

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРО-
ДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

УДК 618.11:618.14:616-089.878

**КИЧИГИН
Олег Владимирович**

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С
МИОМОЙ МАТКИ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ И ПЕРИМЕНО-
ПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ**

**Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология

Витебск, 2014

Работа выполнена в УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Научный руководитель:

Арестова Ирина Михайловна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный медицинский университет»

Официальные оппоненты:

Кулага Ольга Константиновна, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Михалевич Станислава Иосифовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Оппонирующая организация:

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита состоится 23 декабря 2014 г. в 12.00 на заседании совета по защите диссертаций Д 03.16.03 при УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» по адресу: 210023 г. Витебск, пр-кт Фрунзе, 27; тел. 8 (0212) 23-01-07.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

Автореферат разослан « 21 » _____ ноября _____ 2014 г.

Ученый секретарь
совета по защите диссертаций,
доктор медицинских наук, профессор

Н.И. Киселева

ВВЕДЕНИЕ

Миома матки (ММ) представляет собой неоднородную доброкачественную опухоль, которая различается размерами, локализацией, темпами роста, морфологическими и клиническими проявлениями. Распространенность миомы составляет 20-50% в зависимости от возраста, этнической принадлежности, паритета и использования методов исследования, определяющих наличие опухоли [А. Williams et al, 2007]. Принимая во внимание большую распространенность, рассматриваемое гинекологическое заболевание приобретает высокую медицинскую, социальную и экономическую значимость [S. Okolo, 2008].

Однако многие аспекты данной проблемы остаются дискутабельными и мало изученными. Сохраняют свою актуальность вопросы онкологической настороженности у пациенток с быстрым ростом матки [Н.В. Бочкарева с соавт., 2004; Е.С. Барков, 2008; Van den Bosch T. et al., 2012]. Нередко ММ сочетается с другими патологическими состояниями, в том числе с гиперпластическими и неопластическими процессами эндометрия, шейки матки и яичников [И. В.Юрасов, 2004; А. Б. Мунтян, 2007; И.В. Кузнецова и соавт., 2007]. В частности, недостаточно исследовано морфофункциональное состояние системы эндометрий-миометрий-яичники у этих пациенток [Г.А. Савицкий, 2000].

За последние годы интерес ученых к понятию «качество жизни» (КЖ) значительно возрос [Ю.В. Занько, 2007; М.В. Медведев, 2007; J.B. Spies, 2002; K.V. Kluivers et al., 2007]. Научная оценка статуса КЖ может помочь врачу в спорных ситуациях принять решение о необходимости и объеме медицинских вмешательств; улучшить клинический прогноз, социальную адаптацию и качество жизни женщин, страдающих миомой матки.

Поэтому разработка и внедрение новых органосохраняющих операций при доброкачественной патологии эндометрия с многообразием локализации узлов, их количеством и размерами, а так же сочетанием с другими патологическими процессами в одном органе может способствовать оптимизации подходов к лечению данной патологии и значительному улучшению качества жизни этих пациентов.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами и темами

Диссертационная работа является частью плана НИР УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» по теме «Диагностика и лечение патологии матки, постменопаузальных расстройств и нарушений гемодинамики при беременности (осложненной фетоплацентарной недостаточностью, артериальной гипертензией, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы)», утвержденной Министерством здравоохране-

ния Республики Беларусь (№ гос. регистрации 20130059), сроки выполнения 2008 -2012 годы.

Диссертационная работа выполнялась как часть научно-исследовательской работы кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный медицинский университет» в рамках Государственной программы научных исследований по теме «Изучение новых патогенетических механизмов формирования фетоплацентарной недостаточности при различных видах акушерской, гинекологической и экстрагенитальной патологии (внутриутробные инфекции, синдром задержки развития плода, анемия, гиперпластические процессы мио- и эндометрия, бесплодие) с целью разработки новых протоколов диагностики, лечения и профилактики» (утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь, № государственной регистрации 20114735 от 16.11.2011 г., сроки выполнения – 01.01.2011 г. – 31.12.2013 г.). Настоящее исследование проводилось с полным и точным соблюдением Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 ноября 2008 г. № 205 «Об утверждении Инструкции о порядке создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам медицинской этики и деонтологии».

Цель и задачи исследования

Цель исследования – повышение эффективности медицинской помощи и улучшение результатов хирургического лечения женщин с миомой матки на основании разработки и внедрения нового органосохраняющего эндохирургического метода с клипированием маточных артерий и пересечением маточно-яичниковых сосудов с миомэктомией.

Для решения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Выявить факторы риска развития миомы матки у пациентов позднего репродуктивного и перименопаузального возрастов, нуждающихся в оперативном лечении.
2. Исследовать морфологические особенности эндометрия у пациентов с миомой матки в различные возрастные периоды и усовершенствовать объем их обследования перед плановыми оперативными вмешательствами.
3. Изучить качество жизни пациентов позднего детородного и перименопаузального возрастов с миомой матки после органосохраняющего эндохирургического вмешательства и гистерэктомии.
4. Разработать и внедрить новый метод комбинированного эндоскопического хирургического лечения миомы матки - лапароскопическое клипирование маточных артерий и пересечение маточно-яичниковых сосудов с миомэктомией и возможной резекцией эндометрия.
5. Оценить эффективность нового метода хирургического лечения в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Объект исследования: пациенты позднего репродуктивного и перименопаузального возрастов с миомой матки и без данной патологии.

Предмет исследования: качество жизни пациентов с миомой матки; новый способ комбинированного эндоскопического органосохраняющего метода лечения ММ с клипированием маточных артерий и пересечением маточно-яичниковых сосудов с миомэктомией; ближайшие и отдаленные результаты лечения данной патологии.

Положения, выносимые на защиту

1. Основными факторами риска развития и оперативного лечения миомы матки в позднем детородном и перименопаузальном периодах являются: возраст первых родов - $22 \pm 2,9$ года, прерывание беременности путем медицинского аборта или вакуум-аспирации, диатермокоагуляция шейки матки, использование с целью контрацепции внутриматочной спирали, наличие в анамнезе у одной пациентки 3 инвазивных манипуляций на матке (аборт или вакуум-аспирация, внутриматочная спираль, диатермокоагуляция), наличие миомы матки у матери пациентов, регулярное или периодическое повышение артериального давления.

2. Морфологическими особенностями эндометрия у женщин с миомой матки в позднем репродуктивном и перименопаузальном возрастах является низкая распространенность аденокарциномы и гиперплазии эндометрия, что требует дифференцированного подхода к проведению отдельного диагностического выскабливания и гистероскопии у пациентов с данной патологией на этапе предоперационной подготовки. Показаниями для гистологического исследования эндометрия перед плановым оперативным лечением миомы матки являются: нарушение менструальной функции по типу олигоменореи или аменореи у пациентов с синдромом поликистозных яичников и ожирением, ациклические маточные кровотечения в позднем детородном и перименопаузальном возрастах.

