

БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Budchenko M. A.

*post-graduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology №1
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education*

TREATMENT OF MATERNAL LEIOMIOMES IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE PLANES

Будченко Марина Анатоліївна

*аспірант кафедри акушерства та гінекології №1
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК З РЕПРОДУКТИВНИМИ ПЛАНАМИ

Summary. The paper presents the data on uterine leiomyoma incidence, pathogenesis, and modern surgical treatment of uterine leiomyoma in women of reproductive age. It is focused on the clinical investigations, efficiency of complex surgical treatment of uterine leiomyoma using up-to-date electrosurgical techniques and medications. The further study of the suggested complex treatment techniques will improve the surgical treatment of uterine leiomyoma in women of reproductive age. Implementing the complex of organizational measures, up-to-date prevention medications and organ-preserving surgeries into practice will allow reducing a number of hysterectomy procedures in women of reproductive age, thus improving women's quality of life.

Анотація. У статті представлені дані щодо частоти, патогенезу, сучасних методів хірургічного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку. Проведене клінічне дослідження визначило ефективність комплексної методики хірургічного лікування лейоміоми матки з використанням сучасних медикаментозних засобів та технічного супроводу. Продовження досліджень, запропонованої нами методики, дозволить підвищити ефективність хірургічного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку. Впровадження в практичну діяльність комплексу організаційних заходів, сучасної медикаментозної профілактики та органозберігаючих методів хірургічного лікування дозволить знизити кількість гістеректомій у жінок репродуктивного віку, що приведе до покращення якості життя жіночого населення.

Key words: *uterine leiomyoma, reproductive age, conservative myomectomy, synthetic analogue of vasopressin, polyfunctional anti-adhesion solution, argon plasma coagulation.*

Ключові слова: *лейоміома матки, репродуктивний вік, консервативна міомектомія, синтетичний аналог вазопресину, поліфункціональний антиспайковий розчин, аргонплазмова коагуляція.*

Постановка проблеми. Лейоміома матки у жінок репродуктивного віку продовжує бути однією з найактуальніших проблем сучасної гінекології та привертає увагу як наукових дослідників, так і практикуючих гінекологів. Постійна зацікавленість цією проблемою обумовлена високою частотою лейоміоми матки серед причин безпліддя, маткових кровотеч та інших ускладнень, які супроводжуються вираженою анемією [1,4,9].

Лейоміома матки — це доброякісна гормонозалежна пухлина, яка розвивається з клітин міометрію. У більшості жінок захворювання проявляється у віці після 35 років. Останнім часом відзначається стійка тенденція до омолодження захворювання. Нерідко лейоміома виявляється у молодих жінок, в тому числі під час вагітності [2,6,9,11].

У структурі гінекологічної захворюваності лейоміома матки посідає друге місце після запальних процесів і її частота становить від 20 до 50%. Останні роки медичну спільноту хвилює зростання цієї патології серед жінок репродуктивного віку (13–27 %). На актуальність клінічної проблеми вказує те, що в даний час з приводу міоми матки виконують до 70%

хірургічних втручань у гінекологічних стаціонарах [3,4,7,12,13].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У результаті багаторічного вивчення клініки, патогенезу, гормонального і імунного статусів хворих на міому матки, різноманітних методів консервативного лікування її прийнято вважати гормонозалежною гіпертрофією і гіперплазією міометрію, так як вона виникає і прогресує у жінок репродуктивного віку за високої гормональної активності яєчників, і нерідко регресує після настання менопаузи, коли різко знижується рівень статевих гормонів [4,6,7,10].

Лейоміому матки відносять до групи мезенхімальних пухлин і вона є продуктом осередкової проліферації, яка виникає в тій чи іншій ділянці камбіального сполучнотканинного каркаса матки [3]. Найбільш імовірним джерелом лейоміоми матки є периадвентціальна тканина, яка містить найменш диференційовані клітини з вираженою потенцією до диференціювання в фібро- і міобласти, перичити і, можливо, дедиференціюючі за регенерації судинної стінки міоцити інтими дрібних судин за практично повної відсутності контролю холінергічної та адренергічної нервової системи за процесами осередкової проліферації [5].

З іншого боку, міому матки розглядають як результат патологічної регенерації пошкодженого міометрія, ризик яких вище у жінок дітородного віку (внутрішньоматкові втручання, статеві інфекції). Статеві гормони регулюють ріст міоми матки: встановлено, що в лейоматозних вузлах міститься в 2 рази більше естрогенових рецепторів, а прогестеронових в 3 рази в порівнянні з навколишнім міометрієм. Отже, обидві групи жіночих статевих гормонів можуть відігравати суттєву роль у зростанні лейоматозних вузлів [6,7,10,11,12].

