и гинекологические заболевания.

Согласно протоколу исследования всем пациенткам исходно, через 3 и 6 месяцев после оперативного лечения было выполнено трансвагинальное ультразвуковое сканирование; пайпель биопсия эндометрия с последующим гистологическим исследованием. При подозрении на патологию эндометрия или наличие узлов, деформирующих полость матки (субмукозных или интрамуральных с центрипетальным ростом), по данным эхографического исследования, выполняли гистероскопию. Метросальпингографию проводили все

обследуемым пациенткам через 6 месяцев после операции.

В ходе миомэктомии использовали лапароскопический или лапаротомный доступ. Лапароскопическую миомэктомию проводили при единичных или множественных субсерозных узлах, при единичных интерстициальных узлах, расположенных в дне матки. От лапароскопического доступа отказывались при низких или шеечно-перешеечных расположениях узлов по передней или задней стенке матки, при интерстициальных узлах с центрипетальным ростом, деформирующих полость матки, а также при наличии выраженной спаечной болезни брюшной полости и малого таза.

Лапаротомическую миомэктомию выполняли у пациенток с множественными миоматозными узлами, при наличии больших размеров узлов, при интерстициальных узлах с центрипетальным ростом, субмукозных узлах 0-го и 1-го типов, размерами более 5 см. При выборе направления разрезов на матке обращали внимание на их локализацию, количество, глубину расположения, архитектуру миометрия и сосудов. В ходе энуклеации миоматозных узлов отдавали предпочтение поперечным разрезам на матке. Ложе узлов ушивали двумя рядами рассасывающихся швов.

На заключительном этапе как лапароскопической, так и лапаротомической операции после миомэктомии, на область послеоперационного рубца наносили противоспаечный рассасывающийся гель Антиадгезин (5 г).

После миомэктомии все пациентки получали агонист ГнРГ в течение 4–6 месяцев (с учетом индивидуальной переносимости препарата). Согласно данным литературы, большинство авторов высказывается в пользу назначения в послеоперационном периоде после миомэктомии данной группы препаратов. Известно, что лечебный эффект агонистов ГнРГ реализуется посредством воздействия не только на эндокринную, но также и на аутокринную / паракринную систему. Доказано влияние агонистов ГнРГ на факторы роста, пролиферативный потенциал, апоптоз и ангиогенез, следствием чего является снижение риска рецидивирования миомы матки [2, 4].

Для углубленного изучения полученных цифровых результатов применялись методы вариационной статистики в модификации алгоритмов пакета прикладных программ «Statistica 6,0». Статистическую значимость различий сопоставляемых средних величин определяли по параметрическому критерию Стьюдента (t). Для несвязанных совокупностей использовали непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования установлено, что в возрасте от 18 до 25 лет находилось 12 (14,3 %) пациенток; в 37,5 % случаев возраст пациенток колебался от 26 до 35 лет, при этом каждая вторая пациентка (50 %) была в возрасте от 36 до 45 лет. Средний возраст обследуемых составил $(34,21 \pm 0,81)$ года.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в подавляющем большинстве случаев пациентки предъявляли жалобы на различные нарушения менструального цикла. Так, аномальные маточные кровотечения по типу обильных менструальных кровотечений диагностированы у 71 (84,5 %) женщин, в то время как межменструальные кровотечения выявлены в 57,1 % случаев. Дисменорея наблюдалась у 60 (71,4 %) обследуемых. Выявлено, что каждая вторая пациентка (52,4 %) отмечала тянущие боли внизу живота; нарушения функции соседних органов диагностированы у 17 (20,2 %) больных.

Из данных анамнеза установлено, что длительность течения заболевания составила от 1 года до 12 лет. Среди обследованных женщин 53 (63,1 %) получали гормональную терапию (агонистами ГнРГ, КОК, антагонистами прогестерона, Улипристал ацетатом). Впоследствии у 12 (14,3 %) из них гормональная терапия была отменена в виду развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы; 16 (19 %) пациенток прекратили прием гормональных препаратов самостоятельно в ближайшие три месяца приема без объяснения причины. У каждой третьей пациентки (29,8 %) несмотря на проводимую терапию отмечено прогрессирование симптомов

миомы матки (рост миоматозных узлов, усиление болевого синдрома, рецидивирующие кровотечения и нарушение функции соседних органов). Из 84 обследованных больных 31 (36,9 %) пациентка ранее не получала гормональной терапии ввиду наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии или при впервые выявленной симптомной миоме матки, диктующей необходимость проведения планового оперативного вмешательства. Установлено, что миомэктомия в анамнезе была проведена у 9 (10,7 %) пациенток: лапароскопическим доступом – у 3 больных и в 7,1 % случаев – лапаротомически.

В ходе исследования установлено, что 29 (34,5 %) пациенток с миомой матки страдали бесплодием, при этом первичное бесплодие выявлено у 11 (13,1 %) женщин, а вторичное бесплодие – у 18 (21,4 %) больных.

В структуре экстрагенитальной заболеваемости у пациенток с миомой матки лидирующее положение занимала патология органов желудочно-кишечного тракта, которая была представлена хроническими воспалительными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки (28,6 %) и патологией гепатобилиарной системы, диагностируемой у 12 (14,3 %) больных. Заболевания органов сердечно-сосудистой системы встречались у каждой третьей пациентки (38,1 %).

Особое место в структуре экстрагенитальной заболеваемости занимала патология эндокринной системы, которая была выявлена в 31 % случаев. Практически каждая пятая пациентка страдала ожирением (19 %), патология щитовидной железы встречалась у 8,3 % женщин.