3. Качество жизни пациентов с миомой матки, определяемое с использованием анкеты «Симптомы Миомы Матки и Качество Жизни», статистически значимо снижено по всем критериям: беспокойство, активность, энергия/настроение, контроль, озабоченность, сексуальная функция, интегральный показатель. Ухудшение качества жизни пациентов обусловлено локализацией миоматозных узлов (субмукозный, интрамуральный, субсерозный) и не зависит от их размеров и величины матки. Качество жизни пациентов после операции лапароскопическое клипирование маточных артерий и пересечение маточно-яичниковых сосудов с миомэктомией сопоставимо с качеством жизни здоровых женщин без миомы матки.

4. Разработанный метод оперативного лечения – лапароскопическое клипирование маточных артерий и пересечение маточно-яичниковых сосудов с

миомэктомией и/или резекцией эндометрия позволяет в условиях одного хирургического вмешательства совместить несколько эндоскопических операций из различных доступов при следующей патологии матки:

- интрамуральные или интрамурально-субсерозные узлы различных размеров, деформирующие полость матки с симптомным течением;
- субмукозные узлы G-1 или G-2 больших размеров (4-7 см), а так же наличие 2-х и более узлов меньшего размера данного типа;
- субмукозные узлы миомы G-0 или G-1 или G-2 в сочетании с узлами другой локализации (интрамуральные, интрамурально-субсерозные) или сопутствующими гиперпластическими процессами эндометрия и/или различными формами аденомиоза.

Предложенная нами операция улучшает ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с миомой матки и является альтернативой гистерэктомии.

Личный вклад соискателя

Автор принимал участие в выборе темы диссертации, планировании и определении методологии исследования. Соискателем разработана первичная учетная документация, проведены патентно-информационный поиск, изучение литературы по теме диссертации.

Отбор пациентов для исследования, сбор анамнеза, обследование, в том числе ультразвуковое исследование, и клиническое наблюдение за пациентками, выбор оптимального метода лечения, выполнение оперативного вмешательства и оценка его эффективности осуществлялись автором самостоятельно.

Анкетирование женщин с целью определения качества жизни проводилась непосредственно соискателем. Статистическая обработка данных, анализ и теоретическое обобщение результатов исследования, формулирование выводов, положений, выносимых на защиту, практических рекомендаций выполнены самостоятельно автором. Личный вклад соискателя в выполнении диссертационной работы составил 85%.

Все публикации написаны лично автором, среди соавторов – научный руководитель, сотрудники кафедры. Без соавторов опубликовано 2 научные работы, их них – 1 в рецензируемом журнале.

Апробация результатов диссертации

Результаты исследования и основные положения диссертации доложены и обсуждены на:

- 63-ей, 65-ой, 66-ой научных сессиях сотрудников университета «Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации» (Витебск, 2008, 2010, 2011 год);

- научно-практической конференции с международным участием «Войсковая хирургия – современная концепция высокоспециализированной медицинской помощи» (Одесса, 2012);
- республиканской научно-практической конференции «Современные подходы к внутриматочной патологии» (Гомель, 2012);
- республиканском научно-практическом семинаре «Школа главного акушера-гинеколога» (Мозырь, 2013);
- республиканской научно-практической конференции «Современные подходы к хирургии тазового дна и тазовых органов» (Витебск, 2013).

Опубликованность результатов диссертации

По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, в том числе 4 статьи в рецензируемых научных журналах, соответствующих пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь объемом 2,84 авторских листа (113621 печатных знаков); 6 тезисов докладов и материалов научных конференций), 1 инструкция по применению, утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь, 1 патент «Способ эндоскопического лечения миомы матки с сопутствующей патологией эндометрия».

Без соавторов опубликовано 2 научных работы, из них 1 статья в рецензируемом журнале объемом 0,64 авторских листа (25479 печатных знака).

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 101 странице компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, библиографического списка, содержащего список использованных источников и список публикаций соискателя, приложений.

В диссертацию включено 33 таблицы, 6 рисунков, которые занимают 14 страниц. Библиографический список включает 235 источников (49 отечественных, 186 иностранных, 12 собственных публикаций соискателя) и занимает 19 страниц. Раздел «Приложения» содержит 5 приложений и занимает 27 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Для выявления медико-социальных факторов риска возникновения и развития миомы матки обследованы 156 пациентов позднего репродуктивного (36-44 лет) и перименопаузального (45-54 лет) возрастов, оперированных по поводу данной патологии в гинекологическом отделении УЗ «ВГКРД №2» и УЗ «Вторая ВОКБ» (основная группа). Контрольную группу составили 44 женщины, у которых достоверными методами исследования подтверждено отсутствие мио-

мы матки. Средний возраст пациентов основной группы составил $44,2 \pm 4,7$ года, контрольной группы - $43,1 \pm 5,5$ года.

С целью разработки показаний к выполнению раздельного диагностического выскабливания (РДВ) перед плановыми операциями по поводу миомы матки и определения распространенности гиперпластических процессов и рака эндометрия у пациентов с миомой матки нами проведен ретроспективный анализ 270 морфологических заключений эндометрия у пациентов, прооперированных по поводу миомы матки, а также анализ морфологических исследований эндометрия у 1946 женщин разных возрастных групп и с разными диагнозами, которым произведено РДВ.

Нами проведена адаптация и перевод на русский язык анкеты Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life (UFS-QOL) – Симптомы Миомы Матки и Качество Жизни. С использованием данной анкеты нами изучены симптомы ММ и КЖ у прооперированных по поводу миомы матки 111 пациентов (1 группа), средний возраст которых составил 44 (41;47) года и 20 пациентов без миомы матки по данным трансвагинального УЗИ (2 группа), средний возраст которых составил 39 (35;41,5) лет. Сопровождение процессов создания авторского опросника, проведения опроса, качественного анализа и интерпретации полученных данных проведено заведующей социально-педагогической и психологической службой УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» Михлюк В.И.

Эффективность лечения миомы матки методом лапароскопического клипирования маточных артерий (ЛКМА) и пересечения маточно-яичниковых сосудов (ПМЯС) с миомэктомией оценивали у 31 пациента на основании изучения основных параметров КЖ до выполнения операции ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией и через $27,0 \pm 8,6$ месяцев после оперативного вмешательства; по данным клинического обследования и УЗИ.

