

УДК 618.11\19

© В. О. Бенюк, Я. М. Винярьський, В. М. Гончаренко, 2011.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОПЕРАТИВНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЛЕЙОМІОМУ МАТКИ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

В. О. Бенюк, Я. М. Винярьський, В. М. Гончаренко

*Кафедра акушерства і гінекології №3 (зав. кафедри – проф. В. О. Бенюк),
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ.*

WAYS OF IMPROVEMENT OF GYNAECOLOGICAL CARE TO THE PATIENTS BY THE LEIOMYOMA OF UTERUS ON THE AMBULATORY STAGE

V. O. Benyuk, Y. M. Viniarsky, V. M. Goncharenko

SUMMARY

Materials of the use of remistip are in-process presented at gysteroscopia in with the purpose of prophylaxis of complications. On materials of inspection and treatment 39 patients are with the leiomyoma of uterus, which was conduct gysteroscopia, high efficiency of remistip is shown as preparation of prophylaxis of complications of operative treatment of leiomyoma of uterus.

ПУТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

В. А. Бенюк, Я. М. Винярьский, В. Н. Гончаренко

РЕЗЮМЕ

В работе представлены материалы использования Ремистипа при гистерорезектоскопии в амбулаторных условиях с целью профилактики осложнений. На материалах обследования и лечения 39 пациенток с лейомиомой матки, которым в амбулаторных условиях проводилась гистерорезектоскопия, показана высокая эффективность Ремистипа в качестве препарата профилактики осложнений оперативного лечения лейомиомы матки.

Ключові слова: лейомиома матки, гістерорезектоскопія, Ремистип.

Міома матки є одним з пухлинних захворювань жіночої статеві системи, проте чинить значний несприятливий вплив на репродуктивне здоров'я жінки. Частота первинного безпліддя спостерігається у 18-24% хворих міомою матки, а вторинного – у 25-30%. Нині відмічено «омолоджування» цього захворювання, яке нерідко виявляють в 20-30-річному віці. Міома матки виявляється у кожній третій жінки у віці за 35 років, що робить це захворювання поширеним у жінок дітородного віку.

Враховуючи, що міома матки стрімко «молодіє», і виявляється навіть у жінок, які не народжували, питання розробки нових органозберігаючих методів лікування постають доволі гостро. До сьогоднішнього дня в Україні видалення матки залишається практично єдиним методом боротьби з цією недугою, тому органозберігаючий підхід в лікуванні лейомиоми матки є основним пріоритетним напрямом в гінекології і викликає все більший інтерес серед акушерів-гінекологів [2, 4, 6, 7].

Молоді жінки з нереалізованою генеративною функцією, що страждають безпліддям або невиплоду вагітності, потребують малоінвазивне хірургічне лікування, що дозволяє не лише повністю видалити патологічний осередок, але і відновити реп-

родуктивний потенціал. Це розширює показання до міомектомії, вважаючи її одним з етапів комплексного лікування безпліддя. Бажання пацієнток в наступному мати дитину і відмова від радикального об'єму оперативного втручання поступово сприяли тому, що міомектомія, у тому числі і з використанням гістероскопії, в тому числі і в амбулаторних умовах, стала загальноприйнятим методом хірургічного лікування міоми матки [1, 3, 5].

В теперішній час медична галузь в Україні проходить етап реформування, метою якого є оптимізація кадрового, матеріально-технічного ресурсів для досягнення нового, більш якісного рівня медичної допомоги населенню.

Одним з напрямків по покращенню якості гінекологічної допомоги є розвиток та удосконалення амбулаторного ланцюга і окремо розвиток амбулаторної оперативної гінекології. До цього є певні передумови, а саме: розвиток ендоскопічного обладнання, що дозволяє мінімізувати оперативні ризики та обсяг оперативного втручання, сучасне анестезіологічне забезпечення, перегляд окремих догм та постулатів лікувально-діагностичної тактики по ряду нозологій. Все це надає змогу зробити оперативну гінекологічну допомогу доступнішою для населення, зменшити вартість медичної

допомоги, наблизитися до стандартів лікування європейських країн. У зв'язку з чим удосконалення амбулаторної гінекологічної допомоги, а також введення поняття «медична послуга одного дня» в умовах існуючого гінекологічного стаціонару є перспективним та пріоритетним напрямком сучасної медичної науки.

