

УДК 618.14-006.363.03-036.82

© Колектив авторів, 2012.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

Н. С. Вереснюк, В. І. Пирогова, М. В. Томич, І. В. Верніковський, М. Й. Малачинська

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФГДО (зав. – професор В. І. Пирогова), Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львівський обласний клінічний перинатальний центр, м. Львів.

DIFFERENTIATED GOING TO REHABILITATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN PATIENTS WITH LEIOMYOMA OF UTERUS

N. S. Veresnyuk, V. I. Pyrohova, M. V. Tomych, I. V. Vernikovskyy, M. I. Malachynska

SUMMARY

In the article the differentiated going is driven to realization of conservative myomectomy in patients with the leiomyoma of uterus depending of localization of knots and desire to save a reproductive function. Advantages over and lacks of different operative accesses are brought at operations on an uterus. Expediency of the use of agonists of GnRH and terlipressin is led to during myomectomy.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Н. С. Вереснюк, В. И. Пирогова, Н. В. Томич, И. В. Верниковский, М. Й. Малачинская

РЕЗЮМЕ

В статье приведены дифференцированные подходы к проведению консервативной миомэктомии у пациенток с лейомиомой матки в зависимости от локализации узлов и желания сохранить репродуктивную функцию. Приведены преимущества и недостатки разных оперативных доступов при органосохраняющих операциях на матке. Доказана целесообразность использования агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов и терлипрессина во время миомэктомии.

Ключові слова: лейомиома матки, міомектомія, гістероскопія, лапароскопія.

Лейомиома матки – одна з найпоширеніших пухлин жіночої статеві сфери, частота якої складає 20,0-45,0% [4, 6]. В останні роки спостерігається збільшення частоти виявлення даної патології, що, перш за все, пов'язано з покращенням діагностичних можливостей. В структурі гінекологічної захворюваності лейомиома посідає друге місце після запальних захворювань матки та додатків. Частота оперативних втручань з приводу лейомиоми матки серед всіх гінекологічних операцій сягає до 80,0%. Незважаючи на значну поширеність, ступінь малігнізації даної пухлини дуже низький – від 0,1 до 0,004%. У 15,0-30,0% випадків лейомиома є причиною невиношування вагітності, а в 20,0-40,0% – безплідності. Виявлення лейомиоми матки найчастіше припадає на вік 30-35 років. Однак в останні роки спостерігається тенденція до «помолодшання» даної патології. Вона може зустрічатися у пацієнток у віці 20-25 років, тобто ще до реалізації репродуктивної функції, оскільки в умовах сьогодення у зв'язку з соціальними чинниками жінки все частіше відкладають народження дітей на більш пізній період репродуктивного віку. Тому особливо актуальним в сучасних умовах є питання органозберігаючих операцій на матці,

які дозволяють, з одного боку, повністю видалити патологічний субстрат, а з іншого – зберегти або відновити репродуктивну функцію.

Вибір оперативного доступу при виконанні міомектомії значною мірою залежить від розмірів та локалізації вузлів [5, 6].

При субмукозній локалізації вузлів проводиться гістероскопічна міомектомія. При наявності субсерозних вузлів на ніжці операцією вибору є лапароскопічна міомектомія. Однак у зв'язку з випадками розриву матки по рубцю після лапароскопічних міомектомій виконання даної операції лапароскопічним доступом при іншій локалізації вузлів залишається предметом дискусій і до сьогодення [7, 8]. Водночас лапаротомний доступ при виконанні міомектомії дозволяє максимально відновити структуру та цілісність органу, забезпечити формування повноцінного рубця на матці [1, 5].

Одним зі шляхів підвищення результативності проведення консервативної міомектомії є використання в передопераційному періоді агоністів гонадотропін-рилізінг гормонів (ГнРГ) з метою зменшення розмірів вузлів, що веде до зменшення

крововтрати та часу проведення операції. У той же час, в останні роки з'являється все більше досліджень, які демонструють, що передопераційне використання агоністів ГнРГ може вести до збільшення частоти рецидивів лейоміоми матки за рахунок «маскування» вузлів невеликих розмірів і затруднення енуклеації вузлів за рахунок морфологічних змін їх капсул [3].

За морфологічними особливостями лейоміома матки може бути проста (переважання сполучнотканинного компоненту) і проліферуюча (клітинна, відрізняється пухлинною прогресією). При проліферуючій лейоміомі після видалення вузлів можливе продовження росту багатьох інших зачатків росту пухлини. Тому рецидиви лейоміоми після консервативної міомектомії мають місце в 15,0-37,0% випадків [2], що має визначати обсяг реабілітаційних заходів.

