

©І. С. Колесніченко

**ДІАГНОСТИКА ТА ВИБІР ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ***ДУ Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України*

ДІАГНОСТИКА ТА ВИБІР ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ. В роботі висвітлені дані результатів обстеження жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки. Показано, що амбулаторне обстеження не завжди реально відображає частоту лейоміоми, тоді як застосування допоміжних методів (ультразвукових та ендоскопічних) підвищує діагностику на 10 – 15%. Відмічено часто поєднання лейоміоми з трубно-перитонеальною неплідністю (42%), ендометріозом (36%) та рецидиви лейоміоми (8,3%), що необхідно враховувати при до і післяопераційному лікуванні.

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С лейомиомы МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. В работе освещены данные результатов обследования женщин репродуктивного возраста с лейомиомой матки. Показано, что амбулаторное обследование не всегда реально отражает частоту лейомиомы, тогда как применение вспомогательных методов (ультразвуковых и эндоскопических) повышает диагностику на 10 - 15%. Отмечено часто сочетание лейомиомы с трубно - перитонеальным бесплодием (42%), эндометриозом (36%) и рецидивы миомы (8,3%), что необходимо учитывать при до и послеоперационном лечении.

DIAGNOSTICS AND SELECTION OF TACTICS FOR PATIENTS WITH UTERINE LEIOMYOMA OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE. The article highlights the results of the reproductive age women's survey data with uterine leiomyoma. It is shown that ambulatory monitoring is not always reflecting actual frequency leiomyoma, whereas the use of helper methods (ultrasonic and endoscopy) improves diagnostics by 10 - 15%. Often combination of LM with tubo - peritoneal infertility (42%), endometriosis (36%) and recurrence of fibroids (8.3%) is noted and should be considered before and during the postoperative treatment.

**Ключові слова:** неплідність, лейоміома матки, жінки репродуктивного віку.

**Ключевые слова:** бесплодие, лейомиома матки, женщины репродуктивного возраста.

**Key words:** infertility, uterine leiomyoma, women of reproductive age.

**ВСТУП.** Лейоміома матки є найчастішою доброякісною пухлиною репродуктивної системи жінок. В структурі гінекологічних захворювань лейоміома матки займає друге місце після запальних процесів, розвивається у 20-77% жінок. Найчастіше, до 90%, лейоміома матки виявляється у жінок 25-50 років, рідше у жінок молодших 20 і старших 70 років [1]. Середня розповсюдженість лейоміоми матки складає 30% [2].

За останні роки спостерігається ріст частоти виявлення лейоміоми матки у незайманих дівчат та жінок молодого віку, що ймовірно, в значній мірі пов'язано з впровадженням нових, більш досконалих методів діагностики [3, 4].

Наявність лейоміоми матки призводить до порушення функції репродуктивної системи є частою причиною неплідності, больового синдрому, анемії, ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періода, а нерідко і втрати працездатності [5,6].

Причина виникнення лейоміоми матки до теперішнього часу є предметом дискусії. Незважаючи на численні дослідження присвячені проблемі ініціації та росту міоматозних вузлів, патогенез захворювання до кінця не розкритий. Дослідження більшості авторів вказують на зміни гормонального, імунного статусу та роль генетичних чинників (Буянова С.Н. и соавт., 2008; Курашвили Ю.Б. и соавт., 1997; Ланчинский В.И. и соавт., 2003).

Незважаючи на велику кількість робіт по частоті виявлення лейоміоми матки у молодих жінок, дані про стан репродуктивної функції суперечливі, тому метою роботи було вивчити частоту і структуру лейомі-

оми матки у жінок репродуктивного віку і обґрунтувати раціональне лікування.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Клінічні дослідження проводились на базі ДУ ІПАГ НАМН України. На I етапі дослідження проведено ретроспективний аналіз історій хвороби за 2009-2013 роки, в відділенні планування сім'ї та оперативної реабілітації, і встановлено, що серед 3150 хворих у 580 хворих діагностували лейоміому матки. На II етапі обстежено 78 жінок з лейоміомою, віком 18-48 років. Комплексне обстеження хворих включало: клінічні, параклінічні та апаратні методи дослідження. Клінічне дослідження починалось з вивчення анамнезу життя та хвороби, загального соматичного, гінекологічного, лабораторного та ендоскопічних методів дослідження. Розроблена анкета з урахуванням опитника ВООЗ, яка включала 75 питань для визначення чинників ризику виникнення лейоміоми матки, характеристики анамнестичних даних та показників репродуктивного здоров'я жінки.

Комплекс інструментальних та лабораторних досліджень включав УЗД дослідження органів малого тазу, гістеросальпінгографію за показаннями, гістероскопію та біопсію ендометрія з наступним гістологічним дослідженням, лапароскопію, ендокринологічні, бактеріологічні методи дослідження.

Об'єм матки оцінювався при клінічному обстеженні до лікування і при кожному наступному огляді. Вимірювалися три основних розміри матки: довжина ( $R_1$ ), ширина ( $R_2$ ) і глибина ( $R_3$ ) – задньо-передній діаметр. Об'єм матки підраховувався за формулою  $R_1 \times R_2 \times R_3 \times 0,5236$ .

Клініко-статистична обробка даних проведена з використанням методів варіаційної статистики, критеріїв Стьюдента, Фішера, за допомогою програмного комплексу SPSS.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними первинного огляду лейоміома матки виявилась у 35% жінок що лікувались в відділенні планування сім'ї та оперативної реабілітації, а застосування допоміжних методів дослідження (УЗД, гістероскопія, гістеросальпінгографія, лапароскопія) значно збільшило відсоток (45%) пацієнток з цією патологією.

