

УДК 618.177:616-08

О.О. КОРЧИНСЬКА, Н.І. ТЕЛКОВА, М.І. ТЮШКО*, О.Ю. ОНОПКО*, М.І. МАР'ЯН*

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології * Ужгородський міський перинатальний центр, Ужгород*

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕПЛІДДЯ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

В статті розглянуті основні питання діагностики та сучасні методи лікування непліддя, оскільки в останні десятиліття спостерігається "омолодження" даного захворювання, при якому лейоміома матки все частіше виявляється у молодих жінок, що не народжували у віці 20-25 років і навіть у дівчат 16-18 років, що обумовлює необхідність перегляду тактики ведення пацієнток з даною патологією.

Ключові слова: непліддя, лейоміома матки, діагностика, лікування

Лейоміома матки на сьогодні залишається однією з найбільш актуальних проблем у сучасній гінекології як найбільш розповсюджена доброякісна пухлина геніталій. Безпліддя трапляється за статистичними даними у 23,5% випадків хворих з міомою у зв'язку з попереднім розладом роботи яєчників з формуванням менструального циклу за типом ановуляторного.

Досить часто у жінок репродуктивного віку виникають питання, що стосуються можливості вагітності, як з міомою, так і після операції з приводу її видалення. Прийняття правильного рішення щодо тактики ведення конкретної хворої є дуже важливим етапом. Лейоміома – це доброякісна пухлина матки, яка діагностується у 50-60% жінок. Згідно зі статистичними даними, лейоміома виникає у кожної третьої жінки старше 35 років, тому це захворювання частіше трапляється саме в дітородному віці [1, 3, 5, 11]. Ризик виникнення міом зростає при наявності таких пухлин у родичів, також якщо жінка не народжувала, або якщо в неї спостерігається ожиріння [4, 13, 21, 25]. Чинники, які впливають на ризик розвитку міоми:

- жінки з однією або більше вагітностями в анамнезі мають знижений ризик розвитку лейоміоми;

- використання протизаплідних пігулок може взагалі захистити від міоми, але використання пігулки в ранньому віці (між 13 і 16 роками) може підвищувати ризик розвитку лейоміом [7, 9, 12];

- пацієнтки, які курять, мають низький ризик розвитку міоми, що пов'язано зі зниженням ефекту естрогенів на фоні куріння.

Постановка діагнозу ґрунтується на детальному зборі анамнезу і фізикальному обстеженні. Підвищену увагу слід надавати особливостям анамнезу, пов'язаних з менструаціями, зі статевим життям, із сечовипусканням і з функцією кишечника. При пальпації живота над лобковим симфізом може виявлятися пухлиноподібне утворення, для якого характерна щільна консистенція, що може зміщуватись з боку в бік.

За останній період частота виявлення лейоміоми матки під час вагітності зростає: по-перше, середньостатистична породілля «постаріла» (а гор-

мональні порушення частіше трапляються саме після 30 років), по-друге, стрімко удосконалюються методи діагностики, зокрема, все ширше застосовується УЗД [9, 15]. Труднощі при зачатті, обумовлені міомою, пояснюються самими різноманітними факторами, серед яких: здавлювання маткових труб, що утруднює пересування сперматозоїдів, і порушення овуляції.

Саму по собі лейоміому не вважають причиною безпліддя, проте якщо всі встановлені причини його усунені, видалення міоми значно підвищує вірогідність зачаття. Щоправда, це стосується пухлин, розмір яких менше 12-тижневої вагітності [2, 8, 14]. Якщо ж лейоміома велика і деформує порожнину матки, зберегти здатність до народження після видалення пухлини достатньо складно, тим більше, що така операція може супроводжуватися кровотечею, що найчастіше вимагає видалення матки. Вважається, що при наявності лейоміоми збільшується ризик самовільного викидню і передчасних пологів. Це пов'язують із зменшенням вільного місця для плода в матці за рахунок міоматозних вузлів, а також з підвищенням скоротливої активності матки. Вважається, чим більше розмір міоми, тим вища ймовірність передчасних пологів. Але величезне значення відіграє місце розташування лейоміоми і наявність її контакту з плацентою [7, 9, 17].

