

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

УДК: 618.14-007.61-006.36-059

*Абдулрахман Абдулбасет Мослем, Макарчук О.М., Кантимир С.О., Римарчук М.І., Вакалюк Л.М.***Органозберігаючий підхід у терапії лейоміоми матки**

Івано-Франківський національний медичний університет

Резюме. Одним із найбільш поширених доброякісних гіперпроліферативних захворювань жіночих статевих органів є лейоміома матки, частота якої за даними різноманітних літературних джерел у жінок репродуктивного віку складає від 20 % до 40 %, а при проведенні морфологічних досліджень макропрепаратів після гістеректомії, виявляється значно частіше – до 75-85 %. В останні роки відмічено зростання частки молодих пацієток із даною патологією. Тривалий час основним методом лікування даного захворювання була радикальна гістеректомія. В останні десятиліття досягненнями сучасної фармацевтичної промисловості та впровадженням нових технологій значимо розширилися можливості органозберігаючої терапії даного захворювання. Це привело до зміни структури втручань та зростання питомої ваги таких операцій як консервативна міомектомія, емболізація маткових артерій, гістероскопічна резекція субмукозного вузла. Дані втручання створили можливість усунути симптоми лейоміоми матки, зберігаючи при цьому шанси багатьом пацієнткам реалізувати свою фертильну функцію, але не виключили ризик та імовірність рецидиву та росту пухлини. Частота рецидивів після органозберігаючих операцій продовжує залишатися високою та складає, згідно даних різних досліджень від 2% до 50 % випадків. Враховуючи вище вказане, залишаються актуальними питання профілактики виникнення рецидиву пухлини. Діагностичною програмою із використанням ендокринологічних, імунологічних, морфологічних досліджень встановлено, що у жінок із ізольованою лейоміомою матки значно частіше виявляється локальна дисгормонемія, запальні процеси геніталій, хронічний ендометрит, патологія рецепторного апарату тканин матки, а при поєднанні лейоміоми матки із дисгормональною патологією молочної та щитовидної залози – центральна гіперпролактинемія, відносна або абсолютна гіперестрогенемія та підвищений рівень антитілоутворення. За даними літературних джерел, при наявності ізольованої лейоміоми матки рекомендована терапія, спрямована на корекцію локальних факторів: протизапальна терапія, локальна гормонотерапія, або емболізація маткових судин. У випадку поєднаної патології в першу чергу повинна проводитися корекція системних метаболічних порушень, а саме – антистрессова терапія, системна гормонотерапія, імунокорекція, лікування супутньої соматичної патології, на фоні якої також допускається локальне застосування гормонів та органозберігаючих оперативних втручань. Таким чином, сучасна медицина володіє значимим арсеналом органозберігаючих, консервативних, оперативних, в тому числі малоінвазивних методик, широкое впровадження яких дає можливість не тільки покращити «якість життя» таких пацієнтів, але і покращити показники фертильності та репродуктивного здоров'я жінки

Ключові слова: лейоміома, симптоми, консервативне лікування, органозберігаючі операції.

Одним із найбільш поширених доброякісних гіперпроліферативних захворювань жіночих статевих органів є лейоміома матки, частота якої за даними різноманітних літературних джерел у жінок репродуктивного віку складає від 20% до 40 %, а при проведенні морфологічних досліджень макропрепаратів після гістеректомії, дана нозологія виявляється значно частіше – до 75-85% [1,4,5]. Лейоміома матки – найпоширеніша доброякісна пухлина геніталій, яка в 20–45 % випадків є причиною неплідності, в 50–70 % – хірургічних втручань, у тому числі видалення органа, і, відповідно, основною причиною зниження працездатності та погіршення якості життя сучасної жінки. Такі симптоми лейоміоми, як маткова кровотеча, анемія, біль, симптоми здавлювання суміжних органів, спричиняють значне зниження фізичного здоров'я жінки та погіршення її психоемоційного стану, нерідко є причиною безпліддя у жінок, а також патологічного перебігу вагітності [2]. Звертає на себе увагу зростання в останні десятиліття частки симптомного перебігу

лейоміоми, за даними різних авторів від 60% до 75% [1-5]. В останні роки відмічено зростання частки молодих пацієток із даною патологією. Так, за даними Татарчук Т.Ф. та співавторів за 10 років спостереження жінок, що знаходилися на лікуванні в клінічних лікарнях м. Київ, значимо зросла питома вага пацієток віком від 31 до 40 років, при чому частка зовсім молодих пацієток віком до 30 років зросла практично у чотири рази [9-11].

