

Отдаленные последствия хирургического лечения больных миомой матки в зависимости от объема операции

Белорусский государственный медицинский университет

Обобщены данные современной литературы о ближайших и отдаленных результатах хирургического лечения больных миомой матки. Представлен анализ собственных исследований клинических проявлений менопаузальной симптоматики после гистерэктомии. Оценка качества жизни проводилась с помощью анкет, вопросы которых направлены на выяснение клинических проявлений заболевания, общего состояния, психического и физического здоровья, уровня социальной адаптации у 59 женщин в возрасте от 28 до 47 лет после хирургического лечения по поводу миомы матки. Проведение дальнейших исследований в этом направлении, в частности сравнительного анализа различных методов оперативного лечения больных миомой матки с оценкой их влияния на качество жизни женщины, позволит разработать научно обоснованные подходы к адекватному выбору хирургического лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста. Ключевые слова: миома матки, гистерэктомия, качество жизни.

Миома матки относится к широко распространенным заболеваниям и занимает одно из ведущих мест среди патологии репродуктивной системы. По данным литературы, миома матки встречается у 15-17% женщин старше 30 лет, при этом 75% больных подвергаются оперативному лечению [1, 3]. В последние годы отмечается тенденция к снижению возраста первичного выявления миомы матки. В возрасте до 40 лет хирургическому лечению подвергаются около четверти больных миомой [1, 2]. Причем в 60-95% выполняются радикальные операции – субтотальная или тотальная гистерэктомия [3], исключая возможность рецидива миомы матки. В настоящее время это наиболее частая операция у женщин репродуктивного возраста. Проведение органосохраняющих операций при доброкачественных опухолях матки, в техническом плане более сложных, не исключает возможности рецидивирования заболевания и формирования спаечного процесса в малом тазу. Однако основным преимуществом органосохраняющих операций является сохранение фертильности.

До сих пор отсутствует единая тактика при выборе вида и объема оперативного лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста, что является актуальным для практической гинекологии.

В последние годы пристальное внимание к реконструктивно-пластическим органосохраняющим операциям на матке и придатках (маточных трубах и яичниках) связано с тем, что многие женщины стремятся реализовать свою репродуктивную функцию в возрасте 30 лет и старше, а также многочисленными научными данными об отрицательных последствиях удаления матки сопровождающихся нарушением вегетативно-гормонального гомеостаза и развитием выраженных системных нарушений в организме

женщины [10]. Очевидно, требуется дальнейшее изучение не только ближайших, но и отдаленных результатов хирургического лечения миомы матки, включающих как объективные клиничко-лабораторные данные, так и субъективную оценку самой женщиной последствий хирургического лечения, что поможет определить, существуют ли у органосохраняющих операций перед гистерэктомией другие преимущества, кроме сохранения фертильности.

Комплексное изучение клиничко-лабораторных данных и субъективных показателей качества жизни крайне важно для оценки целесообразности проведения миомэктомии у женщин репродуктивного возраста при наличии детей и не планирующих деторождение в дальнейшем.

В последние годы большое число работ посвящено изучению состояния нейро-вегетативного и эндокринного гомеостаза после гистерэктомии. Имеются данные о снижении функциональной активности яичников, формировании гипоестрогенного состояния после удаления матки в репродуктивном возрасте. Так, согласно исследованиям Е. М. Вихляевой (2004), в раннем послеоперационном периоде уровень эстрадиола снижается на 50-60% от исходного, причем более выраженное снижение происходит после тотальной гистерэктомии. Гипоестрогению в раннем послеоперационном периоде авторы связывают с операционной травмой, возникающим отеком тканей и ухудшением кровоснабжения яичников ввиду прекращения кровотока по яичниковой ветви маточной артерии. Это сопровождается увеличением объема яичников в 1,7 раза, снижением их эхогенности при сонографическом исследовании после операции, а также снижением показателей яичникового кровотока в раннем послеоперационном периоде [6].

В дальнейшем, через 6 мес. после гистерэктомии, отмечается улучшение анатомо-функционального состояния яичников, что выражается в восстановлении кровотока, улучшении эхографических показателей и данных доплерометрии (нормализуется объем яичников, появляются полноценные фолликулы), что объясняется развитием коллатерального кровотока и восстановлением нормального кровоснабжения яичников [6]. Нормализация кровоснабжения яичников сопровождается восстановлением уровня эстрадиола в крови, преобладанием овуляторных менструальных циклов с полноценной лютеиновой фазой. Более быстрое и полное восстановление функции яичников наблюдается после субтотальной гистерэктомии [9]. Однако, при дальнейшем наблюдении – через год и более после гистерэктомии, многие авторы указывают на прогрессивное ухудшение функции яичников, в частности уменьшение их объема при ультразвуковом исследовании за счет уменьшения числа и размера фолликулов [10], ухудшение кровоснабжения яичников по данным доплерометрии, снижение кровотока в бассейне внутренней подвздошной артерии, особенно у женщин, перенесших тотальную гистерэктомию [1]. Причем наиболее выраженные изменения наблюдаются через 5 лет после операции [7].

