

Статья поступила в редакцию 20.09.2021 г.

Рыбников С.В., Арзуманян С.К., Данилова Л.Н., Неретин А.К., Рудаева Е.В., Пачгин И.В., Мозес В.Г., Елгина С.И., Павленко В.В.

Кемеровский государственный медицинский университет,
Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово, Россия

РОЛЬ УЗИ ПРИ ВЫБОРЕ ДОСТУПА ПРИ МИОМЭКТОМИИ

Миома матки является одним из наиболее распространенных заболеваний женских половых органов. Проведение миомэктомии позволяет сохранить репродуктивный потенциал женщины. На сегодняшний день перед гинекологами стоит задача оптимизировать обследование, отбор пациенток и выбор доступа для проведения успешной малотравматичной операции миомэктомией.

Ключевые слова: миома матки; миомэктомия; УЗИ

Rybnikov S.V., Arzumanyan S.K., Danilova L.N., Neretin A.K., Rudaeva E.V., Pachgin I.V., Moses V.G., Elgina S.I., Pavlenko V.V.

Kemerovo State Medical University,
Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia

ROLE OF ULTRASOUND IN THE SELECTION OF ACCESS FOR MYOMECTOMY

Myoma of the uterus is one of the most common diseases of the female genital organs. Carrying out myomectomy allows you to preserve the reproductive potential of women. Today, gynecologists are faced with the task of optimizing the examination, selection of patients and the choice of access for a successful low-traumatic myomectomy operation.

Key words: uterine myoma; myomectomy; ultrasound

Миома матки является наиболее часто встречаемой опухолью малого таза у женщин [1, 2]. Согласно данным проспективного исследования «Nurses' Health Study II», в которое вошли более 95000 женщин в возрасте от 25 до 44 лет, стандартизированный по возрасту показатель заболеваемости миомой матки составил 9,2 на 1000 человеко-лет. Общая заболеваемость по возрастным группам в возрасте от 25 до 29 лет составила 3,3 на 1000 человеко-лет, от 30 до 34 лет – 6,8, от 35 до 39 лет – 10,3 и от 40 до 44 лет – 16,0 [2].

К факторам риска миомы матки относят эндокринные факторы, паритет, раннее менархе, ожирение [1, 3]. Чаще всего клинически миома проявляется в виде аномального маточного кровотечения и/или тазовой боли. Миома матки также может влиять на репродуктивную функцию, например, на такие как бесплодие, неблагоприятные исходы беременности и др. [4].

Клинический диагноз ставится на основании осмотра и результатов ультразвукового исследования органов малого таза (УЗИ). УЗИ органов малого таза является предпочтительным методом исследования при миоме матки, учитывая возможность визуализации анатомических структур малого таза и экономическую выгоду. Трансвагинальное ультразвуковое исследование имеет высокую чувствительность (95-100 %) для обнаружения миомы

матки размером до 10 недель условной беременности [1, 5].

Миомэктомия – метод, позволяющий сохранить репродуктивную функцию пациенткам с показаниями к хирургическому лечению миомы матки [3, 5]. Выбор оптимального доступа при проведении миомэктомии является одной из главных задач для эффективного хирургического лечения миомы матки. Систематический обзор Jin et al. шести рандомизированных исследований сравнивал лапароскопическую миомэктомию с абдоминальной миомэктомией [6]. Лапароскопическая миомэктомия показала статистически значимое увеличение продолжительности операции (на 13 минут дольше), но уменьшение кровопотери (на 34 мл меньше). Общий риск осложнений был значительно ниже при лапароскопической миомэктомии (ОШ 0,47, 95% ДИ 0,26–0,85), но не было статистически значимой разницы в риске таких серьезных осложнений, как кровотечение, требующее гемотрансфузии, повреждение внутренних органов, тромбоэмболия [7-9].

Персонализированный подход к выбору оптимального доступа осуществляется на основании обследования, которое обязательно включает догоспитальное ультразвуковое исследование [9, 10].

Цель исследования – провести сравнительный анализ интраоперационных показателей при

Информация для цитирования:

10.24412/2686-7338-2021-4-40-42

Рыбников С.В., Арзуманян С.К., Данилова Л.Н., Неретин А.К., Рудаева Е.В., Пачгин И.В., Мозес В.Г., Елгина С.И., Павленко В.В. Роль УЗИ при выборе доступа при миомэктомии // Мать и Дитя в Кузбассе. 2021. №4(87). С. 40-42.

миомэктомии у пациенток с рутинным и селективным ультразвуковым исследованием органов малого таза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ случай-контроль 120 историй болезней пациенток, которым была выполнена миомэктомия за период с 2019 по 2021 гг. в Кузбасской клинической больнице скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского. Критериями включения в исследование являлись наличие УЗИ органов малого таза в качестве предоперационного обследования, миомэктомия, репродуктивный возраст. Критериями исключения являлись гистерэктомия по поводу миомы матки, возраст старше 49 лет, отсутствие данных УЗИ органов малого таза.

