

УДК 618.14-089.87.053.84-039.71

© Ю. П. Вдовиченко, М. Л. Куземенская, 2011.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕКАПЕПТИЛА-ДЕПО В КОМБИНАЦИИ С КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Ю. П. Вдовиченко, М. Л. Куземенская

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (зав. кафедрой – проф. Ю. П. Вдовиченко),  
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, г. Киев.  
Кафедра акушерства и гинекологии (зав. кафедрой – проф. В. И. Бойко) медицинского института  
Сумского государственного университета, г. Сумы.*

### EFFICIENCY OF A USE DEKAPERTILA-DEPOT IN COMBINATION WITH CONSERVATIVE MYOMECTOMY IN WOMEN REPRODUCTIVE AGE WITH LEIOMYOMA

J. P. Vdovichenko, M. L. Kuzemenska

#### SUMMARY

The aim of the work is to increase the efficacy of organ preserving surgical treatment in reproductive patients with hysteromyoma by the operation technique improving at conservative hysteromyoma. The suggested modification of the conservative hysteromyoma technique significantly decreases the surgical intervention duration, blood loss volume, length of hospital stay, decreases the frequency of intra- and postoperative complications, it shows the appropriateness of its using in practical operative gynecology at organ preserving uterine operation doing.

### ЕФФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ДЕКАПЕПТИЛА-ДЕПО В КОМБІНАЦІЇ З КОНСЕРВАТИВНОЮ МІОМЕКТОМІЄЮ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

Ю.П. Вдовиченко, М. Л. Кузьоменська

#### РЕЗЮМЕ

Метою роботи з'явилося підвищення ефективності органозберігаючого хірургічного лікування пацієнток з міомою матки репродуктивного віку, удосконалюючи методику операції консервативної міомектомії. Запропонована модифікація методики консервативної міомектомії суттєво знижує тривалість оперативного втручання, обсяг крововтрати, зменшує частоту інтра- та післяопераційних ускладнень. Що обумовлює доцільність його застосування в практичній оперативній гінекології при виконанні органозберігаючої операції на матці.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормона.

Проблема сохранения репродуктивной функции женщин с миомой матки приобрела в настоящее время чрезвычайно большую социальную и медицинскую значимость, обусловленную не только возросшей заболеваемостью, появлением опухоли в молодом возрасте, но также отсутствием достаточно четких представлений о состоянии здоровья женщин после гистерэктомии.

По мере накопления знаний, представления о возможности предоставления органосохраняющих операций расширяются и углубляются, что позволяет сохранить детородную функцию 70-90% женщин с миомой матки [4].

Катамнестические обследования после гистерэктомии показывают нарушения комфорта жизни и здоровья женщин. В тоже время индивидуальная способность пациента к функционированию в обществе, социальная его удовлетворенность являются важными критериями оценки эффективности лечения [5].

Согласно новой информации об этиологии и патогенезе лейомиомы матки, при условии ранней диагностики, патогенетическая терапия может полностью заменить хирургическое вмешательство или значительно уменьшить его объем. Это привело к существованию тенденции комплексного консервативного ведения данных гинекологических больных [2].

Под комплексным консервативным ведением подразумевается сочетание проведения оперативной (с применением минимизации хирургической травмы) миомэктомии и медикаментозной терапии при раннем выявлении заболевания. В результате консервативного лечения у больных наблюдается стабилизация роста опухоли, уменьшение размеров узлов, болевого синдрома. Препаратами, используемыми в качестве консервативной терапии лейомиомы матки являются антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) и антигонадотропины [3, 6].

По данным литературы, назначение антагонистов ГнРГ позволяет уменьшить размеры лейомиомы матки на 30-50%.

Благодаря развитию новых малоинвазивных медицинских технологий, органосохраняющие операции при миоме матки на сегодняшнее время выполняются лапаротомно и путем лапароскопии. Известно, что лапароскопия имеет ряд преимуществ по отношению к «открытым» операциям. Прежде всего, это малая травматизация, высокие технические возможности, снижение длительности пребывания больных в стационаре, снижение риска возникновения грыж в послеоперационном периоде. Единого мнения относительно показаний к проведению лапароскопической или открытой миомэктомии нет [1].

Основная цель реконструктивно-пластических операций при миоме матки – это сохранение матки как органа, что в дальнейшем позволяет прооперированным женщинам сохранить репродуктивную и менструальную функции.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности комбинированного лечения пациенток с лейомиомой матки с применением препаратов аГнРГ в пред- и послеоперационном периодах.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 148 женщин репродуктивного возраста от 20 до 39 лет с лейомиомой матки. Средний возраст оперированных женщин составил  $30,1 \pm 2,3$  года. Первичным бесплодием страдали 30,0% пациенток, вторичным – 70,0%.