В отдаленные сроки после гистерэктомии отмечается прогрессирующая гипозэстрогения, особенно после удаления придатков матки [4]. У женщин в возрасте 29-43 лет через 3-5 лет после гистерэктомии снижение уровня эстрадиола обнаружено в 34,3%, повышение уровня ФСГ в 25,3% случаев [6]. Возникающие изменения некоторые исследователи связывают не только с недостаточным развитием коллатерального кровотока, но и с удалением одного из звеньев саморегулирующей системы. Предполагается, что синтезируемые маткой биологически активные вещества воздействуют на различные звенья гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Не исключается наличие APUD – системы матки, которая влияет как на вблизи расположенные яичники, так и на центральную нервную систему [4]. Существует точка зрения, что удаление одного из звеньев саморегулирующей системы влечет за собой нарушение деятельности оставшихся звеньев этой системы, в первую очередь яичников [2].

Ухудшение анатомо-функционального состояния яичников с развитием гипозэстрогении клинически проявляется у женщин репродуктивного возраста в отдаленном послеоперационном периоде менопаузальной симптоматикой, более выраженной после тотальной гистерэктомии. Так, А. Н. Стрижаков с соавт. (2000), отмечают появление нейровегетативных, психоэмоциональных нарушений, повышение уровня тревожности в позднем послеоперационном периоде в результате гистерэктомии, выполненной в молодом возрасте.

Согласно исследованиям К. Соопер с соавт. (2003), треть женщин репродуктивного возраста через 3-5 лет после гистерэктомии предъявляют жалобы на урологические расстройства, включая дневную и ночную поллакиурию, недержание мочи при напряжении, снижение уретрального давления, что свидетельствует о формировании неполноценности уретрального механизма удержания мочи, часто сочетающееся с опущением стенок влагалища и образованием цистоцеле [5]. Данные изменения развиваются на фоне гипозэстрогении и, вероятно, связаны с дистрофическими процессами в парауретральной ткани, эпителии влагалища и уретры, рецепторном аппарате [7].

Кроме того, через 3-5 лет после гистерэктомии происходят изменения влагалищного микробиоценоза: у 42,3% пациенток развивается бактериальный вагиноз, у 6,4% – неспецифический вагинит [4]. При этом одни авторы урогенитальные проблемы больных связывают с достоверным снижением уровня эстрадиола, другие исследователи считают, что показатели уродинамики после гистерэктомии связаны с исходным состоянием нижних отделов мочевой системы и объем оперативного лечения (субтотальная или тотальная гистерэктомия) не влияет на состояние мочевыводящих путей [9]. В то же время эти же авторы обращают внимание, что адаптация органов тазового дна, в том числе и восстановление функции мочевого пузыря и уретры после гистерэктомии требует определенного времени (до 2-3 мес).

Гистерэктомия оказывает отрицательное влияние на сексуальную функцию, отчасти в связи с формирующейся гипоэстрогенией [10] и снижением уровня тестостерона [6]. Согласно данным Е. И. Терешкиной (2001), у 25% женщин после удаления матки наблюдается уменьшение полового влечения, у 23,5% – отмечается сухость влагалища, у 16,7% – боли во время полового акта, у 39,4% – исчезновение оргазма. Кроме того после тотальной гистерэктомии анатомические изменения формы влагалищной культи связаны с образованием в ней рубцовой ткани и повреждением маточно-влагалищного нервного сплетения [9].

По данным Е. И. Терешкиной (2001), сексуальные нарушения выявляются у 48,4% пациенток после надвлагалищной ампутации и у 65,9% после экстирпации матки. Более выраженное расстройство сексуальной функции после тотальной гистерэктомии, объясняется негативной психологической реакцией женщины на удаление матки с шейкой, чем на выполнение операции в объеме надвлагалищной ампутации матки [8].

В то же время Е. И. Терешкина (2001) считает, что гистерэктомия незначительно влияет на возникновение половых дисфункций у женщин. Проведение с женщинами разъяснительной беседы о влиянии различных факторов на половую функцию снижает частоту сексуальных расстройств после удаления матки с 15,9 до 7,5% [3], в связи с чем можно сделать вывод о ведущей роли психологических факторов в возникновении половых расстройств после удаления матки.