Метод комбинированного эндоскопического лечения миомы матки включал миомэктомию из различных доступов, дополненную резекцией эндометрия в случае сопутствующей патологии эндометрия и/или аденомиоза, после предварительного вскрытия забрюшинного пространства, клипирования маточных артерий, биполярной коагуляции и пересечения маточно-яичниковых сосудов в объеме одного оперативного вмешательства.

Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 7.0» для биологических исследований.

Результаты собственных исследований

С целью выявления **факторов риска развития** миомы матки у пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, изучены 156 историй болезни пациентов позднего репродуктивного (36-44 лет) и перименопаузального (45 лет и старше) возрастов, оперированных по поводу миомы матки (основная группа),

и 44 практически здоровых женщин позднего детородного и перименопаузального возраста, у которых в анамнезе отсутствовала миома матки (контрольная группа).

При изучении анамнеза пациентов основной и контрольной групп выявлены следующие особенности. Группы обследованных женщин статистически значимо не отличались по регулярности менструального цикла ($p > 0,05$). Дисменорея у пациентов основной группы встречалась в 2,1 раза реже, чем у пациентов контрольной группы – 19,2% (95% ДИ; 14-26%) и 40,9% (95% ДИ; 28-56%) соответственно, ($p = 0,003$). Изучение возраста начала половой жизни показало отсутствие статистически значимых различий ($p > 0,05$) между обследованными женщинами: $19,5 \pm 2,2$ года и $20,0 \pm 1,9$ лет соответственно.

При изучении репродуктивной функции выявлены следующие особенности. Пациенты сравниваемых групп не отличались по количеству родов ($p > 0,05$). Среди первородящих в основной группе преобладали женщины в возрасте до 23 лет – 66,0% (95% ДИ; 58-73,2%), что в 1,7 раза больше, чем в контрольной группе – 38,5% (95% ДИ; 24,9-54,1%), ($p = 0,001$). В основной группе первородящими в возрасте старше 23-х лет были 34,0% (95% ДИ; 26,8-42%) женщин, что в 1,8 раза меньше ($p = 0,003$), чем в контрольной группе – 61,5% (95% ДИ; 45,9-75,1) женщин. Средний возраст первых родов у пациентов основной группы был на 1,7 лет меньше, чем у пациентов контрольной группы: $22,0 \pm 2,9$ лет и $23,7 \pm 3,6$ лет соответственно ($p = 0,005$).

Прерывание беременности путем медицинского аборта или вакуум-аспирации встречалось у 80,1 % (95% ДИ; 73-86%) пациентов основной группы, что в 1,6 раза чаще ($p < 0,001$), чем у пациентов контрольной группы – 50% (95% ДИ; 36-64%) случаев. Количество пациентов, использующих ВМС, среди пациентов основной группы составило 63,5 % (95% ДИ; 56,3-71,4%), что в 1,8 раза больше ($p = 0,001$) по сравнению с контрольной группой – 36,4% (95% ДИ; 24,2-51,7%).

Изучение методов оперативного лечения патологии шейки матки показало, что диатермокоагуляцию использовали у 76,3 % (95% ДИ; 69,4-82,8%) пациентов основной группы, что в 1,5 раза чаще ($p < 0,001$), чем у пациентов контрольной группы – 50,3% (95% ДИ; 36,2-64,7%). Наличие в анамнезе трех инвазивных вмешательств – прерывание беременности, использование ВМС и диатермокоагуляция шейки матки встречалось в 46,8 % (95% ДИ; 39,1-54,6%) случаев у пациентов основной группы, что в 2,3 раза чаще ($p < 0,05$), чем у пациентов контрольной группы – 20,5% (95% ДИ; 10,9-34,7%).

Наличие миомы матки у матери отмечали 29% (95% ДИ; 23-37%) пациентов основной группы, что в 4,4 раза чаще ($p < 0,01$) по сравнению с пациентами контрольной группы – 7% (95% ДИ; 2-19%).

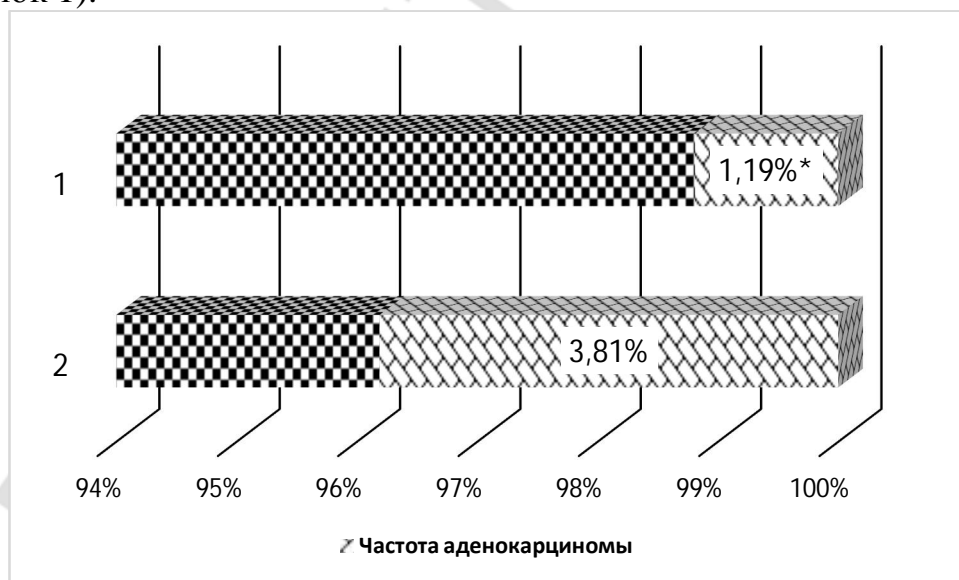
Пациенты сравниваемых групп не отличались по наличию экстрагенитальной патологии, средним значениям индекса Кетле и отношению окружно-

сти талии к окружности бедер. Регулярное повышение АД в анамнезе отмечали 25% (95% ДИ; 19-32%) пациентов основной группы, что в 10,9 раз чаще ($p < 0,001$), чем в контрольной группе - 2% (95% ДИ; 0-13%).

С целью выявления распространенности патологии эндометрия у пациенток с ММ, определения целесообразности выполнения им РДВ в плановом порядке и разработки показаний для проведения данной операции нами проведен ретроспективный анализ заключений морфологических исследований эндометрия, полученного у 1946 пациентов разного возраста при РДВ, выполненных по разным показаниям, и у 261 пациентки с ММ при РДВ перед операцией и при биопсийном исследовании операционного материала

Аденокарцинома эндометрия диагностируется в постменопаузальном периоде у 7,06% (95% ДИ; 5,38-14,79%) женщин, что в 4,2 раза чаще ($p < 0,001$) по сравнению с пременопаузальным периодом - 1,68% (95% ДИ; 0,69-2,21%). Гиперплазия эндометрия (ГЭ) без атипии в возрасте старше 55 лет выявлена в 2,17% (95% ДИ; 0,59-5,57%) случаев, что в 6,6 раз реже ($p < 0,001$), чем в пременопаузальном возрасте - 14,21% (95% ДИ; 5,38-14,79%), в 5 раз реже, чем в возрасте 36-44 лет ($p < 0,001$), в 7 раз реже, чем в возрасте до 36 лет ($p < 0,001$). Выявляемость ГЭ с атипией практически одинакова во всех возрастных группах и не имеет статистически значимых различий ($p > 0,05$).