Пациентки были разделены на 2 равные группы. В основную группу были включены пациентки, которым выполнено селективное УЗИ органов малого таза, в группу сравнения включались женщины, которым выполнено рутинное УЗИ органов малого таза в качестве предоперационного обследования. Под селективным УЗИ подразумевалось исследование, в котором обязательно присутствовали количество, размеры миоматозных узлов, выраженность интрамурального компонента, детальное расположение узлов с указанием расстояния до эндометрия, наличие деформации полости матки. Расчеты производились с помощью программы «Statistica».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний возраст пациенток в обеих группах составил 39,1 лет и 38,25 лет, $p = 0,03$. Максимальный размер миоматозного узла в основной группе составил в среднем 6,87 см, в группе сравнения – 6,53 см, $p = 0,1$. У всех женщин выявлена множественная миома матки, обнаружены два и более миоматозных узлов. В обеих группах у пациенток чаще наблюдались 3 и более миоматозных узлов: 50 % и 40 % в

основной и группе сравнения соответственно, $p = 0,05$.

На основании проведенного предоперационного обследования каждой женщине был выбран предпочтительный операционный доступ. В основной группе пациенткам чаще выполнялась лапаротомия, что составило 45 % от всех оперативных доступов. Лапароскопия и влагалищный доступ в данной группе осуществлялись в 35 % и 20 % соответственно. В группе сравнения в 20 % случаев выполнялась влагалищная миомэктомия и в 40 % случаев лапароскопическая и лапаротомическая миомэктомия. Продолжительность операции в группе пациенток с селективным УЗИ составила в среднем 69 минут (максимально 97 минут), а в группе с рутинным УЗИ – 75 минут (максимально 115 минут), $p = 0,53$. Кроме того, семи пациенткам из группы контроля потребовалась смена операционного доступа.

Средняя кровопотеря во время операции в основной группе составила 175 мл (максимально 250 мл), а в контрольной группе – 230 мл (максимально 650 мл), $p = 0,46$.

Наименьшая продолжительность операции зарегистрирована при трансвагинальном доступе, а наименьшая кровопотеря – при лапароскопическом.

ВЫВОДЫ

Выбор оптимального хирургического доступа для выполнения миомэктомии остается актуальным вопросом, особенно в отношении пациенток, планирующих реализовать свою репродуктивную функцию. При сопоставимой характеристике основной группы и группы контроля, применение селективного ультразвукового исследования в качестве обследования пациенток перед проведением миомэктомии улучшает интраоперационные показатели, а именно, снижает длительность операции и объем кровопотери, уменьшает потребность в смене операционного доступа. Таким образом, применение селективного УЗИ на догоспитальном этапе может помочь в индивидуальном выборе оптимального доступа для проведения миомэктомии.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Stewart EA. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history. *UpToDate*. 2021.
2. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017; 124(10): 1501-1512. doi: 10.1111/1471-0528.14640.
3. Stewart EA. Clinical practice. Uterine fibroids. *N Engl J Med*. 2015; 372(17): 1646-1655. doi: 10.1056/NEJMcp1411029.
4. Radmila S, Ljiljana M, Antonio M, Andrea T. Epidemiology of uterine myomas: A Review. *Int J Fertil Steril*. 2016; 9(4): 424-435.
5. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia F. Epidemiology and risk factors of uterine fibroids. Best Practice and Re-search: *Clin Obstet Gynaecol*. 2018; 46: 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.09.004>.
6. Jin C, Hu Y, Chen XC, Zheng FY, Lin F, Zhou K, et al. Laparoscopic versus open myomectomy meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 145(1): 14-21. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.03.009.

7. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N, Vilos AG, Murji A, Chen I. The Management of Uterine Leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2015; 37(2):157-178. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30338-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30338-8).
8. Mas A, Tarazona M, Carrasco JD, Estaca G, Cristóbal I, Monleón J. Updated approaches for management of uterine fibroids. *Int J Womens Health*. 2017; 9: 607-617. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S138982>.
9. Fujimoto A, Morimoto C, Hosokawa Y, Hasegawa A. Suturing method as a factor for uterine vascularity after laparoscopic myo-mectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017; 211: 146-149.
10. Bulanov MN. Ultrasonic gynaecology. A course of lectures in 2 parts, Ed. 4-e. M.: Vidar-M, 2017. Russian (Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология. Курс лекций в 2-х частях, Изд. 4-е. М.: Видар-М, 2017.)

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3842) 73-46-00

E-mail: elginas.i@mail.ru

РЫБНИКОВ Сергей Валериевич, доктор мед. наук, зам. главного врача по гинекологии, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: rsvdok@mail.ru

RYBNIKOV Sergey Valerevich, doctor of medical sciences, deputy chief physician for gynecology, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: rsvdok@mail.ru

АРУЗУМАНЯН София Камовна, клинический ординатор, кафедра акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: sofia.arz@ya.ru

ARZUMANYAN Sofia Kamovna, clinical resident, G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: sofia.arz@ya.ru

ДАНИЛОВА Лариса Николаевна, зав. гинекологическим отделением № 1, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: lar.danilova@mail.ru

DANILOVA Larisa Nikolaevna, head of the gynecological department N 1, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: lar.danilova@mail.ru

НЕРЕТИН Артем Константинович, зав. гинекологическим отделением № 2, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: art-neretin81@yandex.ru

NERETIN Artem Konstantinovich, head of the gynecological department N 2, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: art-neretin81@yandex.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaevae@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

ПАЧГИН Игорь Вадимович, канд. мед. наук, главный врач, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: rsvdok@mail.ru

PACHGIN Igor Vadimovich, candidate of medical sciences, chief physician, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: rsvdok@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

ПАВЛЕНКО Владимир Вячеславович, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: pavlenkovv@mail.ru

PAVLENKO Vladimir Vyacheslavovich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of hospital surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: pavlenkovv@mail.ru