Всем больным проводилось традиционное общеклиническое обследование, УЗ-сканирование органов малого таза для уточнения локализации и размеров узлов матки на аппарате Aloka-1700 трансвагинальным и трансабдоминальным датчиками.

Пациентками основной группы были 81 женщина с межмышечными, мышечно-подбрюшинными узлами от 1 до 6 см в диаметре. Данной группе было проведено комплексное консервативное лечение лейомиомы матки с учетом возраста, репродуктивных планов, а также назначался аГнРГ в пред- и послеоперационном периодах. Через 3-4 недели после введения аГнРГ больные были прооперированы. В группу сравнения вошли 67 женщин с традиционной консервативной миомэктомией. Единичные миоматозные узлы были выявлены у 41,5% женщин, множественные – у 58,5%.

Показанием к оперативному лечению в обеих группах было первичное бесплодие – 30,0%, вторичное – 70,0% женщин, прогрессирующий рост миоматозных узлов у женщин с нереализованной детородной функцией.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе проведенного исследования, были выявлены следующие результаты. У основной груп-

пы женщин достоверно ( $p < 0,05$ ) сократилась продолжительность операции в среднем на  $40,20 \pm 5,23$  мин. В группе пациенток, прооперированных по традиционной методике, средняя продолжительность оперативного вмешательства была  $60,00 \pm 10,00$  мин.

При наличии лейомиомы матки с множественными узлами, пациенткам назначалась Транексановая кислота 10-15 мг/кг интраоперационно. Матка после вылушивания узлов ушивалась викрилом. Гемотрансфузий в I и II группах не было ни в одном случае. Средняя кровопотеря составила  $120,0 \pm 10,0$  мл, в группе сравнения –  $310,0 \pm 10,0$  мл. В группе сравнения пришлось в 5 случаях проводить повторное введение Транексановой кислоты в послеоперационном периоде. Также в данной группе было достоверное снижение уровня Hb и гематокрита.

Технические сложности, несмотря на наличие множественных узлов, в I группе не наблюдались, а во II подгруппе – у 9 (10,2%) пациенток было диффузное кровотечение.

Послеоперационный период протекал без осложнений в I группе. Во II подгруппе у 7 (8,0%) женщин наблюдались гематомы.

Консервативная миомэктомия была произведена в 8 (44,4%) случаях лапаротомно, в 10 (55,7%) случаях – лапароскопически.

#### ВЫВОДЫ

1. Приведенные данные убедительно свидетельствуют о высокой эффективности комбинированного лечения (предоперационная подготовка аналогами ГнРГ, консервативная миомэктомия) больных с бесплодием и невынашиванием беременности, обусловленным наличием лейомиомы матки.

2. Применение аналогов ГнРГ в качестве предоперационной подготовки позволяет снизить травму матки при хирургическом вмешательстве, уменьшить объем интраоперационной кровопотери, чаще использовать для проведения консервативной миомэктомии лапароскопический доступ и, таким образом, добиться максимально положительного результата в лечении больных с бесплодием.

3. Таким образом, в последнее десятилетие в современной гинекологии произведен значительный скачок развития органосохраняющих методов лечения лейомиомы матки, что дает возможность оказывать помощь женщинам с данной патологией на качественно новом профессиональном уровне и сохранить фертильную функцию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адаян Л. В. Лапароскопическая миомэктомия при лечении миомы матки / Адаян Л. В., Кулаков В. И., Кисилев С. И. // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки / под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адаян. – М. – Т. 1. – С. 78–85.

2. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии / Вихляева Е. М. – М: МИА, 2000. – С. 427–439.

3. Консервативна міомектомія: лікувальні підходи / І. З. Гладчук, Н. М. Рожковська, Н. М. Назаренко [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2006. – № 4. – С. 50–52.

4. Кулаков В. И. Миомэктомия и беременность / В. И. Кулаков, Г. С. Шмаков. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 344 с.

5. Савицкий Г. А. Миома матки. Проблемы пато-

гене́за и патогенетической терапии / Савицкий Г. А. – СПб.: МедПресс, 2000. – С. 14–30.

6. Wood C. Removal of fibromyomas by laparoscopic surgery after preoperative GnRH Analogue – an alternative to abdominal hysterectomy or myomectomy / C. Wood, P. Maher // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 36, N 4. – P. 464–468.