

УДК 618.14-006.03-08

А.М.Громова, Л.А. Нестеренко, В.Б. Мартыненко, С.В. Байдо, А.А. Дудченко

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ

ВГУЗУ „Украинская медицинская стоматологическая академия” (г. Полтава)

Данное исследование является фрагментом комплексной инициативной темы „Особенности гомеостаза внутренней среды организма женщин с гинекологическими заболеваниями и беременными с акушерской и экстрагенитальной патологией, методов их консервативного и оперативного лечения на состоянии репродуктивного здоровья, течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного” (№ государственной регистрации 0103U001314).

**Вступление.** Частота выявления доброкачественных опухолей матки во всем мире, в том числе в Украине, у женщин репродуктивного возраста до 45 лет составляет 35-45% [3]. Хирургический метод лечения фибромиом матки на сегодня остаётся основным и, как правило, направлен на проведение радикальных вмешательств, лишаящих женщин фертильной функции и способствующий развитию нейровегето-эндокринных нарушений [1,4,6,5,7].

Социально-экономические условия, сложившиеся в Украине, влияют на увеличение среднего возраста женщин при рождении ребёнка. Отмечается тенденция к увеличению количества родов у женщин в возрасте 20-35 лет с доброкачественными опухолями матки. Это диктует необходимость более широкого применения органосохраняющих хирургических методов лечения доброкачественных опухолей матки, направленных на сохранение репродуктивной функции. К ним относятся абдоминальная или лапароскопическая миомектомия и получивший в последнее время широкое применение метод эмболизации маточных артерий [1,2,3,6]. Несмотря на использование в последние годы методов консервативного хирургического лечения, последние сопряжены с повышенным риском интраоперационных и послеоперационных осложнений. К ним относят значительные кровотечения при проведении консервативной миомектомии, рецидивы опухолевого роста, либо некроз фиброматозного узла в послеоперационном периоде после эмболизации маточных артерий, которые заканчиваются удалением матки.

Особое место при проведении хирургических методов консервативной миомектомии занимают операции с применением гормональной терапии в предоперационном периоде агонистами гонадолиберин-релизинг гормонов (а-ГнРГ) с целью уменьшения лейоматозных узлов, что обеспечивает улучшение условий для оперативного вмешательства [1,2,3,4]. По данным литературы назначение а-ГнРГ позволяет уменьшить размеры лейомиомы до 30-50% [1,2].

Поэтому актуальной задачей на сегодня является выбор рационального объёма оперативного лечения у молодых женщин с миомой матки, а также поиск методов предоперационной подготовки, снижение интраоперационных и послеоперационных осложнений, создание условий для проведения органосохраняющих операций.

**Целью данной работы** стало изучение эффективности проведения консервативной миомектомии на фоне пред- и послеоперационного лечения а-ГнРГ для сохранения репродуктивной функции женщин.

**Объект и методы исследования.** В исследование было включено 17 женщин репродуктивного возраста (25-40 лет) с интрамуральным и субсерозным расположением фиброматозных узлов. Длительность заболевания колебалась от 1 до 10 лет. 15(82,4%) женщин жаловались на бесплодие, 76,4% - отмечали нарушение менструальной функции.

Всем больным было проведено общеклиническое лабораторное обследование, ультразвуковое исследование на 5-7-й день менструального цикла с целью изучения размеров, локализации, объёма фиброматозных узлов и общего объёма матки, гистологическое исследование биопсийного материала из полости матки и цервикального канала. У 6 (35,3%) женщин отмечалось субсерозное расположение узлов. Интрамуральное - у 2 (11,8%) обследуемых и смешанное - у 9 (52,9%). Диаметр узлов колебался от 15 до 120 мм.

Все женщины были поделены на две группы в зависимости от общего объёма узловатой матки. Одну составили 8 женщин с величиной матки до 14 недель как при беременности, которым была проведена консервативная миомектомия без предоперационной подготовки. Вторую - 9 женщин с общей величиной матки от 14 до 22 недель как при беременности, с назначением до операции Люкрин депо, содержащего 3,75 мкг лейпрорелина ацетат п/к 1 раз в 4 недели на протяжении 3 месяцев. Всем женщинам в послеоперационном периоде на протяжении 3-х месяцев назначались а-ГнРГ в сочетании с низкодозированными комбинированными оральными контрацептивами (КОК) - „Новинет”, содержащий дезогестрел 0,15 мг на протяжении 6 месяцев. Это позволило снизить побочный эффект, возникающий при длительной терапии а-ГнРГ (уменьшение вазомоторных симптомов „приливов”, снижение частоты урогенитальных расстройств).

**Результаты исследований и их обсуждение.** Предоперационная терапия позволила уменьшить размеры матки в среднем на 30,4%. Коли-

чество удалённых узлов было от 1 субсерозного (в диаметре 12 см) до 28 смешанного расположения узлов (субсерозных – интрамуральных) и размерами от 1,5 до 18-20 см в диаметре. Операции проводили с учётом минимальной травматизации тканей, тщательного гемостаза, послойного ушивания раны матки викриловыми швами. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия применялась с целью чувствительности к микрофлоре. Больные выписывались на 7-10 сутки после операции.

По данным гистологического исследования операционного материала отмечалась гиперплазия гладкомышечных структур, отёчно- дистрофические изменения тканей и пролиферация стенок сосудов.

