

Кухарчик Ю.В.<sup>1</sup>, Колесникова Т.А.<sup>2</sup>, Гануско Ю.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup> УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,  
г. Гродно, Республика Беларусь

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

**Введение.** Миома матки и эндометриоз – одни из самых распространенных заболеваний женской репродуктивной системы [1]. К сожалению, в последнее десятилетие наблюдается повышенное внимание к «омоложению» этой группы пациентов: например, доля молодых пациентов с миомой увеличилась в два раза с 4,4 до 4,5% всех пациентов с миомой до 4,1–8,4% прооперированных женщин [2]. Следует отметить, что до 50% пациентов с миомой матки испытывают значительные физические, эмоциональные и психологические проблемы [1]. К ним относятся обильные менструальные кровотечения, тазовые боли и бесплодие. Существуют различные варианты хирургического и нехирургического лечения пациентов с миомой матки. Выбор лечения и варианты послеоперационной реабилитации пациентов с миомой матки определяются клиническими рекомендациями. Практический бюллетень Американского колледжа акушеров и гинекологов по ведению пациентов с миомой матки был 2021 году, а в 2017 году был опубликован сравнительный обзор эффективности лечения пациентов с миомой матки, проведенный Агентством по исследованиям и качеству здравоохранения при поддержке правительства США [3]. Среди всех разделов клинического руководства в нем указана информация о реабилитации после органосохраняющих операций, которая представлена наиболее сжато. Это особенно важно для пациентов, планирующих беременность [4].

Органосохраняющая хирургия направлена на энуклеацию только основных миоматозных узлов, влияющих на фертильность и качество жизни. Существует мнение, что органосохраняющая хирургия должна быть направлена на энуклеацию только крупных узлов, влияющих на фертильность и качество жизни [5]. Без сомнения, эффективность хирургического лечения миомы матки зависит не только от клинической оценки, но и от оценки исхода заболевания. Эффективность хирургического лечения миомы матки оценивается не только клинически, но и с помощью УЗИ, соногистерографии, магнитно-резонансная томография [2, 4].

**Цель исследования:** изучить целесообразность реабилитации женщин репродуктивного возраста после миомэктомии.

**Материалы и методы.** В исследование включены 65 пациенток после выполнения миомэктомии. Возраст обследованных женщин варьировал в пределах от 25 до 42 лет (средний возраст  $31,42 \pm 2,45$  года). В исследование включены женщины с уровнем ФСГ в сыворотке крови ниже 9 мМЕ/мл, который определяли в ранней фолликулярной фазе. Необходимым условием включения пациентов в группы было использование барьерного метода контрацепции в течение всего периода участия в исследовании.

Этап реабилитации включал прием на 2–5 день менструального цикла на 3 месяца лейпрорелина ацетат 3,75 мг, препарат вводился с интервалом в 28 дней.

Результаты обследования показали, что жизненно важные показатели у всех женщин находились в пределах нормы. Рост пациентов находился в пределах от 156 до 178 см (в среднем составил  $165,15 \pm 3,45$  см), масса тела – от 51 до 1120 кг (в среднем составила  $67,84 \pm 12,36$  кг).

При выполнении УЗИ оценивалось значение М-эхо (в среднем составило  $5,8 \pm 2,81$  мм, показатель колебался от 1,5 до 14 мм). У всех пациентов показатели бактериоскопии находились в пределах нормы.

Для оценки эффективности проводимой реабилитации нами использовались следующие параметры:

- уровень эстрадиола (целевой уровень эстрадиола  $\leq 110$  пмоль/л);
- уменьшение М-эхо до 4–6 мм при трансвагинальном УЗИ матки и придатков;
- оценка состояния здоровья женщин с оценкой жалоб, общего состояния, эмоционального состояния, физического состояния, симптомов менопаузы.

Полученные данные внесены в компьютерную базу данных и обработаны с использованием стандартных статистических программ.

**Результаты исследования.** Миома матки сочеталась с другими гинекологическими заболеваниями у 81,54% пациентов: эндометриозом - у 76,92%; доброкачественными заболеваниями яичников - у 4,61%. Бесплодием страдали 9,23% женщин (первичное бесплодие – 2, вторичное – 3). Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 13,85% пациентов: в анамнезе отмечались самопроизвольные выкидыши и привычное невынашивание. Всем 65 пациентам была выполнена лапаротомная миомэктомия. Основными показаниями к выполнению хирургического лечения были: быстрый рост узлов (64,62%); атипичное расположение миоматозного узла (49,23%); большие и гигантские размеры миоматозного узла в сочетании с симптомом сдавления смежных органов и нарушением их функции (10,77%) и болевым симптомом (58,46%); обильные кровотечения, приводящие к анемизации (67,69%).