Міома великих розмірів впливає також на ріст і розвиток плоду. Є випадки народження дітей з деформацією черепа та кривошиєю, що зумовлені тиском міоми. У вагітних з великими лейоміомами частіше народжуються діти з низькою вагою. Для розвитку вагітності необхідне підвищене утворення як естрогенів, так і (у ще більшому ступені) прогестерону, які суттєво впливають на стан міоми [11, 22, 23, 27].

При вагітності, крім гормональних змін, відбуваються і чисто механічні – збільшення і розтягнення м'язової оболонки матки, посилення кровотоку в її стінці. Вплив цих змін на вже існуючу міому залежить від того, де саме і як вона розташована, якою мірою «захопила» матку. В основному, незначне збільшення розмірів міоми спостерігається в першому і другому триместрах, а в тре-

тому, навпаки, існує тенденція до зменшення її. В цілому, істотне зростання міоми під час вагітності спостерігається рідко і практично не ускладнює перебіг вагітності [11, 12, 15]. Найчастіше під час вагітності спостерігається інше явище – так звана дегенерація (тобто руйнування) міоми, що пов'язане з некрозом тканин, утворенням набряків, кіст, кровотечами і т.д. Дегенерація може відбутися на будь-якому терміні вагітності, а також у післяпологовий період – це залежить від розташування міоми. Причини дегенерації до кінця не з'ясовані, але велику роль відіграють як гормональні (підвищений вміст прогестерону), так і судинні й механічні зміни [8, 13, 32]. Якщо міоматозний вузол розташований в порожнині матки, в її стінці або в перешийку таким чином, що деформує порожнину, то в цьому випадку вагітність фізіоло-

гічно неможлива. Вузли такого розташування відіграють роль “спіралі”, тобто контрацептивну. Сперматозоїди ніби «осідають» на поверхні таких вузлів, не доходячи до маткової труби. Таким чином, «зустріч» яйцеклітини зі сперматозоїдом неможлива. Такі вузли необхідно видалити оперативним шляхом [26].

Якщо невеликі міоматозні вузли (до 3-4 см), розташовуються в товщі стінки матки або зовні, тобто мають субсерозну локалізацію, в цих випадках відсутня деформація порожнини, і вагітність може настати без перешкод. З такими вузлами можна планувати вагітність. Надалі можливі проблеми, пов'язані з виношуванням, однак їх частота, за літературними даними, в середньому складає 15-20%. На рисунку 1 представлені різні типи розташування лейоміоматозних вузлів [4, 12].

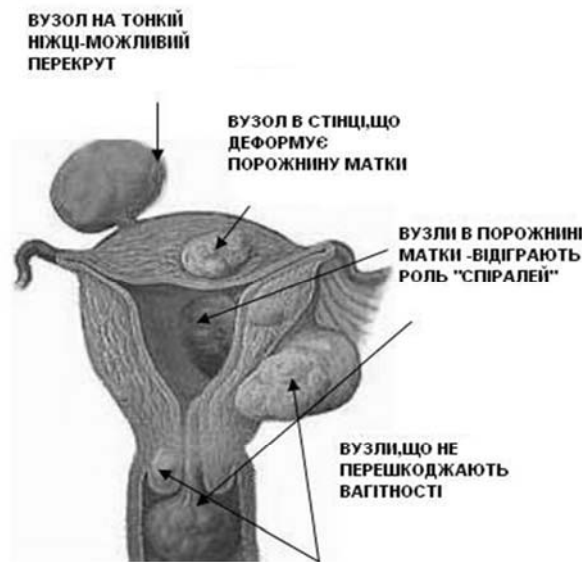


Рис. 1. Варіанти локалізації міоматозних вузлів.

