

Особливості анатомо-функціонального стану органів малого таза та генеративної функції у жінок з лейоміомою матки

А.Г. Корнацька, І.С. Колесніченко, М.А. Флаксенберг, О.О. Ревенько

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

У статті наведені дані про метод ультразвукової діагностики у жінок з лейоміомою матки, який дає можливість достовірно оцінити стан, структуру та функціональні особливості лейоміоми матки, її локалізацію, структуру та кількість вузлів. Ультразвукове дослідження дозволяє лікарям вибрати подальшу тактику ведення жінок з лейоміомою матки та вибрати метод хірургічного лікування.

Ключові слова: *ультразвукова діагностика, лейоміома матки, ендометрій, вагітність, що не розвивається.*

Незважаючи на значну кількість робіт, присвячених вивченню преморбідного фону, патогенезу, діагностики та лікування лейоміоми матки, багато питань залишаються не уточненими, трактування отриманих результатів неоднозначним і навіть суперечливим [1]. За даними різних джерел і повсякденних клінічних спостережень, лейоміома матки розвивається у 20–77% жінок [2–4]. Найчастіше лейоміому матки виявляють у жінок у віці старше 35 років, на вік 35–55 років припадає до 90% загального числа захворювань і рідко лейоміома матки зустрічається у жінок молодше 20 років [6]. Число оперованих хворих з приводу лейоміоми в різних гінекологічних стаціонарах варіює від 41% до 74% [4, 8].

В останні роки відзначається зростання частоти лейоміоми матки у дівчат і жінок молодого віку, що, можливо, значною мірою пов'язане з впровадженням нових, досконаліших методів діагностики і більшої їх доступності [4, 6].

В останні роки, у зв'язку з розробленням і впровадженням у практику нових методів дослідження, вдається детально аналізувати зміни, що відбуваються в організмі жінки [8]. Поряд із традиційними клінічними, лабораторними методами особливе місце посідають функціональні методи дослідження.

Застосування ультразвукового сканування дозволяє з точністю виявити лейоміому матки, правильно визначити кількість вузлів лейоміоми, їхній розмір, локалізацію, відношення вузлів до судинних пучків матки та області локалізації плаценти, наявність в них дистрофічних і некротичних змін, а також проводити динамічне спостереження за цим контингентом жінок [7].

На думку багатьох авторів, застосування доплерівського картування підвищує точність діагностики ускладнень лейоміоми матки [6,7].

Для діагностики субмукозної лейоміоми матки набула широкого поширення гістероскопія. Вона дає можливість візуально виявити внутрішньоматкову патологію, визначити точну локалізацію і величину лейоміоматозних вузлів і ступінь поширеності патологічного процесу, а за необхідності дозволяє провести прицільну біопсію [3, 7].

До додаткових методів дослідження відноситься лапароскопія. Діагностичну лапароскопію зазвичай виконують в тих випадках, коли потрібно провести диференціальну діагностику з супутньою генітальною патологією, коли всі використані неінвазивні методи діагностики не дозволили встановити остаточний діагноз, або в ургентних ситуаціях, коли потрібно не тільки уточнення діагнозу, але і показано екстрене лікувальне

хірургічне втручання. Діагностична лапароскопія в цих випадках дозволяє замінити діагностичну лапаротомію [4, 5].

Таким чином, на сьогодні запропонована досить велика кількість додаткових методів досліджень, що дозволяють діагностувати лейоміому матки, оцінити особливості її розвитку, провести диференціальну діагностику, визначити тактику ведення хворої і найбільш раціональний метод лікування [4].

Мета дослідження: вивчити особливості анатомо-функціонального стану органів малого таза у жінок з лейоміомою матки та ранніми втратами вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 77 жінок з лейоміомою матки віком від 22 до 45 років. Проводили як абдомінальне, так і трансвагінальне сканування в режимі реального часу, під час якого уточнювали анатомічні особливості і стан внутрішніх статевих органів.