Роль лейоміоми матки в розвитку безпліддя та невиношування вагітності досі не визначена, оскільки відомі численні випадки вагітності з благополучним результатом за множинної лейоміоми матки, навіть великих розмірів. Проте, частота первинного безпліддя у хворих на лейоміому матки становить 18–24 %, вторинного – 25–56 %, а 15–22 % жінок на тлі лейоміоми матки страждають на звичне невиношування вагітності, тобто в 2–3 рази частіше ніж жінки без лейоміоми [4,13].

Крім того, в патогенезі лейоміоми матки грають певну роль зміни імунологічної реактивності організму та спадкова схильність, особливо за наявності хронічних вогнищ інфекції, гемодинамічних порушень малого таза, які можуть призводити до гіпоксії [2,4,6,7].

У 60% жінок перебіг захворювання є безсимптомним. А в 40% пацієнтки відмічають порушення менструального циклу, появу нерегулярних кровотеч. Лейоміома великих розмірів здавлює сусідні органи, призводячи до порушення сечовипускання і дефекації. Характерно виникнення хронічного тазового болю. У частини жінок єдиним симптомом є безпліддя [1,3,5,7,8].

Діагностика міоми матки в сучасних умовах нескладна. Характерний вік хворих, в анамнезі з'ясовується спадкова схильність, порушення менструальної і дітородної функції, наявність болювого синдрому, ознак порушень функції сечового міхура і прямої кишки і інше [9,10,12].

Для уточнення діагнозу широко застосовують ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза. Крім того, УЗД (абдомінальна або трансвагінальна ехографія) дозволяє виявити міому матки на ранніх стадіях розвитку, здійснювати контроль за ефективністю лікування в динаміці [2,4,6,7].

Висока діагностична цінність при лейоміомах матки малих розмірів комп'ютерної томографії та ЯМР-томографії. Однак ці методи дорогі і тому малодоступні. У плані диференціальної діагностики високо інформативні сучасні ендоскопічні методи діагностики – гістероскопія і лапароскопія [2,4,7,9,13].

Гістероскопію використовують для діагностики субмукозних вузлів, визначення стану ендометрію, можлива прицільна біопсія. Диференціальну діагностику міоми матки

проводять з саркомою, пухлинами яєчників, вагітністю, внутрішнім ендометріозом матки [2,4,9,13].

Виконання ретельного роздільного діагностичного вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки є обов'язковим перед хірургічним лікуванням хворої. Важливе значення у визначенні тактики лікування мають вивчення гормональної активності яєчників, визначення гонадотропних, стероїдних та інших гормонів [9,12,13].

Лікування міоми може здійснюватися як консервативним, так і хірургічним шляхом. Консервативне лікування спрямоване на зменшення розмірів пухлини, припинення її зростання і може бути використано до проведення хірургічної операції [2,7,8,11,12].

Хірургічне лікування міоми матки залишається провідним, незважаючи на успіхи консервативного лікування. В даний час є тенденція до зниження числа радикальних оперативних втручань у разі лейоміоми матки і розширення показань до органозберігаючих операцій. Збереження матки, крім збереження репродуктивної і менструальної функцій, дозволяє запобігти порушенню діяльності органів малого таза і сприяє профілактиці їх опущення [1,3,6,7].

Хірургічне лікування лейоміоми показано в наступних ситуаціях: лейоміома матки у жінки, яка планує вагітність; лейоміома матки в поєднанні з безпліддям або невиношуванням вагітності; розміри лейоматозних вузлів від 2 до 10 см; стрімке зростання лейоміоми; ускладнення лейоміоми (некроз пухлини, здавлення сусідніх органів, порушення функції сечового міхура і прямої кишки) [1,4,6].

Молодим жінкам, які не виконали репродуктивну функцію, проводять консервативну міомектомію, яка полягає у видаленні лейоматозних вузлів. Міомектомія вимагає загального наркозу і перебування в стаціонарі протягом 3-7 днів. Повне відновлення (за неускладненого перебігу післяопераційного періоду) займає 2-3 тижні. Консервативна міомектомія – це органозберігаюче втручання, яке створює передумови для збереження фертильності. Консервативна міомектомія може здійснюватися лапаротомним, лапароскопічним та гістероскопічним способами [1,4,6,11].