Якщо за даними УЗД і спостереження за захворюванням, міома матки має тенденцію до швидкого зростання, тобто збільшує свої розміри в 1,5-2 рази протягом 6 місяців, планувати вагітність не рекомендується [13, 15, 28]. Це пов'язано з високим ризиком росту міоми під час вагітності, можливістю порушення кровопостачання у вузлах, а також високим ризиком невиношування. В таких випадках попередньо необхідне проведення оперативного лікування. При наявності лейоміоми матки великих розмірів, що перевищують 10-12 тижнів вагітності (а при проведенні ЕКО при наявності міоми, діаметром більше 4 см), планувати вагітність також не варто, оскільки наявна висока ймовірність викиднів і виникнення порушення кровопостачання пухлини (показ до екстреного оперативного втручання) [10, 29, 32]. При цьому, настання вагітності малоімовірно, оскільки в 60-70% випадків наявність таких міом супроводжується патологією ендометрію, що призводить до немож-

ливості імплантації ембріона. За літературними даними відомо, що після видалення міоматозних вузлів ймовірність невиношування вірогідно нижче [16, 18, 22].

Передбачити «поведінку» лейоміоми матки під час вагітності неможливо, оскільки вона обумовлена генетичною схильністю. За даними світової літератури [2], 65-75% міоматозних вузлів зменшуються в розмірах, в середньому, на 30%. Однак 25-35% лейоміоматозних вузлів можуть під час вагітності рости, при цьому їх об'єм, як правило, збільшується в 2 рази, тобто на 100% [1, 20].

Найбільш простим методом діагностики лейоміоми матки є бімануальна пальпація. Також застосовують ультрасонографію, соногістерографію, гістероскопію і магнітно-резонансну томографію. Трансвагінальна ультрасонографія має найменшу чутливість і специфічність, проте це кращий метод для початкового дослідження за критеріями неінвазивності і співвідношення вартість / ефектив-

ність. МРТ незамінна у випадках, коли необхідно точно встановити локалізацію вузлів (зазвичай перед операцією), але в той же час це і найдорожчий метод. Соногістерографію і гістероскопію можна використовувати для оцінки протяжності вузлів, хоча ці методи дослідження достатньо інвазивні.

За допомогою гістросонограми визначають відношення лейоміоми щодо порожнини матки. При даному дослідженні сольовий розчин, який добре відокремлює стінки, через катетер обережно закрапають в порожнину матки, що дозволяє за допомогою ультразвуку виявити аномалії всередині органу. Сольовий розчин протікає навколо міоми. Гістросонограма також дозволяє вимірювати відстані від міоми до стінок матки.

За допомогою гістросальпінгограми діагностують лише підслизові лейоміоми, які з'являються, як "дефекти наповнення", або спотворюють порожнину, при цьому, використовують рентгеноконтрастний барвник для візуалізації порожнини матки. Гістросальпінгограма має додаткову перевагу, яка дозволяє визначити, чи є непрохідними маткові труби.

За допомогою розміщення волоконно-оптичних телескопів, які використовують при гістроскопії, через піхву і шийку можна виявити лейоміоми, які знаходяться в порожнині матки або викликають суттєве викривлення самої порожнини. У безплідної жінки це ключовий діагностичний інструмент. Гістроскопія не може виявити міоми в м'язовій стінці матки, якщо вони не викликають викривлення порожнини. Вони також не можуть визначити лейоміоми великих розмірів, які знаходяться за межами стінки матки.

Протягом багатьох років лейоміома лікувалась, в основному, за допомогою трансабдомінальної гістеректомії і міомектомії, але за останнє десятиліття, завдяки вдосконаленню сонографії, значно розширилися терапевтичні підходи щодо лікування. Вони включають консервативне лікування, наприклад, застосування аналогів гонадотропін-рилізінг гормону з допоміжною терапією або без неї, а також емболізацію маткових артерій і методики з мінімальним оперативним доступом – такі як міомектомія і гістеректомія, що проводяться за допомогою ендоскопії [2, 19, 23].