Прогрес в розвитку медичної техніки дозволив розвивати цілий напрямок – внутрішньоматкову хірургію, що дозволяє зберегти репродуктивне здоров'я жінкам з лейоміомою матки, скоротити собівартість і терміни лікування. У той же час, розвиток цього напрямку примушує удосконалювати методики ендоскопічних операцій, вирішувати нові завдання не лише шляхом удосконалення апаратури, але і впровадженням нових фармакологічних засобів, що дозволяють перейти на новий якісний рівень в оперативній гінекології.

На нашу думку, використання синтетичного аналога гормону задньої долі гіпофіза вазопресину (Ремистипа) – є новою віхою у внутрішньоматковій хірургії. Ремистип створює виражену судинозвужувальну дію за рахунок підвищення тонуусу гладких м'язів судинної стінки. Він викликає звуження артерій, вен і венул, особливо в черевній порожнині. Це призводить до зменшення кровотоку в гладком'язових органах (у тому числі і матці), при цьому не скорочуючи гладком'язові волокна, що особливо важливе при виконанні внутрішньоматкових маніпуляцій.

Метою нашого дослідження стало вивчення ефективності використання Ремистипу при гістерорезектоскопії у жінок з субмукозною формою лейоміоми матки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Нами вивчена медична документація 39 жінок з лейоміомою матки в репродуктивному віці, які про-

ходили лікування в центрі загальної гінекології, гінекологічної ендокринології і репродуктивної медицини КЛ «Феофанія», м. Київ.

Вік жінок, що увійшли до групи спостереження, коливався від 20 до 45 років і в середньому склав $38,0 \pm 2,3$ роки.

Хворі були розділені на дві порівняльні групи, яким проводилося загальноклінічне обстеження згідно регламентуючих наказів МОЗ України. Діагностика субмукозної форми лейоміоми матки проводилася з використанням ультразвукового дослідження з наступним виконанням гістерорезектоскопії. Отриманий матеріал направляли на гістологічне дослідження, залежно від результатів якого пацієнткам застосовувалася подальша лікувальна тактика. Хворим першої групи (19 жінок) проводилася гістерорезектоскопія з використанням Ремистипа, який вводився інтрацервікально в дозі 400 мкг в 10 мл фізіологічного розчину за 15 хвилин до оперативного втручання. Пацієнткам другої групи (20 жінок) проводилася гістерорезектоскопія за загальноприйнятою методикою.

Аналіз отриманих даних показав, що при виконанні гістерорезекції субмукозних лейоматозних вузлів у 14 (70,0%) хворих другої групи відзначалася кровотеча з ложа вузла і використання пуговчатого електроду не завжди дозволяло отримати гемостаз, що змушувало використовувати Окситоцин при операції і Дицинон в післяопераційному періоді. Призначення Окситоцину призводило до скорочення матки і, як наслідок, до звуження оперативного внутрішньоматкового простору. Слід також відмітити, що кровотеча з ложа призводила до необхідності додаткового промивання порожнини матки, що призводило до перевитрати проточної рідини і збільшення тривалості операції (табл. 1).

Таблиця 1

Особливості оперативного лікування в групах

	1 група (n=19)	2 група (n=20)
Тривалість хірургічного втручання (хв)	26±8	42±13
Об'єм використаної проточної рідини (л)	4,6±0,3	5,9±1,2
Післяопераційне призначення кровозупинних засобів	1 (5,2%)	4 (20,0%)
Післяопераційне призначення утеротонічних засобів	2 (10,4%)	16 (80,0%)

Ультразвукове дослідження органів малого тазу проводили по загальноприйнятим методикам трансабдомінального і трансвагінального дослідження. Ультразвукова діагностика виконувалася з доплерометрією і методикою кольорового доплерівського картування (КДК) з метою аналізу ефективності дії препарату. КДК включала визначення інтенсивності кровотоку. Для артеріальних судин оцінювали максимальну швидкість кровотоку (МАШ), індекс рези-

стентності (ІР) для венозних – максимальну швидкість кровотоку (МВШ).