До чинників ризику, які впливають на формування лейоміоми матки відносились: вік жінки, статеве життя, кількість вагітностей, абортів, генетична схильність, запальні захворювання статевих шляхів.

У 65 обстежених менархе було до 15 років, у 8 - до 18 років, у 5 - після 18 років. У 39 (50%) жінок менструації протікали за типом гіперполіменореї, а у 39 (50%) – альгодисменореї. У 30 (38,5%) жінок була первинна, у 26 (33,3%) – вторинна безплідність, яка тривала від 2 до 10 і більше років. Майже половина жінок з вторинною неплідністю мала в анамнезі по 2 і більше вагітностей. У 19 (39%) жінок перша вагітність закінчилась абортів в тому числі у 11 (19,6%) – артіфіційним, у 8 (14,3%) – самовільним.

Високим був рівень поєднаної гінекологічної патології: в 45,4% були запальні захворювання придатків, в 23,5% - ендометріоз, в 26,5% - зустрічалися кісти яєчників, що співпадає з результатами інших дослідників [5,6]. У 10 (12,8%) пацієнток відмічалася обтяжена спадковість (лейоміома у родичів: матерів, бабусь, сестер). Більшість хворих (73%) отримували в минулому антибактеріальну терапію з приводу запальних захворювань внутрішніх статевих органів. Пацієнткам лейоміою застосовувались агоністи, чи антагоністи гонадотропних гормонів і КОК. В 24% випадків проводилась лапаротомія або діагностична лапароскопія.

Ультразвукове обстеження хворих з лейоміою матки виявило кількість, розміри і локалізацію вузлів лейоміоми, об'єм пухлинних утворів, стан ендометрія, міометрія та порожнини матки, особливості кровопостачання її та окремих вузлів, що враховувалось при виборі тактики лікування. У 65% обстежених пацієнток визначались інтрамурально-субсерозні вузли

розмірами від 2 до 8 см. У 15% - субсерозні вузли, у 10% - підслизові лейоміоми матки та у 35% змішані лейоміоми. У хворих з міомою матки по зрівнянню зі здоровими жінками були знижені показники судинної резистентності в маткових артеріях, що залежало від гістологічного складу міоматозного вузла. Так, при простій лейоміомі матки ІР складав  $0,78 \pm 0,06$ , тоді як при проліферуючій –  $0,67 \pm 0,09$ .

Для підвищення ефективності лікування лейоміоми матки в залежності від розмірів та локалізації лейоматозних вузлів, була обрана тактика лікування. При наявності лейоміоми менше 5 см (у 63 жінок) призначались агоністи гонадотропін-релізін гормонів від 1 до 4 ін'єкцій, після чого вагітність наступила у 45%. При наявності лейоматозних вузлів від 5 см і більше (15 пацієнток) рекомендовано було комбіноване лікування – агоністи гонадотропін релізінг гормонів та оперативне лікування – консервативна міомектомія чи гістерорезектоскопія. Для зменшення рецидивів після хірургічного лікування 13 пацієнткам було призначено Жанін на 3 місяці, після чого вагітність наступила у 85%. Та у жінок з втіленою репродуктивною функцією (2 пацієнткам) – поставлено внутрішньоматкову систему «Мірена».

**ВИСНОВКИ.** 1. За даними ретроспективного аналізу історій хвороби серед хворих репродуктивного віку у 35% виявлена лейоміома матки, а при застосуванні допоміжних методів обстеження відсоток хворих з цією патологією зріс до 45%.

2. Застосування ультразвукових та ендохірургічних методів обстеження виявили високий відсоток поєднання лейоміоми матки з трубною неплідністю (42%) та ендометріозом (36%), що необхідно враховувати при визначенні методів до і післяопераційного лікування.

3. Своєчасне та адекватне лікування в залежності від розмірів та локалізації лейоміоми призводить до покращення прогнозування та настання вагітності у цих жінок.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Подальше вивчення причин виникнення лейоміоми матки до теперішнього часу є предметом дискусії. По при численні дослідження присвячені проблемі ініціації та росту міоматозних вузлів, патогенез захворювання ще залишається до кінця не розкритий.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Деброхотова Ю.Э., Юсупова Р.И., Озерова Р.И. и др. // Гинекология. – 2007. - №4(9). – С.52-57.

2. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М: Миклош. – 2005. – 162 с.

3. Івнюта Л.І., Івнюта І.С. Гістероскопічна оцінка стану матки у жінок з лейоміою тами та дисфункціональними захворюваннями молочної залози.// актуальні питання педіатрії, акуш. та гінек. – 2012. – 24 – С. – 55-57.

4. Мгелишвили М.В., Буянова С.Н., Петракова С.А. показания к миомэктомии при планировании беременности и ее влияние на репродуктивное здоровье женщин. //

Росс. весник акушера-гинека – 2010. - №5. – С. – 60-64.

5. Потапов В.А. Сучасні аспекти діагностики та лікування лейоміоми матки // Медичні перспективи. – 2011. – Т.16.№4. – С.10-15.

6. Чайка К.В., Жихарский Р.В. Сравнительная оценка эффективности применения блокаторов прогестероновых рецепторов гонадотропин-релизинг гормона в терапии лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста.

7. Gsmal M.S., Protic O., Giamubilo S.R. et al. Uterine leiomyoma: available medical treatments and new possible therapeutic option. || G. Clin. Endoorind. metab. – 2013. – Vol.98, №3. – P.921-934.

Отримано 10.02.14