Нами проводилось определение уровня эстрадиола в сыворотке крови при первом визите, а также при втором. Следует отметить, что ко второму визиту было установлено статистически значимое снижение уровня эстрадиола, стойко сохранявшееся в течение всего курса лечения.

В целом для 54 женщин лечение лейпрорелина ацетатом 3,75 мг явилось эффективным по показателю «снижение уровня эстрадиола». Результаты УЗИ, выполненные на фоне приема лейпрорелина ацетата уже ко 2-му циклу, показали статистически значимое уменьшение толщины эндометрия.

Результаты лечения 96,92% пациентов удовлетворяли критерию эффективности, включающему уменьшение толщины М-эхо до 3,5–6 мм. Женщинами при каждом визите заполнялся опросник, состоящий из нескольких вопросов, часть которых позволила оценить изменения в субъективном восприятии женщинами болевых симптомов, физического и эмоционального состояния здоровья. Анализ результатов опросника показал улучшение в состоянии физического здоровья к третьему циклу

приема препарата, а также установлено, что в 3,5 раза сократилось число женщин, испытывавших болевые ощущения в низу живота, либо эти ощущения стали незначительными.

Наблюдение и оценка безопасности и переносимости лейпрорелина ацетата проводилась на протяжении всего периода его приема. Среди побочных явлений у 27,69% пациентов были раздражительность, плаксивость, часть пациентов страдали бессонницей, периодическими болями в суставах и снижением либидо. У всех пациентов, отмечавших наличие вышеперечисленных симптомов, проявления имели легкую интенсивность проявлений.

Оценка клинико-лабораторных показателей показала наличие референтных значений анализируемых показателей. Нами установлено незначительное увеличение массы тела к концу третьего цикла, которое находилось в пределах не более 7% у некоторых женщин, что мы связали с фармакологическим действием лейпрорелина ацетата.

При оценке отдаленных результатов установлено, что 29,23% женщин репродуктивного возраста после миомэктомии не были заинтересованы в наступлении беременности, среди них только 4,62% пациентов 39-40 лет в связи с рецидивом миомы матки по ее настоянию была выполнена гистерэктомия с маточными трубами. Среди 70,77% пациентов, планирующих гестацию, забеременели в течение первого года 35,38% женщин. Неблагоприятный итог гестации в виде самопроизвольные выкидыша на ранних сроках зарегистрирован у 4,62%. Преждевременные роды зарегистрированы у 18,46% пациентов. Путем операции кесарева сечения в экстренном порядке родоразрешены 12,31% пациентов при доношенном сроке беременности. Остальные беременности завершены срочными самопроизвольными родами без осложнений. Все дети растут и развиваются нормально. В настоящее время на этапе прегравидарной подготовки находятся 29,23% женщин.

**Выводы.** Таким образом, использование предложенной схемы реабилитации является безопасным и эффективным методом лечения после миомэктомии, обеспечивающим необходимый клинический эффект с незначительными побочными реакциями, что дает возможность использовать его на этапе реабилитации у пациентов репродуктивного возраста после органосохраняющих операций и позволяет сохранить фертильность у этой группы женщин.

### Литература

1. Оперативная гинекология / В.И. Краснополский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, А.А. Попов; под ред. В.И. Краснополский. – 4 изд., испр. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 320 с.
2. Management of uterine broids. AHRQ comparative effectiveness review / K.E. Hartmann, C. Fannesbeck, T. Surawicz, S. Krishnaswami, J.C. Andrews, J.E. Wilson, D. Velez-Edwards, S. Kugley, N.A. Sathe // Rockville, MD. – 2017. – Accessed 05 May 2021.
3. Внутриматочные синехии после миомэктомии. Диагностика, лечение, профилактика / Н.А. Щукина, С.Н. Буянова, Е.Л. Бабунашвили, М.Г. Кашук // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2021. – Т.2, №21. – С.26-32.
4. Pregnancy rate after myomectomy and associated factors among reproductive age women who had myomectomy at Saint Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa: retrospective cross-sectional study / M. Jeldu, T. Asres, T. Arusi, M.G. Gutulo // International Journal of Reproductive Medicine. – 2021. – №28. – P. 6680112.
5. Dreisler, E, Asherman's syndrome: current perspectives on diagnosis and management / E. Dreisler, J. Joergen Kjer // International Journal of Women's Health. – 2019. – №11. – P.191-198.