Параметри кровотоку в судинах матки в спектральному доплерівському режимі мали значну відмінність залежно як від типу досліджуваної судини (аркуата, радіальна артерія, спіральна артеріола), так і від фази менструального циклу у жінок репродуктивного віку. Усі жінки репродуктивного віку були обстежені на 4-10 день менструального циклу.

Хворим першої групи проводилося ультразвукове дослідження маткового кровотоку до і 10-15 хвилин після дії Ремистипа (рис. 1, 2). Аналіз отриманих

даних показав, що введення цього препарату призвело до вираженого (у 1,8 рази) зниження загального кровотоку в судинах матки (табл. 2).

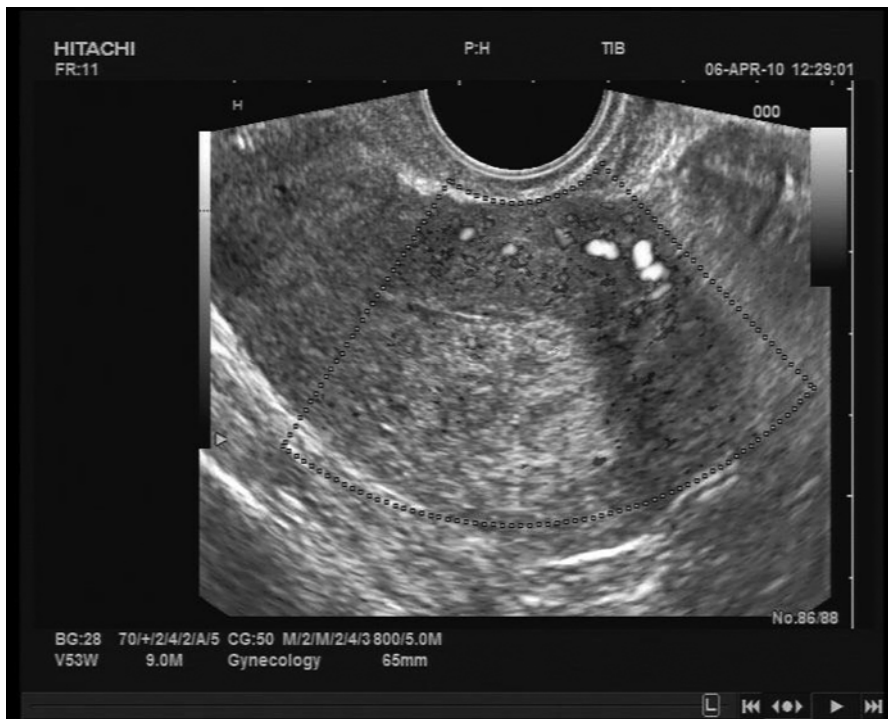


Рис. 1. Доплерографія судин матки до введення Ремистипу.