Сучасним доступом є лапароскопічний. Він дозволяє зберегти менструальну функцію у всіх хворих і відновити дітородну функцію у 30% пацієнток. Він показаний у разі субсерозних і інтрамуральних вузлах діаметром до 4-5 см. Особливу складність представляє видалення невеликих інтрамуральних лейоматозних вузлів, які розташовуються в товщі міометрія, що не деформують зовнішніх контурів матки, і ускладнюють візуальну діагностику під час операції. Для більш точної діагностики використовують інтраопераційну УЗД. При субмукозній формі лейоміоми матки може бути

виконана гістероскопічна міомектомія за допомогою лазера [1,4,6,11].

Лапаротомний доступ застосовують при множинних інтрамуральних лейоматозних вузлах більше 5-7 см, за пришийкової локалізації вузлів, локалізації вузлів на задній і бічній стінках матки. Лапаротомний доступ дозволяє адекватно співставити краї ложа вузла з накладенням дворядного шва. Від повноцінності шва залежить перебіг планованої вагітності і ведення пологів [1,2,4,8,13].

Отже, у виборі методу лікування хворих із лейоміомою матки потрібен диференційований підхід залежно від багатьох факторів (вік хворих, клінічні прояви, розміри й локалізація лейоматозних вузлів, інтенсивність зростання пухлини, вплив лейоміоми на генеративну функцію та інші причини), у тому числі і від кінцевої мети: досягнення лікувального ефекту в передгравідарному періоді або збереження органу у жінок репродуктивного віку [6,7,10,11].

Мета: підвищити ефективність лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку з використанням сучасних медикаментозних та інструментальних засобів з пріоритетом виконання органозберігаючих методів хірургічного лікування.

Матеріали та методи дослідження. Запропонований нами комплексний підхід полягає у виконанні консервативної міомектомії з використанням розчину терліпресину (синтетичний аналог вазопресину), поліфункціонального антиспайкового розчину (DEFENSAL) та технічного супроводу хірургічного втручання радіохвильовим скальпелем та застосування аргоноплазмової коагуляції тканин.

Методика проведення хірургічного втручання: після розтину черевної стінки радіохвильовим скальпелем та виведенні матки в рану лейоматозні вузли обколюються розчином терліпресину (0,4мг терліпресину розчиняють у 20,0 фізіологічного розчину натрію хлориду). Радіохвильовим скальпелем розсікають капсулу та вилущують лейоматозні вузли. Ложе вузлів обробляють факелом аргонової плазми та ушивають одним або двома рядами (в залежності від розміру видалених вузлів) безперервним вікриловим швом. Додатковий гемостаз та шви на матці обробляють факелом аргонової плазми. Після туалету черевної порожнини та підрахунку серветок та інструментів у черевну порожнину вводять 250,0 мл стерильного поліфункціонального антиспайкового розчину. Черевну порожнину ушивають пошарово. Шви на апоневрози та підшкірно-жировій клітковині обробляють факелом аргонової плазми.

У ході дослідження на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П. Л. Шупика було проліковано 97 жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки. З них 50 жінкам (дослідна група) проводили консервативну міомектомію за нашим інноваційним підходом та 47 жінкам (контрольна група) виконували консервативну міомектомію за традиційною

методикою. Групи жінок, які увійшли до дослідження були репрезентативними за віком, паритетом і соматичною захворюваністю. Після хірургічного лікування пацієнтки отримували комплексну антирецидивну терапію. Через 6 місяців лікування було відмінено, розпочата прегравідарна підготовка та за умов нормального самопочуття і відсутності ускладнень жінкам було рекомендовано планувати вагітність природнім шляхом.

Статистична обробка даних проводилася за загальноприйнятими методиками з обчисленням середніх величин з помилкою при 95%-му довірчому інтервалі. Достовірними вважали відмінності при рівні помилки $\leq 0,05$. Для оцінки непараметричних відмінностей між пацієнтками застосовували U-критерій Манна-Уїтні.

Результати. Середня інтраопераційна крововтрата у дослідній групі склала $125,0 \pm 10,0$ мл, а в контрольній – $197,0 \pm 12,0$ мл ($p < 0,05$). Медикаментозне знеболювання в післяопераційному періоді пацієнтки дослідної групи потребували лише в першу добу післяопераційного періоду, а у контрольній – 2-3 доби (результати оцінки больових відчуттів за аналоговою шкалою болю). Термін перебування пацієнток у стаціонарі після хірургічного лікування лейоміоми в дослідній групі склав – 3 доби, в контрольній – 4-5 діб.

У дослідній групі не відмічалась поява рецидивів захворювання протягом трьох років спостереження, через 6 місяців після операції самостійно завагітніло 29 жінок, з яких у 19 пацієнток пологи були завершені через природні пологові шляхи та у 10 пацієнток — шляхом кесарева розтину. Ще 15 пацієнток дослідної групи завагітніли через рік та більше після лікування. У контрольній групі рецидиви захворювання були виявлені у 7 пацієнток, протягом першого року після хірургічного лікування лейоміоми вагітностей не було, протягом другого завагітніло 23 пацієнтки, з яких 11 жінок народили через природні пологові шляхи, а іншим було виконано кесарів розтин.