Саме аналіз літературних джерел щодо оцінки стану даної проблеми та пошуку нових підходів до її вирішення і становив **мету** даної пошукової публікації. Прогрес фундаментальних наук, досягнутий протягом останніх десятиріч, дав можливість зробити значний крок уперед у вивченні етіології та патогенезу міоми матки, однак питання щодо провідних механізмів її розвитку і на сьогодні залишаються невизначеними і дискусійними. Дуже часто лейоміома поєднується з дисгормональними захворюваннями молочної та щитовидної залози, ожирінням та захворюваннями гепатобіліарної системи [1,9,11,12]. У разі поєднання з патологією молочної залози лейоміома матки здебільшого розвивається на тлі хронічного стресу, в осіб зі спадковою схильністю до проліферативних захворювань і обтяженим алергологічним анамнезом та супроводжується дисфункцією щитовидної залози, підвищенням індексу маси тіла, патологією печінки та серцево-судинної системи, тоді як ізольована лейоміома частіше виявляється на тлі хронічних запальних захворювань геніталій та дисбіозу вагіни, перенесених абортів, тривалого застосування засобів внутрішньоматкової контрацепції, а також післяабортних та післяпологових ускладнень [1,11,14]. Слід також відмітити, що ізольованій лейоміомі матки притаманні повільний безсимптомний ріст, іноді до великих розмірів, та симптоми здавлювання суміжних органів, у той час як розвиток поєднаної лейоміоми нерідко супроводжується швидким ростом та вираженою клінічною маніфестацією навіть за невеликих її розмірів: мено-, метрорагіями та больовим синдромом, які значно погіршують якість життя жінки [5,14,15].

Діагностичною програмою із використанням ендокринологічних, імунологічних, морфологічних досліджень встановлено, що у жінок із ізольованою лейоміомою матки значно частіше виявляється локальна дисгормонемія, запальні процеси геніталій, хронічний ендометрит, патологія рецепторного апарату тканин матки, а при поєднанні лейоміоми матки із дисгормональною патологією молочної та щитовидної залози – центральна гіперпролактинемія, відносна або абсолютна гіперестрогенемія та підвищений рівень антитілоутворення. За даними літературних джерел, при наявності ізольованої лейоміоми матки рекомендована терапія, спрямована на корекцію локальних факторів: протизапальна терапія, локальна гормонотерапія, або емболізація маткових судин. У випадку поєднаної патології, в першу чергу повинна проводитися корекція системних метаболічних порушень, а саме – антистрессова терапія, системна гормонотерапія, імунокорекція, лікування супутньої соматичної патології, на фоні якої також допускається локальне застосування гормонів та органозберігаючих оперативних втручань [1-4,5,12].

Проте, не дивлячись на значний прогрес у вивченні морфології та патогенезу лейоміоми матки, а також сучасні успіхи фармацевтичної промисловості та розвиток нових технологій, слід відмітити, що хірургічний метод лікування даної патології (гістеректомія та міомектомія) залишається

провідним. Операції з приводу лейоміоми матки складають 80 % планових оперативних втручань, при цьому у 90 % випадків гістеректомія виконується жінкам у репродуктивному віці [4,15]. Однак дане оперативне втручання є незворотною втратою здатності до народження дітей [4,15]. В той же час, зростання частки молодих жінок із даною гінекологічною проблемою та їх бажання зберегти матку як орган, є досить вагомим та складає, за даними різних авторів від 42% до 65 % [5]. Також аналіз структури мотивації до збереження матки як органу, проведений окремими авторами та викладений у публікаціях, дозволив виявити збільшення частки жінок старших вікових груп, що, очевидно, пов'язано із суспільною активністю сучасної жінки, її свідомим відтермінуванням виконання нею своєї фертильної функції до більш зрілого віку. З іншої сторони впровадження сучасних репродуктивних технологій значно розширює вікові рамки фертильності жінки та створює можливості виношування та народження дітей і в перименопаузальному періоді [11,12,14].