У женщин при направлении на РДВ с основным диагнозом ММ аденокарцинома эндометрия диагностируется в 1,19% (95% ДИ; 0,32-3,05%) случаев, что в 3,2 раза реже ($p = 0,009$), чем у женщин при направлении на РДВ с диагнозами полип эндометрия, гиперплазия эндометрия, ДМК (независимо от наличия миомы матки как сопутствующего заболевания) - 3,81% (95% ДИ; 2,49-5,59%) (рисунок 1).



1 – пациентки с миомой матки; 2 – пациентки без миомы матки; * - статистически значимые различия в сравнении с пациентками без миомы матки

Рисунок 1 – Распространенность аденокарциномы эндометрия у женщин с миомой матки

У женщин без ММ в возрасте 36-44 лет гиперплазия эндометрия выявлялась в 1,7 раза чаще, чем у женщин с ММ ($p=0,022$), в возрасте 45-55 лет - в 1,8 раза чаще ($p=0,001$). В возрасте старше 55 лет гиперплазии эндометрия одинаково часто встречалась у пациенток с ММ и без ММ. В возрасте до 36 лет у женщин с ММ случаев гиперплазии эндометрия не было. Полученные результаты доказывают, что наличие ММ без нарушения менструальной функции не должно быть абсолютным показанием для РДВ перед плановыми операциями по поводу миомы матки.

Результаты гистологического исследования материала, полученного из цервикального канала у пациенток с миомой матки при плановом предоперационном обследовании, свидетельствуют о его низкой информативности для оценки состояния шейки матки, в то время как заключения гистологического исследования макропрепарата удаленной во время операции матки подтверждают факт высокой распространенности патологии шейки матки.

Используя адаптированный нами опросник, мы изучили наличие симптомов ММ и КЖ у 111 пациентов до операции, которым в последующем были выполнены различные оперативные вмешательства - экстирпация матки (ЭМ), гистерорезектоскопия (ГРС), ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией - (1 группа) и у 20 пациентов без миомы матки (2 группа).

КЖ у пациентов, прооперированных по поводу ММ, по сравнению с пациентами без ММ статистически значимо снижено по всем критериям: беспокойство - в 1,4 раза ($p<0,001$), активность - в 1,4 раза ($p<0,001$), энергия/настроение - в 1,3 раза ($p<0,001$), контроль - в 1,5 раза ($p<0,001$), озабоченность - в 1,2 раза ($p<0,001$), сексуальная функция - в 1,3 раза ($p<0,001$), интегральный показатель - в 1,4 раза ($p<0,001$). Так же пациенты сравниваемых групп статистически значимо отличались по симптомам миомы матки ($p<0,001$). Полученные данные свидетельствуют о снижении КЖ под влиянием симптомов ММ у пациентов, которым были выполнены оперативные вмешательства. Тяжесть симптомов ММ и КЖ при данной патологии не зависят от возраста пациентов.

Для повышения **эффективности хирургической помощи пациентам с миомой матки** нами разработан и внедрен метод, основанный на окклюзии маточных сосудов, что позволяет выполнять любые сочетанные операции на матке одномоментно при любой доброкачественной патологии эндометрия с целью сохранения органа и уменьшения частоты рецидивов

Предлагаемый нами метод оперативного лечения ММ - лапароскопическое клипирование маточных артерий, коагуляции с последующим пересечением маточно-яичниковых сосудов и миомэктомией является органосохраняющим и альтернативным гистерэктомии у пациентов с величиной матки до 12 недель, которые хотят сохранить матку. По предложенной нами методике выполнено комбинированное эндоскопическое хирургическое лечение у 40 пациентов с миомой матки.

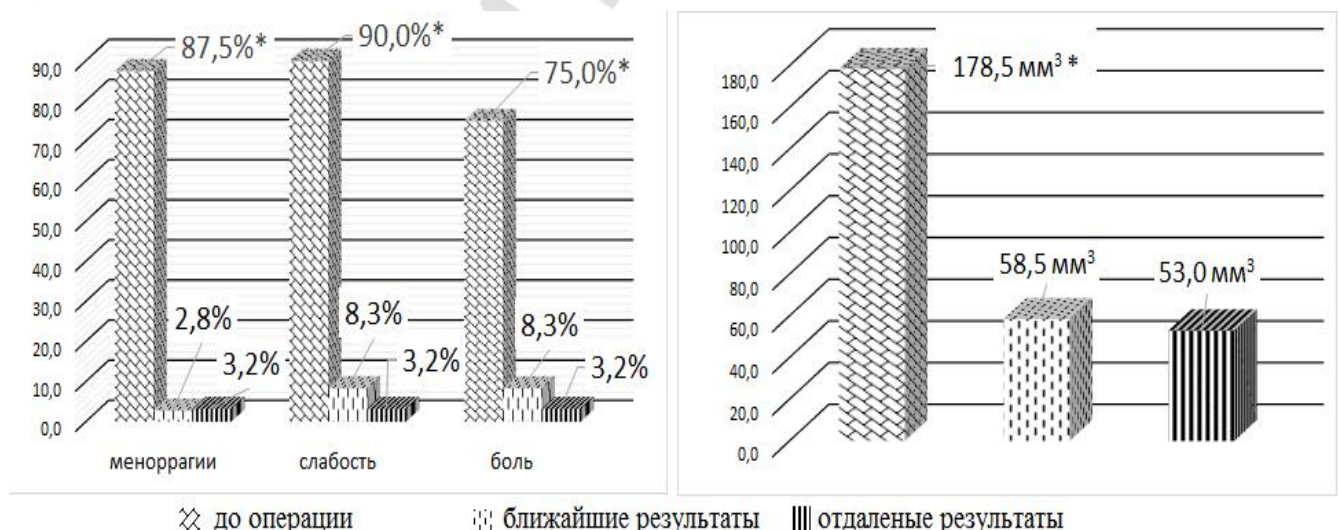
Средний возраст пациентов составил 43 (41;46) года, средний уровень гемоглобина перед операцией - 117,5 (99;125,5) г/л, величина матки при влагалищном исследовании перед операцией - 8 (7;11) недель, размер доминантного узла по данным УЗИ - 50,5 (36,5;58,5) мм, объем матки - 178,5 (132,5;262,5) мм³. Общее количество узлов варьировало от 1 до 17. У 13 (32,5%) пациентов выявлен 1 узел, у 15 (37,5 %) - 2-3 узла, у 12 (30,0%) - 4 узла и больше.

ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией выполнена у всех пациентов, при этом в сочетании с лапароскопической миомэктомией или мини-лапаротомией у 14 (35,0%) пациентов; в сочетании только с гистерорезектоскопической миомэктомией - у 13(32,5%) пациентов; в сочетании с лапароскопической миомэктомией и гистерорезектоскопической миомэктомией выполненных одновременно – у 13 (32,5%) пациентов. У 4 (10,0%) пациентов выполнена одновременно гистерорезектоскопическая миомэктомия, лапароскопическая миомэктомия и резекция эндометрия.

Средняя продолжительность операции составила 140 (122,5;177,5) мин, средний уровень гемоглобина после операции - 111,0 (99;119,5) г/л. Длительность пребывания в стационаре составила 4,9±1,3 койко-дня. Все пациенты выписаны домой без жалоб в удовлетворительном состоянии.

Нами проведен сравнительный анализ жалоб пациентов, объема матки, установленного при УЗИ; симптомов ММ и показателей КЖ до и после операции ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией через 4,1±1,5 месяца и через 27,0±8,6 месяцев.

Данные, отражающие динамику жалоб и объема матки, представлены на рисунке 2.



* - статистически значимые различия в сравнении с пациентками после операции (p<0,05)

1 – динамика жалоб после операции; 2 – динамика объема матки после операции

(ближайшие результаты – через 4,1±1,5 мес, отдаленные результаты – через 27,0±8,6 мес)

Рисунок 2 – Динамика жалоб и объема матки после хирургического лечения

Как видно из данных, представленных на рисунке 2, жалобы на меноррагии спустя $4,1 \pm 1,5$ месяца после операции предъявлял 1 (2, 8%) пациент, на слабость - 3 (8,3%) пациента; на незначительные боли внизу живота во время месячных, не требующие применения анальгетиков, - 3 (8,3%) пациента. В отдаленном после операции периоде жалобы на меноррагии предъявлял 1 (3,2%) пациент, жалобы на слабость - 2 (6,4%) пациента, боли внизу живота - 1 (3,2%) пациент.

Через $4,1 \pm 1,5$ месяца после операции объем матки уменьшился на 65,5% с 178,5 (132,5;262,5) мм³ до 58,5 (50,0;83,5) мм³ ($p < 0,05$). Объем матки через $27 \pm 8,6$ месяцев после ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией составил 53 (37;74) мм³ и уменьшился в среднем на 70% ($p < 0,05$). При влагалищном исследовании величина матки соответствовала нормальным размерам у всех пациенток. Рецидива ММ, требующего повторной миомэктомии, не было выявлено.

Сравнительный анализ симптомов ММ и показателей КЖ с использованием анкеты Симптомы Миомы Матки и Качество Жизни до операции и через $27,0 \pm 8,6$ месяцев после операции ЛКМА с ПМЯС и миомэктомией показал следующее: средний показатель симптомов миомы у обследуемых женщин составил 15,63 (9,38;25,0), что в 3 раза меньше, чем до операции ($p < 0,001$), а интегральный показатель состояния здоровья и КЖ составил 93,1 (75,86;98,28), что в 1,5 раза выше, чем до операции ($p < 0,001$).

Для доказательства благоприятного влияния оперативного лечения методом ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией на восстановление КЖ пациентов нами проведен сравнительный анализ симптомов ММ и показателей КЖ с использованием адаптированной анкеты «Симптомы Миомы Матки и Качество Жизни» у 31 пациента спустя $27 \pm 8,6$ месяцев после операции ЛКМА с ПМЯС в сочетании с миомэктомией и у 20 здоровых женщин без ММ. Установлено, что показатель тяжести симптомов у пациентов с ММ после операции ЛКМА с ПМЯС в сочетании с миомэктомией - 15,63 (9,38;25), статистически значимо не отличался от показателя тяжести симптомов у женщин без миомы матки - 21,8 (10,9;28,1) ($p > 0,05$). После операции ЛКМА с ПМЯС в сочетании с миомэктомией отмечено значительное улучшение по всем параметрам КЖ. Интегральный показатель КЖ после операции - 93,1 (75,86;98,28) статистически не отличался от интегрального показателя у пациенток без ММ - 87,5 (76,3;91,8) ($p > 0,05$).

Пациенты были так же опрошены на предмет удовлетворенности от проведенного хирургического лечения - ЛКМА с ПМЯС в сочетании с миомэктомией. Пациентки ответили на 3 вопроса: 1 - «Как Ваше состояние здоровья в сравнении с общим состоянием здоровья до операции?»; 2 - «Какой эффект операция оказала на симптомы заболевания?»; 3 - «Насколько Вы удовлетворены результатом операции?».

После операции ЛКМА с ПМЯС в сочетании с миомэктомией на вопрос «Как Ваше состояние здоровья в сравнении с общим состоянием здоровья до операции?» ответили: намного лучше – 23 (74,2%) пациента, лучше - 6 (19,4%) пациентов, без изменений - 2 (6,4%) пациента. Вариантов ответов: хуже и намного хуже не было. На вопрос: «Какой эффект операция оказала на симптомы заболевания?» ответили: приемлемое улучшение – 17 (54,8%) пациентов, излечение – 13 (42%) пациентов, недостаточное улучшение – 1 (3,2%) пациент. Вариант ответа – «нет эффекта» - не зарегистрирован. На вопрос: «Насколько Вы удовлетворены результатом операции?» ответили: очень удовлетворен – 25 (80,6%) пациентов, умеренно удовлетворен – 6 (19,4%). Вариант ответа – «не удовлетворён» и «очень неудовлетворён» - не зарегистрирован.

Таким образом, внедрение ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией стало основой дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства у пациентов с миомой матки в зависимости от размера матки, локализации и размера ведущего узла, количества узлов и возраста пациента (рисунок 3). Рассчитанная нами экономическая эффективность применения ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией и/или резекцией эндометрия, определяемая как удельная экономия от сокращения сроков госпитализации в гинекологическом отделении, составила 1303,4 млн. руб.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Наиболее вероятными причинами развития и оперативного лечения миомы матки в позднем детородном и перименопаузальном периодах являются: ранний возраст первых родов – $22,0 \pm 2,9$ лет, прерывание беременности путем медицинского аборта или вакуум-аспирации (80,1%), лечение патологии шейки матки с использованием диатермокоагуляции (76,3%), применение с целью контрацепции ВМС (63,5%), наличие у одного пациента 3 инвазивных манипуляций на матке (46,8%), миома матки у матери пациента (29,0%); регулярное или периодическое повышение АД в анамнезе (53,9%) [4, 8].