Консервативне лікування лейоміоми полягає у гальмуванні росту пухлини. Конкретні методи залежать від причини виникнення міоми і її індивідуальних властивостей. При вагітності залізодефіцитна анемія часто сприяє росту і розвитку міоми – це один із безлічі аргументів на користь необхідності систематичного дослідження крові у вагітних. Як лікувально-профілактичні засоби при лейоміомі матки, зазвичай, призначаються препарати заліза, білкова дієта, вітаміни групи В, аскорбінова і фолієва кислоти. Велике значення мають також вітаміни Е і А, які мають регулюючий вплив на нейроендокринну систему в цілому і знижують

чутливість статевих органів до естрогенів [3, 8, 17]. У пацієток з лейоміомою матки нерідко спостерігається порушення ліпідного обміну, що призводить до надлишкової ваги тіла. У таких випадках необхідна корекція харчового режиму: обмеження споживання вуглеводів, заміна тваринних жирів рослинними, включення в раціон фруктових та овочевих соків. Застосовують гормональні препарати – призначають засоби, що містять прогестерон (це знижує здатність клітин до поділу, гальмуючи таким чином ріст пухлини).

Якщо ріст лейоміоми зупинити не вдається, вирішують питання щодо хірургічних методів лікування. Оперативні втручання на матці знижують народжуваність, оскільки вони викликають післяопераційні спайки і рубці, що пошкоджують маткові труби. Підслизові міоми у безплідних жінок краще видалити за допомогою оперативної гістроскопії [13, 19, 24, 25].

Втручання, що виконуються у жінок, щоб зберегти можливість для народження, включають:

- черевну міомектомію, що показана при лейоміомах великих розмірів або при декількох міомах. При лапароскопічній міомектомії, за допомогою волоконно-оптичного телескопа, що вводиться через крихітний розріз в ділянці або нижче пупка, хірург візуалізує матку. Додаткові крихітні розрізи використовуються для введення довгих тонких інструментів, якими можна маніпулювати для видалення пухлини. Лапароскопія є найбільш придатною для жінки з однією або двома невеликими або середніх розмірів лейоміомами, що розташовані на поверхні матки [2, 27];

- гістроскопічну міомектомію : довгі, тонкі хірургічні інструменти можуть бути введені в матку за допомогою оперативного каналу в гістроскопі. Ця процедура може бути виконана тільки якщо міоми розташовані в порожнині матки [29];

- однією з сучасних, перспективних, малоінвазивних методик лікування лейоміоми є рентгенхірургічна ендоваскулярна білатеральна емболізація маткових артерій (ЕМА), в результаті якої в судинах, що живлять міому матки, повністю зупиняється кровотік [9, 28]. Головним є те, що на судини здорового міометрія емболізація не робить жодного впливу. Це пояснюється особливістю будови і техніки самої процедури. Після зупинки кровотоку клітини, що формують міому, некротизуються. Протягом декількох тижнів здійснюється їх природне заміщення сполучною тканиною. В ході «розсмоктування» нової тканини відбувається значне зменшення або повне зникнення вузлів, при цьому симптоми міоми зникають. У переважній більшості випадків (98,5%) після процедури емболізації немає необхідності ніякого іншого лікування міоми матки. В наш час у світі проводиться більше 100 тис. ЕМА за рік. Частота клінічної ефективності в зменшенні хронічного тазового болю склала 79,1, альгоменореї – 53,3%. Середній обсяг матки через 6 міс. після ЕМА зменшився на 40,1%,

через 12 міс. – на 66,3%, обсяг домінантного фіброматозного вузла – на 54,1 – 71,2% відповідно.

Але емболізація маткових артерій має негативний вплив на функцію яєчників, оскільки відбувається різке зниження антимюллерового гормону, який походить з оваріального резерву. ЕМА призводить до пошкодження яєчників і руйнує яйцеклітини. При дослідженнях виявили ускладнення вагітності після ЕМА, тому цей метод не рекомендується для жінок, котрі бажають зберегти репродуктивну функцію [14,15].

