

Репродуктивне здоров'я жінок після консервативної міомектомії

Ю.П. Вдовиченко, М.Л. Кузьоменська

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що репродуктивне здоров'я пацієнток після консервативної міомектомії є дуже актуальною проблемою сучасної гінекології і акушерства. Вирішення даної проблеми має поетапний патогенетичний підхід з урахуванням віку пацієнток, їхнього репродуктивного анамнезу, наявності супутньої генітальної і соматичної патології, а також можливостей збереження матки при проведенні оперативного лікування. Запропонований нами алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє не лише підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції, але і знизити частоту перинатальної патології під час розродження. Це свідчить про вирішення важливої проблеми сучасної репродуктології, а розроблений алгоритм дозволяє рекомендувати його для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, лейоміома матки.

Проблема лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку є однією з найбільш актуальних у сучасній гінекології, що зумовлено тим фактом, що дана патологія посідає перше місце в структурі всіх гінекологічних захворювань. Частота даної патології серед жінок репродуктивного віку складає до 60% [1, 3, 6].

На сучасному етапі спостерігається підвищення частоти лейоміоми матки, особливо серед жінок молодого віку, яка знижує якість їхнього життя і впливає на репродуктивну функцію [2, 4, 5].

Лейоміома матки є однією з основних причин жіночого безпліддя, частота якого за даної патології досягає 80% [3–6]. У сучасній літературі немає єдиної думки про причини безпліддя при лейоміомі матки, особливо при збереженому двофазному менструальному циклі і прохідності маткових труб. Ефективність різних лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів в цей час не перевищує 50% [3, 4].

Останніми роками одним з основних методів оперативного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку є консервативна міомектомія, яку все частіше виконують за допомогою сучасних ендоскопічних методів [1, 6].

Попри значне число наукових публікацій в даному напрямку не можна вважати проблему репродуктивного здоров'я у жінок з лейоміомою матки після консервативної міомектомії, особливо в плані впливу даної патології на клінічний перебіг гестаційного періоду, акушерські і перинатальні результати розродження, повністю вирішеною.

Усе викладене вище свідчить про актуальність даної наукової проблеми, вирішення якої дозволить поліпшити репродуктивне здоров'я жінок групи високого ризику.

Метою наукової роботи було зниження частоти порушень репродуктивного здоров'я і гестаційних ускладнень у жінок з лейоміомою матки після консервативної міомектомії на основі розроблення і впровадження вдосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети дослідження були проведені у декілька етапів:

1. Для вивчення частоти міомектомії, показань до операції, інтра- і післяопераційних ускладнень проведений ре-

троспективний аналіз 100 карт стаціонарних хворих, яким була виконана операція консервативної міомектомії в гінекологічному відділенні КУ СМКЛ № 1 м. Суми за період 2009–2011 рр. З метою аналізу віддалених результатів проведений огляд і анкетування цих жінок через 2–5 років після реконструктивно-пластичної операції з приводу лейоміоми матки.

2. Для уточнення особливостей перебігу післяопераційного періоду, процесів загоєння швів на матці проведено комплексне обстеження 100 жінок, яким була виконана консервативна міомектомія в 2009–2011 рр. у гінекологічному відділенні КУ СМКЛ № 1 м. Суми. Усіх обстежуваних жінок було розподілено на дві групи:

- до 1-ї групи увійшли 50 пацієнток до і після консервативної міомектомії, які отримували запропонований нами алгоритм, причому деяким із них була виконана лапароскопічна консервативна міомектомія;

- до 2-ї групи було включено 50 пацієнток, які отримували лікування за загальноприйнятою методикою, і прооперовані лише лапаротомічним шляхом;

- до контрольної – I групи увійшли 50 жінок аналогічного репродуктивного віку без генітальної патології.

3. Особливості перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду були вивчені у 60 пацієнток з рубцем на матці після консервативної міомектомії, яких також було розподілено на дві групи:

- 3-ю групу склали 30 вагітних з рубцем на матці після консервативної міомектомії, які отримували розроблений нами алгоритм передгравідарної підготовки і ведення вагітності;

- 4-у групу склали 30 вагітних з рубцем на матці після консервативної міомектомії, яким проводили загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи;

- контрольну – II групу склали 30 першородящих, розроджених через природні пологові шляхи без початкової генітальної патології.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи у пацієнток з лейоміомою матки, прооперованих в об'ємі консервативної міомектомії, включали такі моменти:

- комбіноване доопераційне та післяопераційне лікування згідно з Наказом МОЗ України № 582, що включало застосування агоністів гонадотропін-рилізінг гормонів, антиоксидантну, симптоматичну терапію.

Пропонований нами алгоритм ведення пацієнток, прооперованих в об'ємі консервативної міомектомії, включав такі відмінності:

- поряд із загальноприйнятими методами ведення післяопераційних хворих в ранній післяопераційний період нами був застосований препарат Інфламафертин для ін'єкцій для профілактики та лікування спайкового процесу після хірургічного втручання на органах малого таза. Запропонована схема лікування по 2,0 мл внутрішньом'язово з 2-ї доби післяопераційного періоду протягом 10 днів.

Загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи ведення вагітності і пологів у жінок після консервативної міомектомії включали такі моменти:

- Клінічні спостереження в динаміці вагітності за триместрами згідно з Наказами МОЗ України № 503 та № 417.

- Стандартне ультразвукографічне обстеження під час вагітності.

- Госпіталізація до акушерського стаціонару за показаннями.

Запропонований нами алгоритм ведення вагітності у жінок після консервативної міомектомії включав такі відмінності:

- вивчення стану фетоплацентарного комплексу (гормональні дослідження, УЗД з доплерометрією, кардіотокографія);

- дослідження на наявність інфекцій перинатального періоду;

- вивчення показників місцевого імунітету;

- застосування анкетного методу оцінки психоемоційного стану.

Після пологів у жінок з лейоміомою матки ми застосували такі методи дослідження: клінічні спостереження (на 5–7-у добу після пологів і через 3, 6 і 12 міс), що включали вивчення:

- особливостей лактації;

- стану міоматозних вузлів;

- психоемоційного статусу;

- показників імунологічної реактивності;

- біоценозу пологових шляхів;

- рівень статевих стероїдних гормонів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що лейоміома матки у жінок репродуктивного віку лише в 11,0% спостережень зустрічається ізольовано, а у кожній другій хворій одночасно мають місце запальні процеси придатків (49,0%) і патологія шийки матки (45,0%), у 17,0% пацієнток спостерігаються кісти яєчників, у 14,0% – ендометріоз різної локалізації і у 13,0% – гіперпластичні процеси ендометрія. Усе це в сукупності призводить до високої частоти порушень репродуктивної функції (26,0%).

Основними показаннями для виконання консервативної міомектомії в пацієнток репродуктивного віку є виражені порушення менструальної функції (50,0%), больовий синдром (33,0%), порушення репродуктивної функції (26,0%), анемія (23,0%) і дизуричні порушення (3,0%). При цьому в більшості хворих (79,0%) мають місце декілька показань для оперативного лікування.

У структурі безпліддя у пацієнток з лейоміомою матки первинне складає 40,0% і вторинне – 60,0%. Середня тривалість безпліддя складає $6,1 \pm 0,5$ року і є найбільшою у жінок з множинною лейоміомою і розмірами матки більше 16-тижневого терміну вагітності, а також серед жінок з поодиноким міоматозним вузлом більше 8 см в діаметрі, тобто залежить здебільшого не від кількості вузлів, а від їхніх розмірів.

Первинне безпліддя вірогідно частіше зустрічається у пацієнток з множинною лейоміомою (28,0%), тоді як серед пацієнток з поодиноким лейоміомою частота первинного безпліддя складала 12,0%. При цьому, чим більше розміри лейоміоми на момент оперативного лікування, тим значніша частота і тривалість первинного безпліддя відзначена у пацієнток. Частота вторинного безпліддя залежно від кількості міоматозних вузлів достовірно не відрізняється і складає 32,0% при поодинокій лейоміомі і 28,0% – при множинних міоматозних вузлах.

Основними ехографічними і доплерометричними особливостями лейоміоми у пацієнток з безпліддям є:

- у 38,0% спостережень атипова локалізація вузлів (шийково-перешийкова, інтралігаментарна);

- у 40,0% – підслизове і доцентрове зростання вузлів; - кровопостачання лейоміоматозних вузлів характеризується центральним кровотоком (93,0%), який є більш низькошвидкісним і низькорезистентним, ніж периферійний.

Безпліддя у жінок з лейоміомою матки розвивається на тлі виражених дисгормональних порушень: у 56,0% випадків збільшення рівня ЛГ; у 48,0% спостережень зростання ФСГ; у 44,0% – збільшення прогестерону; у 32,0% – підвищений рівень естрадіолу; у 20,0% – одночасне підвищення рівня пролактину і тестостерону. При цьому нами не виявлено достовірної залежності між рівнем досліджуваних гормонів у периферійній крові і розмірами матки, кількістю вузлів і темпом зростання лейоміоми.

У жінок з безпліддям лише в 50,0% спостережень виконують лише консервативну міомектомію. В останніх випадках виконують додаткові втручання на яєчниках (20,0%); роз'єднання спайок (17,0%); резекція вогнищ ендометріозу (7,0%) і видалення функціонально неспроможних маткових труб (6,0%).

Використання запропонованого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє підвищити частоту настання вагітності на 26,0%. При цьому в 62,5% спостережень вагітність розвивається через 1 рік, в 28,0% – через 2–3 роки і в 9,5% – після 3 років.

Розроблена тактика ведення вагітності після консервативної міомектомії дозволяє знизити частоту загрози переривання вагітності на 20,0%; зміни об'єму навколоплідних вод – на 13,3%; плацентарній дисфункції – на 13,3%; затримки розвитку плода – на 10,0% і передчасних пологів – на 6,7% відповідно.