Все вище вказане обґрунтовує необхідність більш широкого впровадження в практику лікування лейоміоми матки органозберігаючих методик та пошуку індивідуальних підходів до ведення даної категорії пацієнток. Як відомо, вибір методу лікування лейоміоми матки залежить від розмірів пухлини, клінічної симптоматики, локалізації вузлів, віку пацієнтки, її репродуктивних планів, а також в значній мірі, від соматичної патології, асоційованої із даним пухлинним утвором. Без сумніву, що основною метою органозберігаючої, консервативної терапії лейоміоми матки є усунення її симптоматики, відновлення репродуктивної функції, досягнення стійкого меностазу та профілактика розвитку онкологічної патології матки та ендометрію. В патогенетичному лікуванні міоми застосовують негормональні препарати та гормонотерапію, спрямовану та пригнічення росту пухлини, а також профілактику розвитку ускладнень. Враховуючи результати фундаментальних досліджень та погляди на механізми розвитку лейоміоми, впроваджено програми антистресової та імунomodельючої дії, а також протизапальну, антиоксидантну, ангіопротекторну, антиагрегантну терапію, вітаміни та лімфодренажні середники [1,3,5,12].

Гормональна терапія є найбільш частим підходом у лікуванні гіперпроліферативних процесів матки, і використання її ґрунтується на концепції гормонозалежності пухлини, що передбачає створення абсолютної або відносної гіпоестрогенемії. Проте, застосування прогестагенів та оральних контрацептивів в основному спрямоване на усунення симптомів мено-метрорагії, суттєво не впливає на розміри міоматозних вузлів та викликає цілий ряд побічних ефектів, а при тривалому використанні вимагає ретельного моніторингу системи гемостазу та ліпідограма [13,14,17].

Висока частота поєднання лейоміоми матки та супутньої соматичної патології (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ожиріння, захворювання гепатобіліарної системи) вимагають попередження системних ефектів гестагенів, що передбачає використання їх локально шляхом введення внутрішньоматкової системи, що містить левоноргестрел. Поряд із ефективністю щодо клінічної симптоматики лейоміоми, профілактики поєднаної з нею гіперплазії ендометрію, використання вказаної внутрішньоматкової системи не супроводжується побічними системними ефектами (головна біль, масталгія, акне). Однак її застосування не несе за собою доказових ефектів щодо зменшення розмірів фіброматозних вузлів і матки в цілому, та має ряд протипоказань (субмукозний вузол, поліпоз ендометрію) [2]. Базуючись на гіпотезі, що передбачає наявність прогестерон-залежних міом, та відповідно збільшенні їх розмірів у випадку використання прогестагенів, в літературі відмічено повідомлення щодо застосування препаратів антипрогестеронової дії (мефіпристон), які вказують на значиме на 26,5%, зменшення середнього об'єму матки при трьохмісячному курсі вико-

ристання даного препарату [2].

Виходячи із даних літератури про стимулюючий вплив як естрогенів, так і прогестерону на міоматозні вузли, найбільш патогенетично обґрунтованим методом гормонального лікування лейоміоми, без сумніву, є препарати, які пригнічують синтез статевих стероїдів. І на сьогодні поширеним методом зниження синтезу яєчникових стероїдних гормонів є медикаментозна менопауза, якої вдається досягнути шляхом використання аналогів гонадотропін-релізинг-гормонів (аГн-Рг). Препарати даної групи пригнічують синтез естрогенів та прогестерону шляхом блокади продукції гонадотропних гормонів гіпофізу, таким чином створюючи стан керованої гіпогормонемії. Естрогеновий та прогестероновий дефіцит обумовлює фон, на тлі якого спостерігається редукція маткового кровотоку, зменшення пухлини та ступеню вираженості симптоматики. Поряд з тим, аГн-Рг пригнічують активність ряду факторів росту (зокрема інсуліноподібний фактор росту¹, епідермальний фактор росту), пригнічують клітинну проліферацію, а також знижують чутливість пухлини до естрогенів. Слід також відмітити високу ефективність даної групи препаратів щодо усунення симптомів міоми, як по відношенню до припинення кровотечі, зниження проявів болювого синдрому, так і щодо зменшення розмірів вузлів. Однак, застосування даних середників обмежено значимою часткою побічних естрогендефіцитних станів, таких як вегето-судинні та психопатологічні прояви, а при тривалому застосуванні – метаболічними розладами трофіки кісткової тканини. Враховуючи вище вказане, препарати даної групи можуть бути рекомендовані у програмі консервативної терапії лейоміоми як самостійний метод пацієнткам перименопаузального віку та в якості комплексної або комбінованої передопераційної підготовки [1,5,7,8].