Після видалення міоми матки будь-яким доступом (лапаротомія, лапароскопія) вагітність дозволяється через 8–12 місяців, що залежить переважно від розмірів видаленого вузла. При пухлинах невеликих розмірів (в середньому 3–4 см) планування вагітності можливе через 8 місяців. Ці обмеження пов'язані з особливостями загоєння м'язів матки. У середньому, тільки розсмоктування швів повністю закінчується через 90 днів від дати операції. Враховуючи той факт, що під час вагітності відбувається дуже значне

збільшення матки в розмірах, тобто її м'язові волокна розтягуються і гіпертрофуються досить сильно, необхідне повноцінне загоєння рубця на матці для планування вагітності. Тим не менше, більшість міом не впливає на фертильність. Жінки з великими міомами мають підвищений ризик виникнення ускладнення під час вагітності, такі як тазове передлежання плоду, передчасний розрив плодового міхура і відшарування плаценти [20, 27].

Висновки. Таким чином, розвиток сучасної фармакології та впровадження нових органозберігаючих методик терапії лейомиоми матки значно розширює можливості лікування цієї патології і дозволяє переглянути тактику ведення жінок з лейомиою матки в бік переважного застосування органозберігаючих методик. Такий підхід не тільки сприяє збереженню психічного та фізичного жіночого здоров'я, поліпшенню якості життя сучасної жінки, але і дає можливість дітонародження, що ще кілька десятиліть тому в багатьох випадках було неможливим.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Диагностическая и хирургическая гистероскопия в гинекологии / Л.В. Адамян, С.В. Белоглазова. — М., 1997. — 139 с.
2. Адамян Л.В. Особенности состояния общего и локального иммунитета больных при миоме матки в молодом возрасте до и после оперативного лечения / Л.В.Адамян, А.А. Селиверстов, Г.Т. Сухих // Материалы международного конгресса “Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки”. — Москва. — 3–13 июня, 1997. — С. 439.
3. Вихляева Е.М. Патогенез, клиника и лечение миомы матки / Е.М. Вихляева, Г.А. Паллади. — Кишнев, 1982. — 487 с.
4. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 229 с.
5. Гладчук І. З. Репродуктивні наслідки у жінок, які перенесли консервативну міомектомію / І. З. Гладчук // ПАГ. — 2004. — №3. — С.104—106.
6. Грищенко В.И. Эндоскопия в диагностике и лечении женского бесплодия / В.И. Грищенко, Н.И.Козуб. — Х.: Основа, 1998. — 216 с.
7. Дергачев А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний внутренних органов / А.И.Дергачев. — М., 1999. — 324 с.
8. Дубле П. Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии: пер. с англ. / П.Дубле, К.Б. Бенсон. — М.: МЕДпресс, 2007. — 328 с.
9. Зыкин Б.И. Допплерографическая диагностика в онкологии / Б.И. Зыкин, О.В. Проскуракова, М.Н. Буланов / Клинич.руководство по ультразвуковой диагностике // М.: Видар, 1997. — Т.3. — С.165—173.
10. Ищенко А.И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А.И. Ищенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 90 с.
11. Киселев С.И. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов / С.И. Киселев. — Москва: Дитрейд-график групп, 2005. — 348с.
12. Краснова В.А. Современные принципы диагностики и оперативного лечения миомы матки / В.А. Краснова // Акушерство и гинекология. — 2004. — № 2. — С.45—50.
13. Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, С.С. Киселев. — Москва: Пантори, 1999. — 93с.
14. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность / В.И. Кулаков, Г.С.Шмаков. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 309 с.
15. Ланчинский В.И. Генетика и молекулярная биология миомы матки / В.И.Ланчинский // Акушерство и гинекология. — 2004. — № 2. — С. 14—17.
16. Ланчинский В.И. Современные представления об этиологии и патогенезе лейомиомы матки / В.И. Ланчинский // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2003. — №2(5—6). — С. 64—69.
17. Ландеховский Ю.Д. Отраслевой стандарт (протокол) ведения больных миомой матки / Ю.Д. Ландеховский, И.Е. Фадеев // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 5. — С. 39—42.
18. Овчаренко Д.В. Эмболізація маточних артерій в ліченні лейомиоми матки / Д.В.Овчаренко, В.С. Верховський, М.Е. Беликова, Н.С. Чхейдзе // Акушерство и гинекология. — 2003. — №2. — С.33—36.
19. Озерская И.А. Ультразвуковой мониторинг при лечении миомы матки методом эмболізації маточных артерий / И.А. Озерская // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2005. — № 2. — С. 64—72.
20. Савельева Г.М. Эндоскопическая миомэктомия: за и против / Г.М. Савельева, М.А. Курцер, В.Г. Брусенко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2007. — № 6 — С. 57—60.