ВИСНОВКИ

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать, що репродуктивне здоров'я пацієнток після консервативної міомектомії є дуже актуальною проблемою сучасної гінекології і акушерства. Вирішення даної проблеми повинно носити поетапний патогенетичний підхід з урахуванням віку пацієнток, їх репродуктивного анамнезу, наявності супутньої генітальної і соматичної патології, а також можливостями збереження матки при проведенні оперативного лікування. Запропонований нами алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів дозволяє не лише підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції, але і знизити частоту перинатальної патології під час розродження. Це свідчить про вирішення важливої проблеми сучасної репродуктології, а розроблений алгоритм дозволяє рекомендувати для широкого використання в практичній охороні здоров'я.

Репродуктивное здоровье женщин после консервативной миомэктомии Ю.П. Вдовиченко, М.Л. Кузменская

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что репродуктивное здоровье пациенток после консервативной миомэктомии является очень актуальной проблемой современной гинекологии и акушерства. Решение данной проблемы имеет поэтапный патогенетический подход с учетом возраста пациенток, их репродуктивного анамнеза, наличия сопутствующей генитальной и соматической патологии, а также возможностей сохранения матки при проведении оперативного лечения. Предлагаемый нами алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий позволяет не только повысить эффективность восстановления репродуктивной функции, но и снизить частоту перинатальной патологии при родоразрешении. Это свидетельствует о решении важной пробле-

мы современной репродуктологии, а разработанный алгоритм позволяет рекомендовать для широкого использования в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, лейомиома матки.

Reproductive health of women after conservative myomectomy

J.P. Vdovichenko, L.M. Kuzemensky

Results of the spent researches testify that reproductive health of patients after conservative myomectomy is very actual problem of modern gynecology and obstetrics. The decision of the given problem should carry the stage-by-stage pathogenetic approach taking into account age of patients, their reproductive anamnesis, presence accompanying genital and a somatic pathology, and also possibilities of preservation of a uterus at carrying out of operative treatment. The algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions offered by us allows not only to raise efficiency of restoration of reproductive function, but also to lower frequency perinatal pathologies at delivery. It allows to confirm about the decision of an important problem modern reproductology, and the developed algorithm to recommend for wide use in practical public health services.

Key words: reproductive health, leiomyoma of uterus.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко Н.П. Отдаленные клинико-физиологические аспекты различных способов хирургического лечения больных лейомиомой матки / Н.П. Васильченко, Н.М. Коржова, Н.М. Ткаченко // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 40–44.
2. Ведение беременности и родов у пациенток с миомой матки и рубцом на матке после консервативной миомэктомии / Р.И. Шалина, М.А. Курцер, Н.Г. Аминтаева [и др.] // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2008. – Т. 3, № 2. – С. 20–25.
3. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки / Е.М. Вихляева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2007. – № 3. – С. 21–23.
4. Влияние объема и доступа при гистеректомии на психоэмоциональное состояние женщин / Л.В. Адамян, С.И. Аскольская, Т.А. Кудрякова [и др.] // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – Москва, 2007. – С. 178–186.
5. Воробйова Л.І. Сучасні принципи хірургічного лікування доброякісних пухлин матки і придатків / Л.І. Воробйова, Ю.С. Доценко, Г.В. Євтушенко // ПАГ. – 2006. – № 3. – С. 78–79.
6. Давыдов А.И. Гистерорезектоскопия: возможности и перспективы / А.И. Давыдов, К.Р. Бахтияров, Л.Д. Белоцерковцева // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 2. – С. 7–10.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

РАЗРАБОТАНО МИНИАТЮРНОЕ УСТРОЙСТВО, РАЗРУШАЮЩЕЕ ТРОМБЫ

Американскими инженерами было разработано устройство самостоятельно перемещающееся по кровеносным сосудам. Сообщается, что группу разработчиков из Стэнфордского университета возглавляла Ада Пун (Ada Poon).

Пун со своими коллегами работала над созданием устройства, способного самостоятельно перемещаться в кровеносном русле после своего введения. Современная технология позволяет изготавливать миниатюрные электромеханические им-

плантаты. Тем не менее, основной проблемой при разработке этих устройств является их питание - аккумуляторы очень громоздки и подвергаются коррозии, нуждаются в замене или зарядке.

Разработчиками было принято решение отказаться от использования элементов питания, обеспечив поступление энергии благодаря беспроводной связи. Устройство решено было оснастить специальной антенной, площадь которой всего около двух миллиметров. На антенну по-

даются электромагнитные волны, частота которых один гигагерц и генерируются внешним источником.

Пун отмечает, что такие устройства подходят как для диагностических целей, так и для малоинвазивной хирургии. Благодаря этим устройствам, можно доставлять лекарственные средства непосредственно к пораженным органам и тканям, а также разрушать тромбы или атеросклеротические бляшки в сосудах.

www.newsland.ru