При ультрасонографії об'єм матки оцінювали до і після лікування: довжина (R1), ширина (R2) і глибина (R3) за формулою $R1 \times R2 \times R3 \times 0,5236$.

При вивченні кровотоку в маткових та яєчникових артеріях їхню візуалізацію проводили на рівні перешийка матки, а дослідження яєчничкової артерії – на рівні воріт яєчника. Для якісного аналізу спектральних характеристик швидкості кровотоку визначали: пульсаційний індекс (PI) та індекс резистентності (IR).

Показники кольорового доплерівського картування аналізували у всіх локусах органа, що реєструвались. Візуальне оцінювання проводили за критерієм наявності або відсутності зон васкуляризації. Кровотік вважали слабовираженим при візуалізації 1–5 крапок васкуляризації, помірно вираженим за наявності 5–10 локусів; активним – за візуалізації 10 і більше крапок.

Для верифікації патології ендометрія ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза проводили в динаміці менструального циклу: на 5–8-й, 12–14-й дні та 21–25-й дні менструального циклу.

Ендоскопічне дослідження стану ендометрія та діагностику внутрішньоматкової патології проводили за допомогою гістероскопа «Karl Storz» (Німеччина) під внутрішньовенним знеболюванням за загальноприйнятим методом в першу фазу менструального циклу.

Пацієнтки були розділені на 2 групи: 1-а (n=42) з лейоміомою матки на фоні запальних процесів статевих органів; 2-а (n=35) з лейоміомою матки без запальних процесів статевих органів; 3-я (n=35) з лейоміомою матки та завершеною вагітністю. У 1-й групі безпліддя встановлено у 12 жінок (33,3%), тобто в 3 рази частіше, ніж у 2-й групі, – 4 жінки (11,4%).

При аналізі супутньої патології слід зазначити, що зашійковий ендометріоз виявляли в 3,5 рази частіше у пацієнток з лейоміомою матки на фоні запальних процесів статевих органів проти пацієнток без запальних процесів (9,5% проти 2,6% відповідно). Також в 2 рази частіше реєстрували таку патологію, як фолікулярні (11,9% проти 5,7% відповідно), ендометріоз.

метріодні кісти (11,9% проти 5,7% відповідно), гіперплазію ендометрія (40,5% проти 20,0% відповідно).

Особливу увагу привертає той факт, що невідповідність ендометрія фазі менструального циклу зустрічалась в 1-й групі жінок в 4 рази частіше, ніж в 2-й (80,9% проти 20,0% відповідно).

Довжина матки пацієнток цієї групи становила $110,4 \pm 2,4$ мм, передньозадній розмір – $65,7 \pm 1,2$ мм, поперечний розмір – $74,8 \pm 1,7$ мм.

Розміри матки в об'ємі за наявності множинних вузлів варіювали від 43,0 до 2291,5 см³. в середньому склали $519,5 \pm 45,9$ см³. При одиничній лейоміомі середні розміри в об'ємі досягали $472,3 \pm 45,7$ см³. Найменший об'єм склав 24,0 см³, найбільший – 3843,2 см³.

З наведених даних видно, що невеликі розміри матки (об'єм матки не перевищував 200 см³) відзначено у 33 (42,8%) жінок. У 31 (40,2%) обстеженої об'єм матки був у межах від 210 до 400 см³, що відповідає середньовеликим розмірам. Великі розміри матки ($V =$ від 400 см³ і більше) діагностовані у 14 (18,1%) пацієнток.

Діаметр лейоміоматозних вузлів за даними УЗД коливався від 0,5 до 10 см при множинній лейоміомі матки, при цьому розміри домінантного вузла варіювали від 5 до 10 см. Діаметр вузла при ізольованій лейоміомі матки був у межах від 5 до 12 см. За характером росту лейоміоми за даними УЗД найчастіше зустрічалися змішаний інтерстиціальний ріст – у 65 (84,4%) пацієнток, виключно субсерозний – у 8 (10,3%) жінок; виключно субмукозний у 4 (5,2%) жінок.