Такі результати в дослідній групі, на нашу думку, свідчать про відсутність злук в черевній порожнині та про формування спроможного рубця на матці після консервативної міомектомії, що спричинено дією поліфункціонального антиспайкового розчину, який ефективно профілактує утворення злук у черевній порожнині після оперативного втручання впливаючи на 3 основних ланки формування злук: роз'єднує травмовані поверхні очеревини в критичний період утворення злук (перші 5 діб), знижує локальну запальну відповідь в області оперативного лікування (протизапальна і антиексудативна дія), має антигіпоксичну та антиоксидантну дію.

А також використання аргоноплазмової коагуляції, перевагами якої є відсутність контакту електрода з тканинами, що виключає мікробну контамінацію, можливість контролю глибини і

площі коагуляції, відсутність пошкодження навколишніх тканини та сприяє формуванню спроможного рубця на матці, а також зменшує об'єм крововтрати. Безперечною перевагою методу є те, що в середовищі інертного газу аргону при температурі 120°C відбувається коагуляція тканин на глибину не більше 3мм, при цьому відсутній ефект карбонізації тканин та існує температурний антисептичний ефект. Глибокий прогрів тканин в області шва активізує репаративні процеси, приводить до скорочення колагенових волокон, що надає додатковий гемостатичний ефект та запобігає утворенню раньового ексудату.

Отже, отримані результати достовірно свідчать про високу ефективність запропонованої нами комплексної методики хірургічного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку. По тематиці дослідження у літературі відсутні дані результатів досліджень за останні 3 роки, тому тема нашого дослідження є особливо актуальною.

Висновки. Відсутність злук в черевній порожнині та формування спроможного рубця на матці після консервативної міомектомії значно збільшує фертильність прооперованих пацієнток та приводить до кращих результатів розродження.

Продовження досліджень запропонованої нами методики дозволить підвищити ефективність хірургічного лікування лейоміоми матки та значно вплине на подальше виконання репродуктивної функції жінками. Впровадження в практичну діяльність комплексу організаційних заходів, сучасної медикаментозної профілактики/лікування та органозберігаючого методу хірургічного втручання дозволить знизити кількість гістеректомій у жінок репродуктивного віку, що приведе до покращення репродуктивної функції даного контингенту та якості життя жіночого населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян, Л. В., Зарубиани, З. Р. & Киселев, С. И. (2012). Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста. *Акушерство и гинекология*, 3, 40–4.

2. Базанов, П. А. & Волков, Н. И. (2012). Миома матки и нарушения репродуктивной функции. *Проблемы репродукции*, 4 (8), 16–8.

3. Буянова, С. Н., Логутова, Л. С. & Бабунашвили, Е. Л. (2013). Репродуктивный прогноз при миоме матки. *Российский вестник акушера-гинеколога*, 3 (4), 47–9.

4. Вихляева, Е. М. (2010). О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки. *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*, 3, 21–2.

5. Краснополяский В. И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В. И. Краснополяский, Л. С. Логутова, С. Н. Буянова.— М., 2005. — 159 с.

6. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение /Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Лебедев В.А. [и др.] // *Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2008. — № 4. — С. 718.

7. Тихомиров А.Л., Леденкова А.А., Батаева А.Е. Патогенетическое обоснование профилактики миомы матки. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2011, 10 (1): 75–78.

8. Чайка К.В. Оптимизация консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста / К.В. Чайка // *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*. — Київ, Інтермед, 2011. — С. 899-903.

9. Andersen, J. (2010). Growth factors and cytokines in uterine leiomyomas. *Semin. Reprod. Endocrinol.*, 14 (3), 269–82.

10. Bendifallah S., Brun J.L., Fernandez H.J. Myomectomy for infertile women: the role of surgery. *Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2011; 40 (8): 885–901.

11. Candiani, G. B. & Fedele, L. (2011). Risk of recurrence after myomectomy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 98 (4), 385–9.

12. Fauconnier, A. & Chapron, C. (2010). Recurrence of leiomyomata after myomectomy. *Human Reproduction Update*, 6 (6), 595–6 02.

13. Rolli, R., Favilli, A., Acanfora, M. M., Scuderi, G., Di Renzo, G. C. & Gerli, S. (2012). Vaginal myomectomy is a safe and feasible procedure: A retrospective study of 46 cases. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 38 (9), 1201–1205.