В останні роки в літературі зустрічаються повідомлення щодо використання з метою створення гіпогормонального фону антигонадотропінів, що володіють здатністю пригнічувати секрецію ФСГ та ЛГ і таким чином блокують яєчниковий стероїдогенез (даназол та похідні норстероїдів – гестринон). Однак широке впровадження даних препаратів обмежено їх побічними андрогенними ефектами.

Таким чином, досягненнями сучасної фармацевтичної промисловості та впровадженням нових технологій значимо розширилися можливості органозберігаючої терапії даного захворювання. Це привело до зміни структури втручань та зростанням питомої ваги таких операцій як консервативна міомектомія, емболізація маткових артерій, гістероскопічна резекція субмукозного вузла. З розвитком лапароскопічної хірургії в Німеччині була розроблена методика лапароскопічного міолізісу (коагуляції міоми). Лапароскопічний міолізіс та лазерна фотокоагуляція міоми із введенням лазерного світоводу у пухлину під інтраопераційним ультразвуковим контролем застосовується переважно при невеликих вузлах [15]. Нові можливості у органозберігаючій терапії міоми появились із впровадженням у практику мінімально інвазивних технологій, серед яких найбільш перспективним методом є ендovasкулярна білатеральна емболізація маткових артерій [16]. Дані втручання створили можливість усунути симптоми лейоміоми матки, зберігаючи при цьому шанси багатьом пацієнткам реалізувати свою фертильну функцію, але не виключили ризик та імовірність рецидиву та росту пухлини, тому частота рецидивів після органозберігаючих операцій продовжує залишатися високою та складає, згідно даних різних досліджень, від 2 % до 50 % випадків [5]. Крім того, як би не удосконалювалися методики оперативних органозберігаючих втручань, вони все ж залишаються операціями із супроводжуваними їх недоліками та ускладненнями.

Висновки

Таким чином, сучасна медицина володіє значимим арсеналом органозберігаючих, консервативних, оперативних, в

тому числі малоінвазивних методик, широке впровадження яких дає можливість не тільки покращити «якість життя» таких пацієнтів, але і покращити показники фертильності та репродуктивного здоров'я жінки. Оптимізація алгоритмів органозберігаючого лікування лейоміоми відкриває нові перспективи з точки зору збереження репродуктивного потенціалу, що має велике медичне, соціальне та економічне значення. Враховуючи велику поширеність, діаметрально протилежні трактування механізму розвитку пухлини, відсутність уніфікованих підходів до діагностики та диференційованого органозберігаючого лікування лейоміоми, перспективним залишається подальше вивчення етіології та патогенезу і розроблення системи надання лікувально-профілактичної допомоги жінкам з даною патологією.