При ехографії у 48 (19,8%) пацієнток обох груп нами були виявлені ознаки дистрофічних змін в лейоміоматозних вузлах у вигляді набряку, кістозної і жирової дегенерації, з наявністю кальцифікатів і маляції. У більшості жінок розміри яєчників за даними ультразвукової біометрії були в межах норми. У деяких пацієнток в яєчниках були виявлені рідинні включення, за ехографічними характеристиками розцінені як домінантні фолікули. А також у 27 (11,2%) пацієнток були виявлені кісти жовтого тіла, ендометріодні і фолікулярні кісти.

Допплерограма маткової артерії у даного контингенту обстежених пацієнток мала вигляд двохфазної кривої з систолічним та діастолічним компонентом.

Середні розміри матки в динаміці менструального циклу та показники кровотоку в маткових артеріях в обох групах достовірно не відрізнялись. Так, середнє значення довжини матки у фолікулярно-овуляторну фазу складало $96,8 \pm 4,2$ мм у жінок 1-ї групи, $96,5 \pm 4,1$ мм – у хворих 2-ї групи. У лютеїнову фазу циклу діагностовано збільшення довжини матки: до $99,9 \pm 4,3$ мм у 1-ї групі та $99,3 \pm 3,7$ мм – у 2-ї групі.

При оцінюванні кровотоку в маткових артеріях за допомогою доплерометрії виявлено ймовірне підвищення індексу резистентності у жінок 1-ї групи, індекс резистентності по групах склав: $0,81 \pm 0,02$ у пацієнток 1-ї групи, $0,78 \pm 0,02$ – у жінок 2-ї групи, що вірогідно відрізнялось від контрольних показників у здорових жінок ($0,67 \pm 0,01$) ($p < 0,05$).

Особенности анатомо-функционального состояния органов малого таза и генеративной функции у женщин с лейомиомой матки

А.Г. Корнацкий, И.С. Колесниченко, М.А. Флаксенберг, О.А. Ревенко

В статье приведены данные о методе ультразвуковой диагностики у женщин с лейомиомой матки, позволяющий достоверно оценить состояние, структуру и функциональные особенности лейомиомы матки, ее локализацию, структуру и количество узлов. Ультразвуковое исследование позволяет врачам выбрать дальнейшую тактику ведения женщин с лейомиомой матки и метод хирургического лечения.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, лейомиома матки, эндометрий, неразвивающаяся беременность.

За результатами УЗД у 17 (10,6%) хворих діагностовано пухлиноподібні ураження яєчників.

Допплерографічно реєстрували поодинокі кольорові сигнали від судин, розмішених в капсулі з середнім рівнем $IR = 0,63 \pm 0,07$.

У 3 (3,9%) пацієнток діагностовано двобічне розташування фолікулярних кіст, а ще у 3 (2,9%) обстежених виявлено наявність двох та трьох фолікулярних кіст в одному яєчнику, що виглядало як багатокамерна кіста.

Допплерометричні показники внутрішньопухлинного кровообігу у всіх обстежених пацієнток з кістами яєчників не залежали від розміру доброякісного новоутворення.

Динамічний ехографічний моніторинг дозволив виявити у 12 (15,6%) обстежених патологію ендометрія (гіперплазія і поліпоз ендометрія). Невідповідність ендометрія (гіпоплазія) фазі менструального циклу на фоні недостатності 2-ї фази менструального циклу було діагностовано у 20 (26,0%) випадках.

У 7 (9,4%) пацієнток 1-ї групи було діагностовано анатомічні зміни маткових труб (одно- або двобічні сактосальпінкси). Ехографічно візуалізувалися стінки маткової труби зі сліпо замкнутим ексудатом середньої ехощільності.