2. С целью усовершенствования обследования женщин с субмукозной и интрамуральной миомой матки в позднем репродуктивном и перименопаузальном возрастах перед плановыми операциями комплекс диагностических мероприятий не всегда должен включать проведение РДВ и гистероскопии, так как морфологическими особенностями эндометрия у данных пациентов являются низкая распространённость аденокарциномы (1,59%) и гиперпластических процессов эндометрия без атипии в возрасте 55 и старше лет (2,2%); высокая частота варианта нормы (эндометрий фазы пролиферации и фазы секреции в 35,3% и в 34,9% случаев соответственно). Однако, абсолютными показаниями для гистологической оценки эндометрия должны оставаться нарушение менструальной функции по типу олиго- или аменореи у пациенток с СПКЯ и ожире-

нием; ациклические маточные кровотечения в позднем детородном и перименопаузальном возрастах ввиду высокого риска развития аденокарциномы и гиперплазии эндометрия с атипией [1, 2, 5].

3. Качество жизни у пациентов с миомой матки по сравнению с пациентами без ММ статистически значимо снижено по всем критериям: беспокойство - в 1,4 раза ($p < 0,001$), активность - в 1,4 раза ($p < 0,001$), энергия/настроение - в 1,3 раза ($p < 0,001$), контроль - в 1,5 раза ($p < 0,001$), озабоченность - в 1,2 раза ($p < 0,001$), сексуальная функция - в 1,3 раза ($p < 0,001$), интегральный показатель - в 1,4 раза ($p < 0,001$). Полученные показатели свидетельствуют о снижении КЖ под влиянием симптомов миомы матки у пациентов, которым были выполнены оперативные вмешательства (экстирпация матки, ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией, ГРС с удалением субмукозного узла) [4, 7].

4. Пациенты, которым выполнена операция ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией по сравнению с пациентами, которым выполнена экстирпация матки, существенно не отличаются по симптомам миомы матки и критериям КЖ, несмотря на статистически значимые различия между размером матки при влагалищном исследовании, размером доминантного узла и объемом матки: у женщин, которым выполнена экстирпация матки, данные параметры были соответственно в 1,8 раза больше ($p < 0,001$), в 1,4 раза больше ($p < 0,001$) и в 2,8 раза больше ($p < 0,001$) по сравнению с пациентками, которым выполнена ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией. Основным критерием, влияющим на изменения состояния здоровья женщин, является локализация узла (субмукозный или интрамурально-субсерозный), что обуславливает наличие основных жалоб у пациенток и оказывает влияние на определенные аспекты КЖ (беспокойство, сексуальная функция) [6, 10].

5. Адаптированный и примененный вариант опросника на основе анкеты «Симптомы Миомы Матки и Качество Жизни» может применяться для изучения симптомов миомы матки и КЖ, а так же для оценки эффективности органосохраняющих операций на матке, так как является достаточно достоверным способом качественной оценки параметров качества жизни пациентов с миомой матки и позволяет: сократить сроки диагностических процедур; совершенствовать сбор и фиксацию данных о пациентах в историях болезни; улучшить понимание самим пациентом своего состояния и жизненных проблем; улучшить контроль за динамикой состояния больного; развивать терапевтические методы, дающие максимальный вклад в улучшение качества жизни [4].

6. Комбинированное эндоскопическое лечение миомы матки с лапароскопическим клипированием маточных артерий и пересечением маточно-яичниковых сосудов в сочетании с миомэктомией является высокоэффективным, малотравматичным и органосохраняющим методом лечения миомы матки, приводящим в течение первых 4-х месяцев после операции к устранению или уменьшению проявлений основных симптомов миомы матки; к уменьше-

нию объема матки на 65,5% через 3-4 месяца и на 70,0% - через 27,0±8,6 месяцев; позволяющим в условиях одного хирургического вмешательства совместить несколько эндоскопических операций из различных доступов, удалить труднодоступные и большие по размеру узлы; обеспечить сокращение продолжительности послеоперационного койко-дня до 4,9±1,3 койко-дня и восстановление активной деятельности в течение первых суток послеоперационного периода [3].

7. У пациентов с подслизистой миомой матки операцию ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией необходимо рассматривать в качестве альтернативного метода хирургического органосохраняющего лечения при следующей патологии матки: интрамуральные или интрамурально-субсерозные узлы различных размеров деформирующие полость матки с симптомным течением, субмукозные узлы G-1 или G-2 больших размеров (4-7 см), а так же наличие 2-х и более узлов меньшего размера данного типа; субмукозные узлы миомы G-0 или G-1 или G-2 в сочетании с узлами другой локализации (интрамуральные, интрамурально-субсерозные узлы) или сопутствующими гиперпластическими процессами эндометрия и/или различными формами аденомиоза [3, 11, 12].

8. Эффективность данного метода подтверждена высокой субъективной оценкой самих пациентов своего состояния здоровья через 2,5 года после операции - высокой удовлетворенностью (на вопрос «Насколько Вы удовлетворены результатом операции?» – 80,6% пациентов ответили «очень удовлетворен»); регрессом и/или стабилизацией роста опухоли в течение 12-24 месяцев после операции, отсутствием рецидивов заболевания [4].

9. Дифференцированный подход к хирургическому лечению пациентов с доброкачественной патологией матки, основанный на применении новых органосберегающих технологий, позволяет улучшить показатели их качества жизни в послеоперационном периоде: симптомы миомы в 3 раза ниже ($p < 0,001$); «беспокойство» – в 1,8 раза выше ($p < 0,001$); «активность» – в 1,8 раза выше ($p < 0,001$); «сексуальная функция» – в 1,6 раза выше ($p = 0,002$); интегральный показатель состояния здоровья и качества жизни - в 1,5 раза выше, чем до операции ($p < 0,001$) [4, 7].

Рекомендации по практическому использованию результатов

С целью повышения эффективности медицинской помощи и улучшения результатов органосохраняющего лечения женщин с миомой матки мы предлагаем дифференцированную тактику ведения пациентов с данной патологией.

1. Комплекс диагностических мероприятий при обследовании пациентов с субмукозной, интрамуральной миомой матки перед плановыми операциями не требует проведения РДВ и ГС. Достаточно выполнения амбулаторно пайпель-биопсии эндометрия и мазка на ОЦ из шейки матки. Показанием для морфологической оценки эндометрия методом РДВ перед оперативным лечением

ММ, в том числе методом ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией, является нарушение менструальной функции по типу олигоменореи или аменореи у пациентов с СПКЯ и ожирением; ациклические маточные кровотечения в позднем детородном и перименопаузальном возрастах.