Література

1. Донская Ю.В. Стратегия лечения сочетанных гормонозависимых заболеваний у женщин репродуктивного возраста / Ю.В.Донская, В.А.Потапов, М.В.Медведев//
2. Косей Н. В. Оптимизация органосохраняющего лечения лейомиомы матки с применением левоноргестрел-выделяющей системы / Н. В. Косей // Здоровье женщины. – 2007. – № 3 (31). – С. 91–97.
3. Косей Н. В. Фітотерапія в лікуванні дисгормональних доброякісних захворювань молочних залоз у жінок з лейоміомою матки / Н. В. Косей // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 4 (38). – С. 171–173.
4. Майоров М.В. Миома матки: хирургический экстремизм или медикаментозный консерватизм? /М.В.Майоров// Провизор . – 2002. - № 7. – С.36-38.
5. Потапов В.О. Прогнозування рецидивів лейоміоми матки та ефективності різних методів її органозберігаючого лікування / В.О.Потапов, М.В.Медведев, Ю.В.Донська, Н.К.Рубан//Медицинские перспективы. – 2012. – Т.17, № 4. – С. 44-48.
6. Самойлова Т.Е. Эмболизация маточных артерий в лечении лейомиомы матки. / Т.Е. Самойлова , О.И.Волков, Л.С.Коков // Анналы хирургии. – 2003. - № 4. – С.12-17.
7. Сидорова И. Роль факторов роста и экстрацеллюлярного матрикса в патогенезе простой и прлиферирующей миомы матки / И.Сидорова // Врач. – 2004. - № 1. – С.30-31.
8. Сольский Я. П. Опыт применения агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов в лечении миомы матки / Я. П. Сольский, Т. Ф. Татарчук, Н. В. Косей, С. И. Луценко // Здоровье женщины. – 2001. – № 1. – С. 40–45.
9. Татарчук Т. Ф. Тиреоидный гомеостаз и дисгормональные нарушения репродуктивной системы женщины / Т. Ф. Татарчук, Н. В. Косей, А. О. Исламова // Эндокринная гинекология (клинические очерки) / под ред. Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольского. – К. : «Заповіт», 2003. – С. 200–216.
10. Татарчук Т. Ф. Современные аспекты органосохраняющей терапии лейомиомы матки / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, Д.М. Могилевский, Е. И. Сухоребрая, И. Н. Шакало // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 1 (25). – С. 123–129.
11. Татарчук Т. Ф. Клинико-морфологические критерии лейомиомы матки у женщин позднего репродуктивного возраста / Т. Ф. Татарчук, Т. Д. Задорожная, Д. М. Могилевский, Н. В. Косей // Український морфологічний альманах. – 2006. – Т. 4, № 3. – С. 85–88.
12. Татарчук Т. Ф. Органосохраняющая терапия лейомиомы матки (дифференцированные подходы) // Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей // Ліки України. – 2008. – № 9 (125–126). – С. 36–40.
13. Татарчук Т. Ф. Жировая ткань и репродуктивная система женщины / Т. Ф. Татарчук, Н. В. Косей, И. Ю. Ганжий // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 5 (39). – С. 49–58.
14. Хомінська З. Б. Особливості загального та місцевого гормонального гомеостазу у жінок з гіперплазією ендометрію в перименопаузі / З.Б. Хомінська, Г.М. Васильчук, Н.В. Косей, Д.М. Могилевський // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – № 1/2. – С. 353–354.
15. Garry R. Which hysterectomy? A detailed comparison of laparoscopic, vaginal and abdominal hysterectomy. Menorrhagia. / R.Garry, S.Shett, C.Sutton // Iss Medical Media Ltd. – 1999. – P. 239-252.
16. Phillips D.R. Fibroids and menorrhagia: the role of myolysis. Menorrhagia. / D.R. Phillips, S.Shett, C.Sutton // Iss Medical Media Ltd. – 1999. – P. 164-165.
17. Sabry M. Innovative Oral Treatments of Uterine leiomyoma / Obstetrics Gynecology International. - 2012. – P.1-10.

Abdulrahman Abdulbaset Moslem, Makarchuk O.M., Kantymyr S.O., Rymarchuk M.I., Vakaliuk L.M.

Органосохраняющие подход в терапии миомы матки

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Резюме.

Одним из самых распространенных доброкачественных гиперпролиферативных заболеваний женских половых органов является лейомиома матки, частота которой согласно различных литературных источников у женщин репродуктивного возраста составляет от 20% до 40 %, а при проведении морфологических исследований макропрепаратов после гистерэктомии, оказывается значительно выше - до 75-85 %. В последние годы отмечен рост доли молодых пациенток с данной патологией. Долгое время основным методом лечения заболевания была радикальная гистерэктомия. В последние десятилетия в связи с достижениями современной фармацевтической промышленности и внедрением новых технологий более значимыми стали возможности органосохраняющей терапии данного заболевания. Это привело к изменению структуры вмешательств и росту удельного веса таких операций как консервативная миомэктомия, эмболизация маточных артерий, гистероскопическая резекция субмукозного узла. Данные вмешательства создали возможность устранить симптомы миомы матки, сохраняя при этом шансы многим пациенткам реализовать свою фертильную функцию, но не исключили риск и вероятность рецидива и роста опухоли. Частота рецидивов после органосохраняющих операций продолжает оставаться высокой и составляет согласно данным различных исследований от 2% до 50% случаев. Учитывая выше указанное, остаются актуальными вопросы профилактики рецидива опухоли. Диагностической программой с использованием эндокринологических, иммунологических, морфологических исследований установлено, что у женщин с изолированной лейомиомой матки значительно чаще обнаруживается локальная дисгормонемия, воспалительные процессы гениталий, хронический эндометрит, патология рецепторного аппарата тканей матки, а при сочетании миомы матки с дисгормональной патологией молочной и щитовидной железы - центральная гиперпролактинемия, относительная или абсолютная гиперэстрогемия и повышенный уровень антителообразования. Согласно данным литературных источников, при наличии изолированной миомы матки рекомендуется терапия, направленная на коррекцию локальных факторов: противовоспалительная терапия, локальная гормонотерапия, или эмболизация маточных сосудов. В случае сочетанной патологии в первую очередь должна проводиться коррекция системных метаболических нарушений, а именно - антистрессовая терапия, системная гормонотерапия, иммунокоррекция, лечение сопутствующей соматической патологии, на фоне которой также допускается локальное применений гормонов и органосохраняющих оперативных вмешательств. Таким образом, современная медицина располагает значительным арсеналом органосохраняющих, консервативных, оперативных, в том числе малоинвазивных методик, широкое внедрение которых дает возможность не только улучшить «качество жизни» таких пациентов, но и улучшить показатели фертильности и репродуктивного здоровья женщины