У жінок 3-ї групи (з лейоміомою матки та вагітністю, що не розвивається) в І триместрі вагітності візуалізується деформоване плідове яйце діаметром 14–24 мм, ембріон чітко не візуалізується з наявністю лінійних ехопозитивних включень. Також, звертає на себе увагу, що у більшості пацієнток з даною патологією спостерігається структурна неповноцінність жовтого тіла яєчника.

ВИСНОВКИ

1. Застосування ультразвукового дослідження (УЗД) дозволило забезпечити точність діагностики лейоміоми матки до 97%.

2. Результати проведених досліджень свідчать про високу інформативність УЗД пацієнток з лейоміомою матки.

3. Наші дані свідчать, що хронічний запальний процес у обстежених зумовлює глибину гемодинамічних розладів, деяке зниження кровонаповнення (систолічної швидкості кровообігу досліджуваних судин).

4. Ехографія дає можливість достовірно оцінити стан, структуру та функціональні особливості лейоміоми матки.

5. Ультразвуковий моніторинг в динаміці менструального циклу дозволив діагностувати патологічні зміни ендометрія, що виникли в результаті функціональних порушень репродуктивної системи у даного контингенту пацієнток.

6. При лейоміомі матки на перший план виходять специфічні ехографічні особливості вагітності, що не розвивається, – наявність в амніоні ембріона, але без ознак життєдіяльності та атипової структури, що виникає внаслідок швидко прогресуючих дегенеративно-дистрофічних змін, що призводять до сплюснення та лінійної деформації.

Features anatomical and functional state of the pelvic organs and generative function in women with uterine leiomyoma

A.G. Kornatsky, I.S. Kolesnichenko, M.A. Flaksenberg, A.A. Revenko

The article presents data on the method of ultrasound diagnosis in women with uterine leiomyomas and show that this method makes it possible to reliably estimate the state structure and functional features leyoeyomiomy uterus, it lokazilatsiyu, structure and number of nodes.

An ultrasound allows doctors to choose the further management of women with leiomyomas and viryshyty method of surgical treatment.

Key words: ultrasound, leiomyoma of the uterus, endometrium, pregnancy, that does not develop.

Сведения об авторах

Корнацкая Алла Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Колесниченко Ивана Сергеевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Флаксемберг Майя Аркадьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Ревенько Олег Александрович – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). – М.: МИА, 2003. – 256 с.
2. Вихляева Е.М., Козаченко В.А., Кирющенко А.П. и др. Опухоли и опухолевидные образования половых органов: Справочник по акушерству и гинекологии / Под. ред. Г.М. Савельевой. – М., 1992. – 274 с.
3. Тихомиров А.Л. Новые возможности патогенетической терапии миомы матки // Гинекология. – 2013. – Т. 15, № 3. – С. 67–69.
4. Гажонова В.Е. Трехмерная эхография в плане обследования и планирования объема операции у женщин с миомой матки / Т.С. Курганская, Е.В. Сокольская, А.Л. Лозоватор, О.Е. Горшенкова, Т.Е. Смирнова, А.В. Зубарев // Ультразвуковая диагностика. – 2003. – № 1. – С. 56–64.
5. Manyonda I., Gupta S., Jude J. Clinical presentation of fibroids // Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2008. – V. 22, № 4. – P. 615–626.
6. Marret H. et al.: Clinical practice guide-lines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before meno-pause // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2010. – V. 152. – P. 133–137.
7. Check J.H., Choe J.K., Lee G. et al. The effect on IVF outcome of small intramural fibroids not compressing the uterine cavity as determined by a prospective matched controlled study. Hum Reprod. – 2002. – V. 17, № 5. – P. 1244–1248.
8. Tiufekchieva E., Nikolov A. Hysteroresection of submucous myomas after treatment with zoladex // Akush Ginec. – 2006. – V. 45, № 1. – P. 19–24.

Статья поступила в редакцию 08.12.2014