

Оптимізація прегравідарної підготовки жінок з міомою матки

А.А. Довгань

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

удосконалення тактики прегравідарної підготовки жінок з міомою матки.

Під наглядом перебували 100 пацієнок активного і пізнього репродуктивного віку (від 22 до 44 років) з основним діагнозом «Міома матки», встановленим на підставі комплексного обстеження. Усім пацієнткам була проведена консервативна міомектомія лапаротомічним та лапароскопічним доступом поза вагітністю, проведено курс комплексної реабілітаційної терапії у ранній та пізній післяопераційний періоди, простежено найближчі і віддалені результати.

Ефективність прегравідарної підготовки пацієнок з міомою матки становила 67,0%. При цьому достовірно велика частота настання вагітності відзначена у групі пацієнок, які отримували у післяопераційний період терапію агоністами ГнРГ (73,0%), у тому числі у жінок з репродуктивними проблемами (52,0%). Крім того, призначення агоністів ГнРГ після операції дозволяє зменшити кількість рецидивів захворювання у віддалений період.

Удосконалена методика прегравідарної підготовки дозволяє покращити репродуктивний прогноз жінок з міомою матки.

міома матки, прегравідарна підготовка, оптимізація.

Міома матки – доброякісна пухлина, яку найчастіше діагностують у жінок репродуктивного віку [1, 2]. Частота її досягає 35–45%, при цьому у 60% жінок вона є причиною безплідності [3, 4]. Вагітність на тлі міоми матки часто ускладнюється загрозою переривання, відшаруванням плаценти, плацентарною дисфункцією, а під час пологів – високим ризиком порушення скорочувальної діяльності матки й кровотеч. «Омолодження» міоми матки, сучасна тенденція планування вагітності у віці понад 30–35 років роблять проблему міоми матки і вагітності особливо актуальною [5–7].

Незважаючи на численні дослідження, присвячені цій проблемі, не уточнена роль міомектомії щодо прегравідарної підготовки, дискусійними залишаються питання визначення віку пацієнтки для міомектомії, кількості й величини вузлів, що підлягають видаленню, доступу для виконання хірургічного втручання, особливостей хірургічної технології, необхідності наступної реабілітації.

Мета дослідження: удосконалення тактики прегравідарної підготовки жінок з міомою матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 100 пацієнок активного й пізнього репродуктивного віку (від 22 до 44 років) з основним діагнозом «Міома матки», встановленим на підставі комплексного обстеження. Усім пацієнткам було виконано консервативну міомектомію лапаротомічним та лапароскопічним доступом поза вагітністю, проведено курс комплексної реабілітаційної терапії у ранній та пізній післяопераційний періоди, простежено найближчі й віддалені результати.

У дослідження включали пацієнок репродуктивного віку з міомою матки, які бажали зберегти репродуктивну функцію, з такими показаннями до оперативного лікування: порушення менструальної функції (маткові кровотечі), великі розміри вузла (вузлів), субмукозне і доцентрове збільшення вузлів, біль, анемізація хворої, субсерозне розташування вузла (на ніжці), атипичне розташування (шийкове, перешийкове, інтралігаментарне), безплідність, невиношування вагітності, дизуричні розлади.

Для вирішення поставленої мети у процесі аналізу матеріалу формували окремі групи хворих залежно від:

- темпу росту міоми;
- розміру матки на момент оперативного втручання;
- кількості вузлів;
- локалізації й характеру збільшення основних вузлів;
- морфологічної будови вилучених міоматозних вузлів;
- характеру післяопераційної реабілітації.

Удосконалена нами реабілітаційна методика включала наступні моменти:

- лікування хворих з міомою матки репродуктивного віку, зацікавлених у збереженні фертильності, повинне бути комбінованим і включати проведення міомектомії з наступним застосуванням агоністів гонадоролінін-рилізінг-гормону (ГнРГ) або гестагенів;
- використання короткого курсу (3 міс) лікування агоністами ГнРГ як другого етапу органозберігального лікування у хворих з лейоміомою матки, що дозволяє підвищити ймовірність настання вагітності та знизити кількість рецидивів після проведеного хірургічного втручання;
- для оптимізації тактики хірургічного лікування доцільне проведення комплексного передопераційного обстеження пацієнок, що включає трансвагінальне ультразвукове дослідження у комбінації з доплерометрією і дозволяє неінвазивним шляхом оцінити темпи росту міоми, ймовірність розвитку деструктивних змін у вузлах, а також оцінити морфологічні особливості будови пухлини;
- проведення динамічного ультразвукового контролю у післяопераційний період, що дозволяє оцінити ступінь відновлення міометрія в області рубця і має велике значення для наступного виношування вагітності та визначення способу розродження.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні, функціональні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Міома матки спричинює репродуктивні проблеми у 41,2% жінок, при цьому у 31,2% пацієнок призводить до безплідності, у 14,2% хворих є причиною невиношування вагітності. Факторами ризику репродуктивних проблем за міоми матки є великі розміри, швидке збільшення пухлини, вік пацієнтки понад 30–35 років, комбінація міоми матки із запальними захворюваннями органів малого таза, ендометріозом, синдромом полікістозних яєчників.