Ключевые слова: лейомиома, симптомы, консервативное лечение, органосохраняющие операции .

Abdulrahman Abdulbaset Moslem, O.M. Makarchuk, S.O. Kantymyr, M.I. Rymarchuk, L.M. Vakaliuk

Organ-Preserving Approach in Treatment of Uterine Leiomyoma

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. Uterine leiomyoma is one of the most common benign hyperproliferative diseases of the female reproductive organs. According to the literature, its prevalence among women of reproductive age is estimated to be approximately 20–40%. Moreover, it is diagnosed more often (up to 75–85%) when carrying out morphological investigations of macro specimens after hysterectomy. In recent years the proportion of young patients with this pathology has increased. For a long period of time radical hysterectomy has been the most common method used to treat the disease. During the past decades the possibilities of organ-preserving treatment of the disease expanded due to the achievements of modern pharmaceutical industry and implementation of new technologies. As a result, surgical interventions themselves changed and the proportion of surgeries such as conservative myomectomy, uterine artery embolization, hysteroscopic resection of submucous fibroid increased. The data on surgical interventions allowed

us to eradicate the symptoms of uterine leiomyoma preserving fertility in many patients, however, the risk of tumor recurrence and growth is still present. The recurrence rate after organ-preserving surgeries remains high and, according to the results of various studies, accounts for 2-50% of cases. Considering the above-mentioned data prevention of tumor recurrence is of great relevance. Based on the results of diagnostic program including endocrinologic, immunological and morphological investigations there was found that in women with isolated uterine leiomyoma dyshomonal disease, inflammatory processes of the genital organs, chronic endometritis, pathology of the receptor apparatus of uterine tissues occur more often; hyperprolactinemia, relative or absolute hyperestrogenemia and increased production of antibodies are more often diagnosed in women with uterine leiomyoma and co-existent dyshomonal pathology of the mammary and thyroid glands. According to the literature, in isolated uterine leiomyoma therapy aimed at correcting

local factors including anti-inflammatory therapy, local hormone therapy or uterine artery embolization is recommended. In comorbidity correction of systemic metabolic disorders, namely anti-stress therapy, systemic hormone therapy, immune system correction, treatment of co-existent somatic pathology which may include local use of hormones and organ-preserving surgical interventions should be performed first of all. Thus, modern medicine has in its arsenal various organ-preserving, conservative, and surgical methods of treatment including minimally invasive ones implementation of which allows us to improve quality of life in such patients as well as to enhance their fertility and reproductive health.

Keywords: *leiomyoma; symptoms; conservative treatment; organ-preserving surgeries.*

Надійшла 29.02.2016 року.

УДК 616.833-053.34+616-055.52-085.851

Куля О.О.

Психологічні аспекти допомоги матерям дітей з перинатальними ураженнями нервової системи

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

Луцький клінічний пологовий будинок, Луцьк, Україна

e-mail: kulya.olena@gmail.com

Резюме: Перинатальна психологія – унікально новий напрямок розвитку психології, що є дуже затребуваний в сучасній медичній практиці. Частота перинатальних уражень нервової системи в Україні складає від 16 до 43 % всіх захворювань дітей першого року життя, з них гіпоксично - ішемічні ураження нервової системи – від 47 до 60 %. З метою узагальнення і представлення сучасного погляду на проблему психологічного стану матерів дітей з перинатальними ураженнями нервової системи та надання їм відповідної допомоги проведено огляд спеціалізованої літератури.