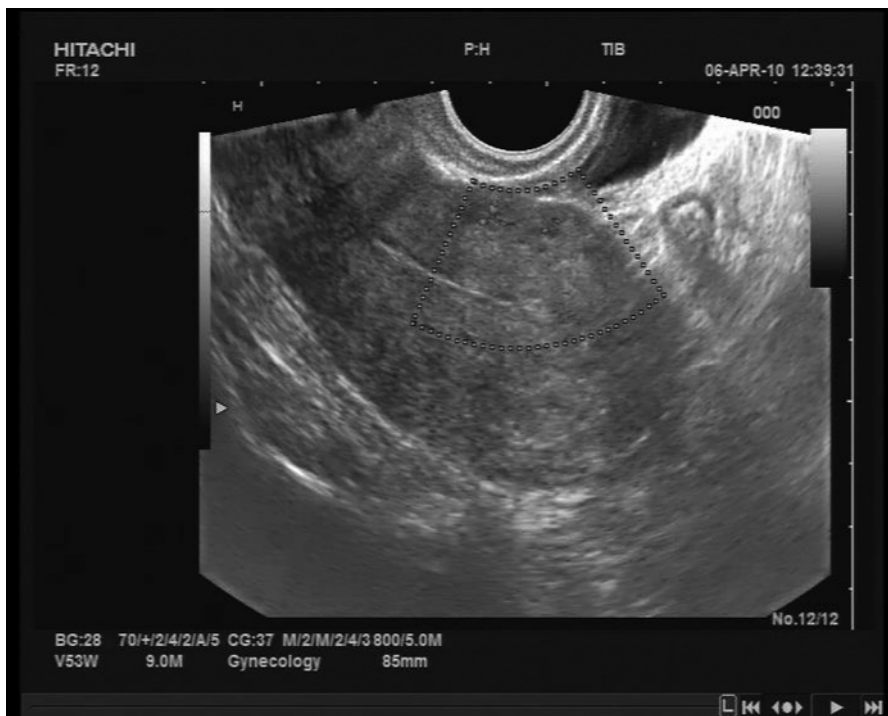


Рис. 2. Доплерографія судин матки після введення Ремистипу.

Таблиця 2

Доплерометричні показники маткового кровотоку (максимальна артеріальна швидкість (МАШ), см/с)

	Маткова артерія	Аркуатна артерія	Радіальна артерія
До введення препарату	42,4±0,4	30,2±0,4	10,2±0,2
Після введення препарату	24,0±0,6	17,1±0,5	6,1±0,3

При візуальному огляді матки гістероскопом було відмічено, що різко змінювався колір ендометрія, останній був знекровленим, блідим, при виконанні оперативного втручання не кровоточив, тоді як у пацієнток другої групи спостерігався яскравий червоний колір і виражена кровоточивість.

ВИСНОВКИ

1. На нашу думку, використання Ремистипа є перспективним при виконанні гістерорезектоскопії, особливо в амбулаторних умовах, що дозволяє скоротити тривалість оперативного втручання, скоротити матеріальні витрати, пов'язані з її проведенням, попередити післяопераційні ускладнення.

2. Останнім часом все більшого поширення набула практика амбулаторного («офісного») виконання гістероскопічних операцій, впровадження цієї методики дозволить перевести амбулаторну оперативну гінекологічну допомогу на новий якісний рівень, підвищити ефективність і безпеку методу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савицкий Г. А. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. – СПб, 2000.

2. Діагностичний алгоритм втручання маткової патології із застосуванням гістероскопії в жінок репродуктивного віку / В. О. Бенюк, В. В. Курочка, В. М. Гончаренко [та ін.] // Здоровье женщины. – 2009. – № 6 (42). – С. 54–56.

3. A possible role of the cytochrome P450c17alpha gene (CYP17) polymorphism in the pathobiology of uterine leiomyomas from black South African women: a pilot study / F. Amant, C. M. Dorfling, J. de Brabanter [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2004. – Vol. 83 (3). – P. 234–239.

4. Broder M. S. Improving treatment outcomes with a clinical pathway for hysterectomy and myomectomy / M. S. Broder, S. Bovone // J. Reprod. Med. – 2002. – Vol. 47 (12). – P. 999–1003.

5. Bulun S. E. Expression of the CYP19 gene and its product aromatase cytochrome P450 in human uterine leiomyoma tissues and cells in culture / S. E. Bulun, E. R. Simpson, R. A. Word // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1994. – Vol. 78 (3). – P. 736–743.

6. Use of oral contraceptives and uterine fibroids: results from a case-control study / F. Chiaffarino, F. Parazzini, C. La Vecchia [et al.] // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1999. – Vol. 106 (8). – P. 857–860.

7. Fujii S. [Uterine leiomyoma: pathogenesis and treatment] Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi. – 1992. – Vol. 44 (8). – P. 994–999.