По данным ультразвукового исследования, у обследуемых пациенток преобладало наличие множественной миомы матки с узлами, имеющими интрамуральную и интрамурально-субсерозную локализацией, при этом у каждой третьей больной диагностированы интрамуральные узлы с центрипетальным ростом или субмукозные миоматозные узлы (38,1 %). Размер доминирующего узла варьировал от 5 до 18 см.

При гистероскопическом исследовании эндометрий в фазе пролиферации диагно-

стирован у 46 (54,8 %); гиперпластические процессы эндометрия выявлены в 36,9 % случаев; аденомиоз установлен в 32,1 % наблюдений; деформация полости матки миоматозными узлами наблюдалась у 32 (38,1 %) пациенток.

В результате гистологического исследования из 84 пациенток у 23 (27,4 %) была диагностирована простая гиперплазия эндометрия без атипии, у 8 (9,5 %) – комплексная гиперплазия эндометрия без атипии; эндометрий в фазе пролиферации – в 54,8 % случаев, а у 7 (8,3 %) обследуемых наблюдалась индуцированная атрофия эндометрия.

Всем пациенткам в плановом порядке выполнена миомэктомия лапаротомическим (67,9 %) или лапароскопическим (32,1 %) доступом. С целью профилактики развития спаечного процесса на завершающем этапе операции на область послеоперационного рубца наносили противоспаечный рассасывающийся гель Антиадгезин.

Через 6 месяцев после проведенного хирургического лечения отсутствие жалоб отмечено у 73 (86,9 %) пациенток. И лишь в 13,1 % наблюдений установлены незначительные тянущие боли внизу живота.

При ультразвуковом сканировании органов малого таза через 3 и через 6 месяцев после миомэктомии признаков несостоятельности рубцов ни у одной пациентки выявлено не было.

В ходе метросальпингографии, проведенной через 6 месяцев после операции у 6 (7,1 %) пациенток выявлена невыраженная деформация полости матки. У всех обследуемых маточные трубы контрастировались с обеих сторон на всем протяжении, рентгеноконтраст свободно изливался в брюшную полость, что свидетельствовало об отсутствии перитубарных спаек.

В течение одного года после отмены агониста ГнРГ из 84 пациенток беременность наступила у 60 (71,4 %) обследуемых: спонтанно – у 48 (57,1 %) женщин; в программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона – в 14,3 % случаев с благополучным исходом у 39 (46,4 %).

Заключение

Результаты, полученные в ходе настоящего исследования, позволяют считать научно-обоснованным проведение раннего этапа реабили-

литации репродуктивной функции женщин после миомэктомии с использованием инновационного средства для профилактики спайкообразования – рассасывающегося геля «Антиадгезин».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беженарь, В. Ф.* Спаечная болезнь органов малого таза у гинекологических больных: от патогенеза к практике / В. Ф. Беженарь, А. А. Цыпурдеева, Е. Н. Байлюк // Онкогинекология. – 2014. – № 4. – С. 68–74.
2. *Давыдов, А. И.* Принципы терапии и профилактики рецидивов миомы матки у больных репродуктивного периода: реальность и перспективы / А. И. Давыдов, В. А. Лебедев, В. М. Пашков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – Т. 12, № 1. – С. 35–42.
3. Применение противовоспалительных препаратов в программе хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия / А. А. Попов, Т. Н. Мананников, Н. А. Колесник [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61, № 4. – С. 97–103.
4. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста / И. С. Сидорова, А. Л. Унанян, М. Б. Агеев [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2012. – Т. 6, № 4. – С. 22–28.
5. A simple and reliable method to perform biomechanical evaluation of postoperative nerve adhesions / A. Crosio, L. Valdatta, M. Cherubino, [et al.] // Neurosci Methods. – 2014. – № 233. – P. 73.

**ПРОФИЛАКТИКА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК
С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ
ПОСЛЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ**

Н. А. Бурова, А. И. Путнина, Н. А. Жаркин, К. Ш. Элбакян, И. А. Барина

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолгГМУ

Внутриматочные синехии (ВМС) продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной гинекологии. Патологические изменения в матке в виде внутриматочных спаек, ведущих к частичной или полной облитерации полости матки и/или цервикального канала соединительной тканью, наблюдаются в 54 % случаях женского бесплодия, при этом нарушения функции эндометрия диагностируются у 41 % женщин [5].

По данным некоторых авторов, риск формирования сращений в полости матки после одного выскабливания составляет 16 %, а после трёх и более – от 32 %. Наличие синехий подвергает нормальный эндометрий атрофической трансформации [9, 10]. Основными клиническими проявлениями этой патологии являются альгодисменорея, гипоменорея, в тяжелых случаях – аменорея; гематометра или гематосальпинкс. Кроме того, в 12–15 %

случаев ВМС выступает случайной находкой при привычном невынашивании беременности и у 30–33 % женщин с несколькими неудачными попытками ЭКО [10, 4]. Даже после разрушения внутриматочных синехий риск рецидивов остается высоким. Средняя частота возникновения рецидива после оперативного лечения составляет 28 % [3]. Внутриматочные синехии (и как крайне тяжелый их вариант – СА) являются многокомпонентной проблемой, требующей комплексного подхода, включающего щадящую внутриматочную хирургию, послеоперационную реабилитацию и профилактику рецидивов спаечного процесса в полости матки [4, 6].

Цель работы

Профилактика развития рецидива спаечного процесса после операции внутриматочного адгезиолизиса на основе комбинации