Мета: проаналізувати та оптимізувати критерії диференційованого підходу до проведення органозберігаючих операцій на матці у пацієнок з лейоміомою з метою реабілітації репродуктивної функції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням на базі ЛОКПЦ перебувало 62 пацієнтки віком від 21 до 44 років, яким з травня 2010 р. по травень 2011 р. було виконано міомектомію.

Верифікація діагнозу лейоміоми базувалась на клініко-анамнестичних даних, результатах загального, спеціального гінекологічного обстеження, лабораторних, ехографічних та ендоскопічних методів дослідження.

Ультразвукове обстеження органів малого тазу проводилось за допомогою ультразвукової діагностичної системи HDI 5000 Sono CT (Philips Ultrasound, США, 2004). Ехографію проводили за стандартною методикою в режимі реального часу з використанням конвексного трансабдомінального (2-5 МГц) та трансвагінального (5-9 МГц) датчиків. В ході обстеження детально оцінювали розміри і структуру матки та яєчників, величину, локалізацію та кровопостачання лейоміоматозних вузлів.

В 5 випадках з метою диференційної діагностики здійснювали МРТ органів малого тазу на системі ЯМР-томографії «Signa Contour 0,5T».

Діагностично-операційну гістероскопію проводили за допомогою гістероскопа фірми «Карл Шторц» (Німеччина) з використанням рідинної технології під довшим знечуленням. Морфологічне дослідження отриманого з порожнини матки матеріалу проводилось з використанням звичайних гістологічних методик (фіксація матеріалу розчином формаліну, забарвлення гематоксилін-еозином) та світлової мікроскопії.

За показаннями в першу фазу менструального циклу під ендотрахеальним наркозом виконували оперативну лапароскопію з використанням

ендоскопічної апаратури та інструментарію фірми «Карл Шторц» (Німеччина).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок склав 32,2±3,5 років. Основними скаргами пацієнок при зверненні були безплідність, гіперполіменорея, невиношування вагітності. У 2 (3,2%) пацієнок в анамнезі вже мала місце консервативна міомектомія.

Показами до операції були гіперполіменорея, підготовка до допоміжних репродуктивних технологій, підозра на вторинні дегенеративні зміни вузлів, бажання жінки зберегти репродуктивну та менструальну функцію.

Всім пацієнткам перед проведенням міомектомії проводили біопсію ендометрію з наступним патоморфологічним дослідженням матеріалу, отриманого з порожнини матки.

Вибір оперативного доступу при виконанні міомектомії значною мірою залежав від локалізації, розмірів, кількості вузлів, а також від супутньої гінекологічної та соматичної патології.

У 7 (11,3%) пацієнок під час гістероскопії було підтверджено наявність субмукозних вузлів розміром від 1 до 4 см. Основними скаргами у хворих із субмукозною локалізацією вузлів були гіперполіменорея та безпліддя. Пацієнтки даної групи з метою підготовки до операції отримували 2 ін'єкції агоністів гонадотропін-релізинг-гормону (золадекс, «Astra Zeneca») в дозі 3,6 мг підшкірно 1 раз на 28 днів, після чого було проведено гістерорезектоскопічне видалення субмукозних вузлів. Використання золадексу у даній категорії пацієнок сприяло полегшенню технічного виконання резекції субмукозних вузлів за рахунок атрофічних змін ендометрію та незначного зменшення розмірів вузлів.

У 39 (60,0%) пацієнок при ультразвуковому обстеженні було діагностовано лейоміоматозні вузли, локалізовані субсерозно або інтрамурально, що визначало вибір оперативного доступу у них. Даній категорії хворих було проведено консервативну міомектомію лапаротомним доступом. У 22 (56,4%) випадках під час виконання реконструктивно-пластичних операцій на матці з метою зменшення інтраопераційної кровотечі доведено (n=15) чи місцево (n=7) під капсулу вузла (у розведенні 1:10) вводили аналог вазопресину – терліпресин (реместип, «Ferring Pharmaceuticals»), основним ефектом якого є виражена вазоконстрикція. Кількість видалених вузлів у однієї жінки коливалась від 1 до 8, величина – від 1,5 см до 20 см. Середні розміри видалених вузлів становили 6,4±3,2 см. При виконанні міомектомії намагались дотримуватись принципу видалення максимальної кількості вузлів через мінімальну кількість розрізів на матці з подальшим пошаровим ушиванням стінки матки вікриловими швами. З метою профілактики утворення зростів у 16 пацієнок на ділянку швів на матці наносили