2. Разработанный нами вариант опросника на основе анкеты «Симптомы Миомы Матки и Качество Жизни» может применяться для изучения симптомов миомы матки и КЖ у пациентов с миомой матки, дифференцированного выбора метода и объема хирургического лечения миомы матки, оценки эффективности различных видов оперативных вмешательств.

3. У пациентов с подслизистой миомой матки размерами до 12 недель беременности операцию ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией необходимо рассматривать в качестве альтернативного метода хирургического лечения, который в сравнении с радикальными операциями отличается органосберегающим характером, меньшей травматичностью и высокой эффективностью.

4. Дифференцированный подход к хирургическому лечению пациентов с доброкачественной патологией матки, основанный на применении новых органосберегающих технологий, осуществляется с учетом возраста женщины, ее преморбидного фона, типа миоматозного узла, количества узлов, величины матки.

5. Предлагаемый метод хирургического лечения миомы матки позволяет в условиях одного хирургического вмешательства совместить несколько эндоскопических операций из различных доступов, удалить труднодоступные, а так же большие по размеру интрамуральные или субмукозные миоматозные узлы; одномоментно большое количество интрамуральных и субмукозных миоматозных узлов с минимальной кровопотерей на фоне анемии различной степени тяжести. При использовании данного метода не требуется длительной госпитализации пациенток, применения гормональной терапии до и после операции.

Показаниями к операции ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией являются:

- интрамуральные или интрамурально-субсерозные узлы различных размеров деформирующие полость матки с симптомным течением,
- субмукозные узлы G-1 или G-2 больших размеров (4-7 см), а так же наличие 2-х и более узлов меньшего размера данного типа;
- субмукозные узлы миомы G-0 или G-1 или G-2 в сочетании с узлами другой локализации (интрамуральные, интрамурально-субсерозные узлы) или сопутствующими гиперпластическими процессами эндометрия и/или различными формами аденомиоза.

Список публикаций соискателя

Статьи в научных изданиях для опубликования диссертационных исследований

1. Кичигин, О. В. Частота гиперпластических процессов эндометрия у пациенток с лейомиомой матки / О. В. Кичигин // Охрана материнства и детства. – 2010. – №1 (15). – С. 32–36.
2. Кичигин, О.В. Клинико-эпидемиологические аспекты аденокарциномы и гиперплазии эндометрия у больных с миомой матки / О. В. Кичигин, И. М. Арестова, Ю. В. Занько // Охрана материнства и детства. – 2010. – №2 (16). – С. 16–20.
3. Кичигин, О. В. Комбинированное эндоскопическое хирургическое лечение миомы матки / О. В. Кичигин, И. М. Арестова, Ю. В. Занько // Репродуктивное здоровье. – 2011. – №4 (16). – С. 18–28.
4. Кичигин, О. В. Факторы риска развития миомы матки и качество жизни пациенток, оперированных по поводу миомы матки / О. В. Кичигин, И. М. Арестова, Ю. В. Занько // Охрана материнства и детства. – 2013. – №2 (22). – С. 36–41.

Материалы конференций, съездов, симпозиумов

5. Кичигин, О. В. Анализ заболеваемости лейомиомой матки / О. В. Кичигин И. М. Арестова, Ю. В. Занько // Здоровье и образование в XXI веке: материалы IX Междунар. науч.-практ. конф., Москва, 8-10 декабря 2008 г. / М-во образования и науки Рос. Федерации, РУДН, СОМВОЗ, Совет деканов мед. факультетов ГУ Рос. Федерации; редкол.: В. А. Фролов [и др.]. – Москва: РУДН, 2008. – С. 271-272.
6. Кичигин, О. В. Эндоскопическое лечение гиперпластических процессов матки / О. В. Кичигин, И. М. Арестова // Достижения фундаментальной, клин. мед. и фармации: матер. 63-ей научной сессии университета, Витебск, 26-27.03.2008 г. / Вит. гос. мед.ун-т; редкол.: А. П. Солодков [и др.]. – Витебск: ВГМУ, 2008. – С. 256–259.
7. Кичигин, О. В. Качество жизни пациенток с субмукозной миомой матки / О. В. Кичигин, И. М. Арестова // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: матер. 65 юбилейной научной сессии университета, Витебск, 24-25 марта 2010 г. / Вит. гос. мед.ун-т; редкол.: В. П. Дейкало [и др.]. – Витебск: ВГМУ, 2010. – С. 274–275.
8. Кичигин, О. В. Особенности состояния соматического и репродуктивного здоровья женщин, оперированных по поводу миомы матки / О. В. Кичигин // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: матер. 66

научной сессия университета, Витебск, 27-28 января 2011 г. / Вит. гос. мед.ун-т; редкол.: В. П. Дейкало [и др.]. – Витебск: ВГМУ, 2011. – С. 68-69.

9. Кичигин, О. В. Субмукозная миома матки в раннем репродуктивном периоде/ О. В. Кичигин, И. М. Арестова, Ю. В. Занько // Научные труды 6 Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения». – Санкт-Петербург: СППУ, 2011. – С.55-56.

10. Арестова, И.М. Эндоскопическое хирургическое лечение субмукозной миомы матки / И. М. Арестова, О. В. Кичигин, Ю. В. Занько // Збірник наукових праць Української військово – медичної академії «Проблеми військової охорони здоров'я». – Київ - 2012. – С.375-381.

Инструкции по применению

11. Способ комбинированного эндоскопического лечения миомы матки, №144-1211: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 16.02.12 / О. В. Кичигин, И. М. Арестова, Ю. В. Занько; разработчик Витебский гос. мед.ун-т. – Витебск: ВГМУ, 2011. – 7 с.

Патент

12. Способ эндоскопического лечения миомы матки с сопутствующей патологией эндометрия: пат. Респ. Беларусь, МПК А 61 В17/42, А 61 В 17/94 / О. В. Кичигин, И. М. Арестова, Ю. В. Занько; заявитель Витеб. гос. мед.ун-т. – № а 20110670 : заявл. 14.05.11; опубл. 07.03.2014.

РЭЗЮМЭ

Кічыгін Алэг Уладзіміравіч

Аптымiзацыя медыцынскай дапамогі пацыенткам з мiёмай маткі ў познім рэпрадуктыўным і перыменопаузальным перыядах

Ключавыя словы: мiёма маткі, якасць жыцця, мiёмамэктамія, гіперплазія эндаметрыя, аператыўнае лячэнне.