Ультразвукове дослідження із застосуванням доплеро-метрії дозволяє прогнозувати темпи росту вузла й ризик деструкції у ньому. Достовірними критеріями швидкого росту вузла є наявність низькошвидкісного і низькорезистентного кровотоку, а також зниження систоло-діастолічного відношення як у периферійній, так і в центральній частині вузлів. Достовірними критеріями порушення постачання у вузлах міоми є наявність високошвидкісного й високорезистентного кровотоку по капсулі вузла в комбінації з низькошвидкісним і низькорезистентним кровотоком у центральній частині вузла.

Вміст рецепторів до статевих стероїдних гормонів у вузлах міоми матки залежить від віку пацієнток, розмірів міоми і морфологічної будови пухлини та не залежить від кількості і локалізації міоматозних вузлів. Вірогідно більша кількість рецепторів естрадіолу та прогестерону виявлена у пацієнток пізнього репродуктивного віку. У міоматозних вузлах більших розмірів відзначено високий вміст рецепторів прогестерону й низький – рецепторів естрадіолу. Вірогідно більшу кількість рецепторів стероїдних гормонів виявлено в міоматозних вузлах з підвищеною проліферативною активністю.

Оптимизация прегравидарной подготовки женщин с миомой матки А.А. Довгань

усовершенствование тактики прегравидарной подготовки женщин с миомой матки.

Под наблюдением находились 100 пациенток активного и позднего репродуктивного возраста (от 22 до 44 лет) с основным диагнозом «миома матки», установленным на основании комплексного обследования. Всем пациенткам была произведена консервативная миомэктомия лапаротомическим и лапароскопическим доступом вне беременности, проведен курс комплексной реабилитационной терапии в ранний и поздний послеоперационный периоды, прослежены ближайшие и отдаленные результаты.

Эффективность прегравидарной подготовки пациенток с миомой матки составила 67,0%, при этом достоверно высокая частота наступления беременности отмечена в группе пациенток, получавших в послеоперационный период терапию агонистами ГнРГ (73,0%), в том числе у женщин с репродуктивными проблемами (52,0%). Кроме того, назначение агонистов ГнРГ после операции позволяет уменьшить количество рецидивов заболевания в отдаленный период.

Усовершенствованная методика прегравидарной подготовки позволяет улучшить репродуктивный прогноз женщин с миомой матки.

миома матки, прегравидарная подготовка, оптимизация.

Показанням до проведення міомектомії у пацієнток, що планують вагітність, є міоми будь-якої локалізації понад 4–5 см у діаметрі, особливо з ультразвуковими критеріями швидкого росту вузлів і ризиком порушення постачання в них. Консервативна міомектомія дозволяє вилучити всі вузли, адекватно захити ложи вузлів, досягти повного гемостазу і тим самим створити сприятливі умови для формування морфологічно повноцінного спроможного рубця. Ультразвуковими критеріями спроможного рубця на матці після міомектомії є товщина й гомогенність міометрія, відсутність деформацій і включень у структурі рубця, адекватна васкуляризація.

ВИСНОВКИ

Ефективність прегравидарної підготовки пацієнток з міомою матки становила 67,0%. При цьому вірогідно вищу частоту настання вагітності відзначено у групі пацієнток, що отримували у післяопераційний період терапію агоністами ГнРГ (73,0%), у тому числі у жінок з репродуктивними проблемами (52,0%). Крім того, призначення агоністів ГнРГ після операції дозволяє знизити кількість рецидивів захворювання у віддалений період.

Optimization of pregravidare training of women with hysteromyoma A.A. Dovgan

to improve tactics of pregravidare training of women with hysteromyoma.

Under observation there were 100 patients of active and late genesial age (from 22 to 44 years), with the main diagnosis hysteromyoma established on the basis of complex inspection. To all patients the conservative myomectomy by laparotomy and laparoscopic accesses out of pregnancy was made, a course of complex rehabilitational therapy in the early and late postoperative period is conducted, the next and remote results are tracked.

Efficiency of pregravidary training of patients with a hysteromyoma made 67,0%, thus authentically larger frequency of offensive of pregnancy is noted in group of the patients receiving in the postoperative period therapy by agonists of GNRG (73,0%), including at women with genesial problems (52,0%). Besides, purpose of agonists of GNRG after operation allows to reduce number of recurrence of a disease in the remote period.

The advanced technique of pregravidary preparation allows to improve the genesial forecast of women with hysteromyoma.

hysteromyoma, pregravidary preparation, optimization.

Сведения об авторе

Довгань Андрей Анатольевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупи-ка, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-46

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Адамян Л.В., Зарубиани З.Р., Киселев С.И. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста. *Акушерство и гинекология* 2012;3:40–4.
- Базанов П.А., Волков Н.И. Миома

- матки и нарушения репродуктивной функции. *Проблемы репродукции* 2012;4:8:16–8.
- Буянова С.Н., Логутова Л.С., Бабунавили Е.Л. Репродуктивный прогноз при миоме матки. *Рос. вестник акушера-гинеколога* 2013;3:4:47–9.

- Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки. *Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов* 2010;3:21–2.
- Andersen J. Growth factors and cytokines in uterine leiomyomas. *Semin Reprod Endocrinol* 2010;14(3):269–82.

- Candiani GB, Fedele L. Risk of recurrence after myomectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 2011;98(4): 385–9.
- Fauconnier A, Chapron C. Recurrence of leiomyomata after myomectomy. *Human Reproduction Update* 2010;6(6):595–602.

Статья поступила в редакцию 01.09.17