Вкрай важливе значення мають психологічні особливості прийняття батьками хворих дітей. Накопичені дані, які вказують на те, що рання і високоякісна взаємодія між батьками і дитиною має позитивний вплив на когнітивний і соціальний розвиток дитини. Вважається, що психологічний супровід сімей, де є дитина з ураженням центральної нервової системи, починаючи з раннього неонатального періоду, актуальний для фасилітації повноцінного нормативного проживання горя, а також для поліпшення якості медичного обслуговування. Робота психолога повинна бути направлена на роботу з емоціями батьків для зменшення емоційної напруги, рівня стресу та формування позитивної установки відносно виходжування немовляти. Рекомендують проводити короткочасні сеанси психотерапії. Одним із напрямків якої є позитивна психотерапія, що спрямована на виявлення та активізацію певних можливостей для подолання складних ситуацій і хвороб.

Важливо забезпечити комунікацію батьків з лікарями неонатологами, неврологами, реаніматологами.

Коли інвалідності дитини уникнути не вдасться, батьки переживають повторну трагедію. Відразу після повідомлення діагнозу - шок та невизначеність, панічний жах перед невідомим. Далі настає поступове протиріччя між розумінням проблеми на раціональному рівні та її неприйняття на рівні емоцій і почуттів. Наступним етапом є агресія, що проявляється емоційними спалахами і спрямована на оточуючих. Поступово приходиться віра у зцілення, помилковість діагнозу, змінює її депресія. І, на кінець, настає період прийняття факту порушення розвитку, поява інтересу до навколишнього середовища, відкриття нових можливостей самореалізації.

Дослідники вказують на високу частоту (до 80 %) стійких дисадаптаційних реакцій у таких сім'ях. Ці реакції скеровують енергію внутрішнього конфлікту в спосіб, який частково веде до зняття психічної напруги, але аж ніяк не до вирішення проблеми.

Фахівцям слід працювати над тим, щоб матір зуміла побачити те, якою є дитина, її особистість в усій багатогранності, а не сфокусувала увагу на чомусь одному.

У батьків особливої дитини є певні загальні особливості особистості - сенситивність та гіперсоціалізація, контрастне поєднання

яких сприяє виникненню внутрішнього морально-етичного конфлікту. Наступна особливість - захисний характер поведінки (відсутність відкритості, безпосередності, невимушеності в спілкуванні), що обумовлено психотравмуючим досвідом міжособистісних відносин.

Матері дитини-інваліда гостро відчують потребу в авторитетній фігурі, на яку могли б опертися у своєму нещасті. Великою підтримкою є можливість спілкування з іншими батьками хворих дітей.

Отже, проведені дослідження дозволяють зробити наступні висновки:

1. Народження дитини з ураженням ЦНС сприймається як велика трагедія і супроводжується стресовим станом матері та членів сім'ї.

2. Важливо, щоб працювала мультидисциплінарна група спеціалістів вже у пологовому будинку, яка здатна запропонувати батькам етапи подальшої терапевтичної співпраці та програму адекватної реабілітації.

3. Наслідки перинатального ураження нервової системи – це складна біопсихосоціальна реальність, яка викликає цілий комплекс психологічних реакцій у матері дитини. Нерозуміння та недооцінка психосоціального компоненту інвалідності дитини та негативних психологічних реакцій матері може призвести до блокування життя та втрати позитивних наявних можливостей як у дитини, так і в матері.

Ключові слова: *перинатальна психологія, перинатальне ураження нервової системи, позитивна психотерапія, особлива дитина, реабілітація.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Перинатальна психологія і психологія репродуктивної сфери жінки і чоловіка – унікально нові напрями розвитку психології, що є дуже затребувані в сучасній медичній практиці. Успіхи медицини призводять до зменшення смертності дітей з патологією центральної нервової системи (ЦНС) чи глибоко недоношених, що раніше було несумісним з життям [18, 25]. Психопрофілактична робота з вагітною чи породиллею стають дуже актуальними при виконанні завдань становлення перинатальної психотерапії як системи лікувальних чи профілактичних дій на психіку жінки в антенатальному, інтранатальному та постнатальному періодах [1, 14].

Частота перинатальних уражень нервової системи в Україні складає від 16 до 43 % всіх захворювань дітей першого року життя, з них гіпоксично - ішемічні ураження нервової