Мэта даследавання: павышэнне эфектыўнасці медыцынскай дапамогі і паляпшэнне вынікаў хiрургiчнага лячэння жанчын з мiёмай маткі на падставе распрацоўкі і ўкаранення новага арганозахоўваючага эндахiрургiчнага метаду з кліпiраваннем матачных артэрыі і перасячэннем матачна-яечнікавых сасудаў з мiёмэктаміяй.

Метады даследавання: марфалагiчны, ультрагукавы, хiрургiчны, статыстычны.

Атрыманыя вынікі, іх навізна і ступень выкарыстання: выявіліся фактары рызыкі развіцця і аператыўнага лячэння мiёмы маткі ў познім дзетародным і перыменапаузальным узростах, праведзена ацэнка распаўсюджанасці адэнакарцыномы і гіперплазіі эндаметрыя ў пацыентаў хворых на мiёму маткі, распрацаваны паказанні для выканання паасобнага дыягнастычнага выскрабання ў пацыентаў хворых на мiёму маткі перад планавым аператыўным лячэннем. Адаптаваны і ужыты варыянт апытальніка на аснове анкеты «Сiмтомы мiёмы маткі і Якасць Жыцця» можа прымяняцца для вывучэння сiмптомаў мiёмы маткі і якасці жыцця, а гэтак жа для ацэнкі эфектыўнасці арганозахоўваючых аперацый на матке, так як з'яўляецца досыць пэўным спосабам якаснай ацэнкі параметраў якасці жыцця пацыентаў з мiёмай маткі. Устаноўлена, што асноўным крытэрыем, якія ўплываюць на змены стану здароўя жанчын, з'яўляецца лакалізацыя вузла (субмукозная або інтрамуральна-субсярозная), што абумоўлівае наяўнасць асноўных скаргаў у пацыентаў і аказвае ўплыў на вызначальныя аспекты якасці жыцця (неспакой, сэксуальная функцыя). Распрацаваны і ўкаранены новы метады арганозахоўваючага хiрургiчнага лячэння - ЛКМА і ПМЯС з мiёмэктаміяй і / або рэзекцыяй эндаметрыя, што дазваляе выкарыстоўваць дыферэнцыраваны падыход да выбару метаду аператыўнага ўмяшання ў пацыентаў з мiёмай маткі ў залежнасці ад памеру маткі, лакалізацыі і памеру вядучага вузла, колькасці вузлоў і ўзросту пацыента.

Вобласць прымянення: акушэрства і гiнекалогія.

РЕЗЮМЕ

Кичигин Олег Владимирович

Оптимизация медицинской помощи пациенткам с миомой матки в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах

Ключевые слова: миома матки, качество жизни, миомэктомия, гиперплазия эндометрия, оперативное лечение.

Цель исследования: повышение эффективности медицинской помощи и улучшение результатов хирургического лечения женщин с миомой матки на основании разработки и внедрения нового органосохраняющего эндохирургического метода с клипированием маточных артерий и пересечением маточно-яичниковых сосудов с миомэктомией.

Методы исследования: морфологический, ультразвуковой, хирургический, статистический.

Полученные результаты, их новизна и степень использования: выявлены факторы риска развития и оперативного лечения миомы матки в позднем детородном и перименопаузальных возрастах, проведена оценка распространенности аденокарциномы и гиперплазии эндометрия у пациентов с миомой матки, разработаны показания для выполнения отдельного диагностического выскабливания у пациентов с миомой матки перед плановым оперативным лечением. Адаптированный и примененный вариант опросника на основе анкеты «Симптомы Миомы Матки и Качество Жизни» может применяться для изучения симптомов миомы матки и КЖ, а так же для оценки эффективности органосохраняющих операций на матке, так как является достаточно достоверным способом качественной оценки параметров качества жизни пациентов с миомой матки. Установлено, что основным критерием, влияющим на изменения состояния здоровья женщин, является локализация узла (субмукозный или интрамурально-субсерозный), что обуславливает наличие основных жалоб у пациентов и оказывает влияние на определенные аспекты КЖ (беспокойство, сексуальная функция). Разработан и внедрен новый метод органосохраняющего хирургического лечения - ЛКМА и ПМЯС с миомэктомией и/или резекцией эндометрия, что позволяет использовать дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства у пациентов с миомой матки в зависимости от размера матки, локализации и размера ведущего узла, количества узлов и возраста пациента.

Область применения: акушерство и гинекология.

SUMMARY

Kichyhin Aleh Vladimirovich

Optimization of medical care of patients with uterine myoma in later reproductive and perimenopausal periods

Keywords: uterine myoma, quality of life, myomectomy, endometrial hyperplasia, operative treatment.

The aim of the study: improving the efficiency of medical care and the results of surgical treatment of women with uterine myoma on the basis of the development and implementation of the new organ-preserving endosurgical method with clipping of uterine arteries and the intersection of the utero-ovarian vessels with myomectomy.

Methods: morphological, ultrasonic, surgical, statistical.

Results of research and their scientific novelty: risk factors and the surgical treatment of uterine myoma in later reproductive and perimenopausal periods were identified, incidence of endometrial hyperplasia and adenocarcinoma in patients with uterine myoma were evaluated, indications for separate diagnostic curettage before planned surgical treatment in patients with uterine myoma were developed.

Adapted and applied version of the questionnaire based on the questionnaire "Symptoms of uterine myoma and the Quality of Life" can be applied to study the symptoms of uterine myoma and quality of life, as well as to evaluate the effectiveness of the organ-preserving operations on the uterus, because it is a fairly good way to estimate the parameters of quality of life of patients with uterine myoma. It was established that the main criterion influencing on changes of the health status of women is the localization of the node (submucous or intramural-subserous), that causes the presence of the main complaints in patients and has an impact on certain aspects of quality of life (anxiety, sexual function).

The new organ-preserving method of surgical treatment was developed and implemented – laparoscopic clipping of uterine arteries and intersection of the utero-ovarian vessels with myomectomy and / or resection of the endometrium, that allows to use a differentiated approach to the choice of the method of surgical intervention in patients with uterine myoma depending on the size of the uterus, the localization and the size of the node, the number of nodes and the age of the patient.

Field of application: obstetrics and gynecology.

**КИЧИГИН
ОЛЕГ ВЛАДИМИРОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТ-
КАМ С МИОМОЙ МАТКИ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ
И ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология

Подписано в печать 17.11.2014 Формат 64×84 1/16

Бумага типографская №2. Гарнитура Times New Roman/Усл. печ. л. 1,34

Тираж 60 экз. Заказ №

Издательство УО «Витебский государственный медицинский университет»

Лицензия ЛП №02330/453 от 30.12.2013

Отпечатано на ризографе УО «Витебский государственный медицинский
университет»

210023, г. Витебск, пр-т Фрунзе, 27