гель Intercoat чи бар'єрну сітку Interceed. У зв'язку з наявною супутньою патологією органів малого таза поряд з консервативною міомектомією під час лапаротомії у 10,3% жінок було виконано тубектомію з приводу гідросальпінксу, у 23,1% – цистектомію з приводу ендометріодних, дермоїдних та серозних кіст яєчників, в 2,6% – видалення фіброми яєчника. Слід відзначити, що у пацієнок, які отримували під час операції терліпресин, вдалось зменшити інтраопераційну кровотрату майже вдвічі ($p < 0,05$), в середньому зі $150,6 \pm 18,3$ мл до $85,5 \pm 12,6$ мл, та скоротити тривалість операції зі $105,2 \pm 11,2$ до $68,1 \pm 8,2$ хвилин ($p < 0,05$). З усіх видалених лейоміоматозних вузлів лапаротомним доступом у 3 (7,7%) випадках мали місце вторинні дегенеративні зміни. В післяопераційному періоді всім пацієнкам, прооперованим лапаротомним доступом, з метою профілактики рецидиву захворювання призначали 3 ін'єкції агоністів ГнРГ (золадекс в дозі 3,6 мг) з інтервалом 28 днів, а для профілактики післяопераційних ускладнень – дистрептазу ректально з п'ятого дня по 1 супозиторію 2 рази на добу протягом перших трьох днів, потім по 1 супозиторію 2 рази на добу протягом наступних 6 днів.

16 (25,0%) пацієнкам була виконана лапароскопія з приводу безплідності трубного генезу чи кіст яєчників з одночасним проведенням консервативної міомектомії субсерозних вузлів розміром від 0,5 см до 4 см. Видалення даних вузлів не супроводжувалось утворенням дефекту стінки матки та не вимагало проведення її ушивання.

Період післяопераційного періоду та тривалість перебування пацієнок в стаціонарі значною мірою залежали від оперативного доступу, який використовувався при проведенні міомектомії. Так, потреба у використанні знеболюючих препаратів в післяопераційному періоді була значно меншою у хворих, міомектомія яким виконувалась лапароскопічним доступом чи під час гістероскопії, порівняно з пацієнками, які були прооперовані лапаротомно ($p < 0,05$). Тривалість перебування в стаціонарі була найменшою у пацієнок із субмукозними вузлами, видалення яких виконувалось гістероскопічно і становило в середньому $1,3 \pm 0,6$ дні, дещо довше на стаціонарному лікуванні знаходились пацієнтки після лапароскопічного видалення субсерозних вузлів (в середньому $3,1 \pm 1,1$ день). Середній ліжко-день у пацієнок, які були прооперовані лапаротомним доступом, становив $5,4 \pm 1,5$ днів. В жодному випадку не було виявлено

утворення післяопераційних гематом.

Всі пацієнтки проходили плановий післяопераційний огляд з ультразвуковим обстеженням через 1, 3 та 6 місяців. Рецидивів та ускладнень за період спостереження виявлено не було. Пацієнкам з репродуктивними планами вагітніти дозволяли через пів року після проведеної операції.

ВИСНОВКИ

1. Хірургічне лікування хворих з лейоміомою матки вимагає індивідуалізованого підходу. Вибір доступу та об'єму оперативного втручання у пацієнок з лейоміомою матки повинен базуватись на даних загально-клінічного обстеження, результатах ехографічних та ендоскопічних досліджень з урахуванням віку хворої, кількості, величини та локалізації вузлів, а також подальших репродуктивних планів пацієнтки.

2. Використання терліпресину та агоністів ГнРГ дозволяє скоротити час проведення органозберігаючої операції на матці, зменшити об'єм інтраопераційної кровотрати та запобігти рецидиву захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, В. А. Лебедев [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. 7, № 4. – С. 7–18.
2. Реабілітація репродуктивної функції у жінок з лейоміомою матки / Г. Є. Яременко, А. Г. Коломійцева, Л. В. Діденко [та ін.] // Жіночий лікар. – 2011. – № 1 (33). – С. 38–40.
3. Тихомиров А. Л. Миома матки // А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. – М. : МИА, 2006. – 176 с.
4. Шиляев А. Ю. Лейомиома матки (в помощь начинающему врачу) / А. Ю. Шиляев // Гинекология. – 2005. – Т. 7, № 1. – С. 65–70.
5. Gambadauro P. Dealing with uterine fibroids in reproductive medicine / P. Gambadauro // J. Obstet. Gynaecol. – 2012. – Vol. 32 (3). – P. 210–216.
6. Olive D. L. The surgical treatment of fibroids for infertility / D. L. Olive // Semin. Reprod. Med. – 2011. – Vol. 29 (2). – P. 113–123.
7. Pregnancy and delivery outcome after laparoscopic myomectomy with a 6 years-FU / M. P. Radosa, T. S. Bernardi, A. Weisheit [et al.] // Gynecological Surgery. – 2010. – Vol. 7, Suppl. 1. – P. 56.
8. What are women's preferences regarding open and laparoscopic myomectomy, and why? / A. Quintas, L. Montes, A. Gtzoulous [et al.] // Gynecological Surgery. – 2010. – Vol. 7, Suppl. 1. – P. 56–57.