Многие исследователи указывают на корреляционную зависимость снижения уровня эстрадиола с появлением сердечно-сосудистой симптоматики и метаболических нарушений у женщин после гистерэктомии выполненной в молодом возрасте [1, 3]. В отдаленные сроки после хирургического лечения избыточная масса тела отмечается у 84,7% женщин, что существенно превышает этот показатель до операции (28%). Кроме того, у больных с миомой матки, перенесших гистерэктомию в молодом возрасте, в 4,4 раза чаще наблюдается артериальная гипертония и ухудшается липидный профиль с повышением уровня атерогенных липидных фракций крови в отличие от женщин, не подвергавшихся оперативному лечению [3]. В современной литературе [1, 8, 9] указывается на повышение коагуляционных свойств крови и снижение противосвертывающей способности после тотальной и субтотальной гистерэктомии в репродуктивном возрасте [4]. В генезе этих нарушений определенное значение имеет прекращение синтеза эндометрием вазодилататоров, в частности простаглицина (Pgl-2), который является ингибитором агрегации тромбоцитов и способствует вазодилатации, а также косвенно участвует в повышении противосвертывающего потенциала крови [5].

В литературе отсутствуют сведения о состоянии молочных желез у женщин после гистерэктомии. Существует лишь мнение о том, что реакция клетки-мишени на гормон инициируется взаимодействием последнего со специфическим белком-рецептором, при удалении большого рецепторного поля вместе с гормонально зависимым органом избыточное действие

осуществляется через рецепторы, имеющиеся в других тканях и органах-мишенях [5]. В этой связи требуется дальнейшее исследование выраженности патологических изменений в молочных железах у женщин, перенесших тотальную и субтотальную гистерэктомию.

Данные собственных исследований свидетельствуют, что клинические проявления менопаузальной симптоматики после гистерэктомии появляются на $5,3 \pm 1,7$ лет раньше среднестатистического возраста, который у здоровых женщин составил $52,1 \pm 2,3$ лет. Гистерэктомия, проведенная у женщин до 40 лет, способствует снижению функции яичников через $4,2 \pm 0,9$ лет после операции.

Необходимость изучения качества жизни женщины после хирургического лечения миомы матки вызвана тем, что клинико-лабораторные показатели не всегда дают возможность оценить состояние здоровья человека. Субъективные показатели, отражающие восприятие человеком степени своего благополучия, объединяются в понятие качества жизни. Качество жизни как широкое социально-экономическое понятие включает в себя следующие составляющие: субъективное ощущение благополучия, здоровья и достатка [7]. Из этого широкого понятия в медицине выделяется качество жизни женщин, связанное с их здоровьем.

Оценка качества жизни проводилась с помощью анкет, вопросы которых направлены были на выяснение клинических проявлений заболевания, общего состояния, психического и физического здоровья, уровня социальной адаптации. Использовали два типа шкал: общие и специфические для данного вида заболевания [7]. Пока не изучено влияние того или иного вида и объема хирургического вмешательства на качество жизни больных в послеоперационном периоде, невозможно в полной мере оценить их достоинства и недостатки. Так как повышение качества жизни является конечной целью лечения [10].

Нами изучено качество жизни у 59 женщин в возрасте от 28 до 47 лет после хирургического лечения больных по поводу миомы матки. До операции в большинстве случаев (87%) отмечено снижение качества жизни больных с миомой, что объясняется в основном проявлениями основного заболевания. После гистерэктомии с односторонней овариоэктомией наблюдалось улучшение показателей качества жизни в течение первых 6 мес. практически у всех женщин ввиду улучшения психоэмоционального состояния и отсутствия жалоб по поводу основного заболевания. Однако в дальнейшем наряду с биохимическими, нейровегетативными и гормональными нарушениями наблюдалось постепенное снижение показателей качества жизни. Результаты наших исследований согласуются с данными А. Н. Стрижакова с соавт. (2000), свидетельствующими, что гистерэктомия, избавляя женщину от одних жалоб, приводит к ухудшению качества жизни, ввиду других причин.