21. Савицкий Г.А. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Г.А. Савицкий, А.Г.Савицкий. — СПб.: Элби, 2003. — 236 с.
22. Самойлова Т.Е. Эмболизация маточных артерий в лечении лейомиом матки / Т.Е. Самойлова, О.И. Волков, Л.С.Коков // *Анналы хирургии*. — 2003. — № 4. — С. 12—17.
23. Самойлова Т.Е. Миома матки: обоснование неоперативного лечения (обзор литературы) / Т.Е. Самойлова Т.Е. // *Проблемы репродукции*. — 2003. — Т. 9, № 4. — С. 32—38.
24. Сидорова И. С. Простая и пролиферирующая миома матки: морфологические особенности / И. Сидорова, О. Зайратьянц, С. Леваков, М. Баракова-Безуглая // *Врач*. — 2004. — № 4. — С. 30—31.
25. Сидорова И.С. Миома матки: возможности лечения и профилактики / И.С. Сидорова // *РМЖ*. — 2002. — № 10 (7). — С. 336—340.
26. Сидорова И.С. Морфогенез и ангиогенез простых и пролиферирующих миом матки / И.С. Сидорова, В.Е. Гридасова, О.В.Зайратьянц, С.А. Леваков // *Росс. вестн. акушера-гинеколога*. — 2004. — № 1. — С. 65—69.
27. Сольский Я. П. Опыт применения агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов в лечении миомы матки/ Я. П. Сольский, Т. Ф. Татарчук, Н. В. Косей // *Здоровье женщины*. — 2001.— Т. 1. — С. 40—45.
28. Стрижаков А.Н. Органосберегающее хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки / А.Н.Стрижаков, А.И. Давыдов, В.М. Пашков, К.Р. Бахтияров // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2003. — Т. 2, № 3. — С. 5—9.
29. Стрижаков А.Н. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, В.А. Лебедев // *Вопросы гинекологии, акушерства, перинатологии*. — 2008. — Т. 7, № 4. — С. 7—18.
30. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи діагностики та лікування лейомиоми матки / Т.Ф.Татарчук, Н.В. Косей // *Сімейна медицина*. — 2005. — № 4. — С. 67—73.
31. Тихомиров А.Л. Алгоритм комплексного консервативного лечения больных с миомой матки / А.Л. Тихомиров // *Репродуктивное здоровье женщины*. — 2003. — № 3. — С. 80—83.
32. Тихомиров А.Л. Алгоритм комплексного консервативного лечения больных с миомой матки/ А.Л. Тихомиров, Ч.Г. Олейник // *Медицина*. — 2003. — № 4. — С. 84—86.

O.O. KORCHYNska, N.I. TELKOVA, M.I. TYUSHKO*, O.J ONOPKO*, M.I. MARJAN*

*Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology; *Perinatal Center of Uzhhorod, Uzhhorod*

CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFERTILITY IN WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMAS

The paper reviews the major issues of diagnosis and modern treatment of infertility, as in the last decade has seen the "rejuvenation" of this disease in which uterine leiomyoma all too often in young women given birth at the age of 20-25 years and even the girls 16-18 years, hence the need to review the tactics of the patients with this pathology.

Key words: infertility, uterine leiomyoma, diagnosis, treatment

Стаття надійшла до редакції: 30.10.2012 р.