Не вызывает сомнений, что качество жизни женщин после гистерэктомии зависит от возраста, в котором проводилась операция. Так, согласно нашим исследованиям, после гистерэктомии у женщин перименопаузального

возраста качество жизни постепенно улучшалось, в то время как после аналогичного объема операции у женщин до 40 лет, отмечалось прогрессивное снижение показателей качества жизни. В других работах указывается на снижение социальной активности и трудоспособности лишь после экстирпации матки, в то время как отрицательного влияния субтотальной гистерэктомии на качество жизни не было выявлено [3]. Кроме того, имеются научные данные, свидетельствующие, что здоровье и качество жизни женщин после хирургического лечения миомы матки нормализуется независимо от объема операции [1]. Однако большинство исследователей все же считают, что более щадящий объем оперативного лечения положительно сказывается на качестве жизни женщин в отдаленном послеоперационном периоде.

В связи с вышеизложенным, представляет интерес изучение не только данных нейрообменно-эндокринного гомеостаза, но и показателей качества жизни женщин в отдаленном послеоперационном периоде после органосохраняющих операций на матке.

В современной литературе имеются лишь единичные сведения [9, 10] о результатах сравнительного анализа отдаленных последствий с оценкой качества жизни больных после гистерорезектоскопии и гистерэктомии, выполненных по поводу миомы матки и гиперпластических процессов эндометрия. До хирургического лечения у всех больных отмечалось снижение показателей качества жизни. При этом больше всего страдали сон, эмоциональные реакции и физическая активность. Наиболее выраженное снижение качества жизни наблюдалось у больных миомой матки на фоне постгеморрагической анемии. Качество жизни улучшилось как после органосохраняющих операций, так и после удаления матки, однако более быстрое улучшение оцениваемых показателей наблюдалось после гистерорезектоскопии. При этом авторы подчеркивает, что у женщин, которым была выполнена гистерэктомия, исходный уровень значений был намного ниже, чем у женщин, подвергшихся гистерорезектоскопии.

Проведенный нами анализ отдаленных последствий хирургического вмешательства при миоме матки свидетельствует, что после органосохраняющих операций (миомэктомий, гистерорезектоскопии) нарушения сексуальной функции наблюдались достоверно реже, чем после гистерэктомии. Так, после гистерэктомии удельная частота диспареунии возростала в 2,8 раза независимо от возраста женщин.

Согласно данным К. Соорег с соавт. (2003), оценка качества жизни и удовлетворенность лечением были выше в группе женщин, перенесших гистерэктомию, чем среди больных, подвергшихся аблации эндометрия по поводу гиперменструального синдрома. К сожалению, в этом сообщении не указаны причины менометроррагии у обследованных женщин, из-за чего не представляется возможным судить о подходах к выбору объема оперативного вмешательства. Вероятно, с позиций доказательной медицины наиболее правильным является проведение сравнительного анализа отдаленных последствий с оценкой качества жизни после различных видов

хирургического вмешательства среди женщин с изначально одинаковой гинекологической патологией.

Выводы

1. Отдаленные последствия органосохраняющих операций с оценкой качества жизни женщины изучены недостаточно.
2. Проведение исследований в этом направлении, в частности, сравнительный анализ различных методов оперативного лечения больных миомой матки с оценкой их влияния на качество жизни женщины, позволит разработать научно обоснованные подходы к адекватному выбору хирургического лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Литература

1. Вихляева, Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М., 2004. – С. 396.
2. Кулаков, В. И., Адамян, Л. В., Аскольская, С. И. Гистерэктомия и здоровье женщины. – М., 1999. – С. 275.
3. Кулаков, В. И., Адамян, Л. В., Мынбаев, О. А. Оперативная гинекология – хирургические энергии. – М., 2000. – С. 405.
4. Савельева, Г. М., Бреусенко, В.Г., Каппушева, Л. М. Гистероскопия. – М., 1999. – С. 88
5. Сидорова, И. С., Гириев, Т. Д., Овсянникова, Т.В. // Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / Под ред. И. С. Сидоровой. – М., 2002. – С 349.
6. Стрижаков, А.Н., Давыдов, А.И. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – М., 2000. – С. 380.
7. Терешкина, Е.Б., Бокша, И.С., Савушкина, О.К., Бурбаева, Г.Ш. Осбенности личности женщин репродуктивного возраста после хирургического лечения миомы матки. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №7 – С. 51-53.
8. Dieben, T. O., Roumen, F. J., Apter, D. // *Obstetr. and Gynecol.* – 2002. Vol. 100. – P. 585 – 593.
9. Cooper, K. G., Jack, S. A., Parkin, D. E. et al. // *Br. J. Obstetr. Gynaecol.* – 2003. – Vol. 110, N 1. – P. 87.
10. Jeffrey, J., Arneja, J., Birch, C. et al. // *J. Obstetr. Gynaecol. Can.* – 2003. – Vol. 25, N 5. – P. 396 – 418