При изучении отдалённых результатов отмечено восстановление двухфазного менструального цикла у 14 (82,4%) женщин. У всех женщин при бимануальном и ультразвуковом исследовании в динамике отмечалось уменьшение отёка тканей и уменьшение размеров послеоперационной матки на протяжении 6-9 месяцев. Практически размеры приравнивались к „условной” норме через год после операции. Беременеть разрешалось через год после операции. Три женщины от продолжения фертильной функции отказались. Им предложено применение левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы „Мирена”.

Беременность наступила в течение первых двух лет у 8 (57,1%) женщин, у 5 - после 2-х лет. Течение беременности в 53,8% случаев осложнилось угрозой прерывания. В одном случае произошёл самопроизвольный аборт. В 92,3% случаев беременность закончилась родами. Кесаревым сечением родоразрешены 76,9% беременных.

По данным ультразвукового исследования, проведенного женщинам с внутриматочной системой „Мирена” через год после операции на 5-7 день менструального цикла, отмечено линейное М-эхо однородной структуры до 7 мм.

**Выводы.** Таким образом, анализ результатов работы показал целесообразность применения комбинированного лечения: в предоперационном

периоде а-ГнРГ в течение 3 месяцев, консервативная миомектомия, назначение а-ГнРГ в послеоперационном периоде на 3 месяца в сочетании с Новинетом и последующее применение КОК монофазных, низкодозированных в течение 6 месяцев.

Назначение а-ГнРГ и КОК-ов после удаления лейомиомы способствует предупреждению рецидива опухоли, восстановлению 2-х фазного менструального цикла и наступлению беременности.

Использование левоноргестрел-содержащей внутриматочной системы женщинами, после проведенного комплексного лечения, не планируемыми беременностями способствует устойчивой гипоэстрогемии и уменьшению гиперплазии и гипертрофии миоцитов.

**Перспективы дальнейших исследований.** Проведенные исследования указывают на необходимость дальнейшего поиска новых эффективных возможностей лечения, у женщин с доброкачественными опухолями матки, направленных на сохранение репродуктивной функции.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузнецов И.В. Агонисты гонадолиберина и адьювантная терапия в гинекологии / И.В. Кузнецов // Проблемы репродукции. - 2010. - №1. - С. 49-56.
2. Макухин И.Б. Повышение эффективности терапии доброкачественных гиперпластических процессов репродуктивной системы агонистами гонадолиберина / И.Б.Макухин // Российский вестник акушер-гинекологов. - 2010. - №1. - С. 76.
3. Татарчук Т.Ф. Сучасні принципи діагностики та лікування лейомиоми матки / Т.Ф.Татарчук, Н.В. Косей // Сімейна медицина. - 2005. - №4. - С. 67-73.
4. Тихомиров А.Л. Алгоритм комплексного консервативного лечения больных с миомой матки / А.Л. Тихомиров // Репродуктивное здоровье женщины. - 2003. - №3. - С.80-81.
5. Thakar R. Outcomes' after total versus subtotal abdominal hysterectomy / Thakar R., Ayers S., Clarkson P. et al. // N Eng J Med. -2002.- Vol.347.- P. 1318-1325.
6. Chapman L. Uterine leiomyomata pathogenesis and management / Chapman L., Magos A. Hysterectomy / ed by Ivo Brosens/. - Taylor and Francis: London and New York. - 2006.-P.181 - 197.
7. John A. Uterine leiomyoma / John A. Rock Chapter/ Rakel: conn's Current Therapy. 1998.-P. 276

**УДК** 618.14-006.03-08

#### ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН МАТКИ

Громова А.М., Нестеренко Л.А, Мартиненко В.Б, Байдо С.В, Дудченко А.А.

**Резюме.** В статті представлені дані про ефективність проведення консервативної міомектомії на фоні комбінованого лікування у жінок репродуктивного віку. Результатом проведеного дослідження встановлено, що призначення агоністів гонадоліберін-релізінг гормонів та низькодозованих комбінованих оральних контрацептивів в післяопераційному періоді сприяє попередженню рецидива пухлини, відновленню 2-х фазного менструального циклу та настанню вагітності. У жінок, що не планують вагітність, застосування комплексу «Мірена» сприяє стійкій гіпоестрогемії та зменшенню гіперплазії ендометрія.

**Ключові слова:** фіброміома, консервативна міомектомія, агоністи гонадоліберін-релізінг гормонів, Люкріна депо, Новінет, Мірена.

**УДК** 618.14-006.03-08

#### ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ

Громова А.Н., Нестеренко Л.А, Мартыненко В.Б., Байдо С.В, Дудченко А.А.

**Резюме.** В статті представлені дані про ефективність проведення консервативної міомектомії на фоні комбінованого лікування у жінок репродуктивного віку. Результатом проведеного дослідження встановлено, що призначення агоністів гонадолиберин-релізинг гормонів і низькодозованих комбінованих оральних контрацептивів в післяопераційному періоді сприяє запобіганню рецидива пухли, відновленню 2-х фазного менструального циклу і настанню вагітності. У жінок, які не планують вагітність, застосування комплексу «Мірена» сприяє утриманню гіпоестрогенемії і зменшенню гіперплазії ендометрія.

**Ключові слова:** фіброміома, консервативна міомектомія, агоністи гонадолиберин-релізинг гормонів, Люкріна депот, Новінет, Мірена.

**UDC** 618.14-006.03-08

#### **DIFFERENTIATED APPROACHES to the TREATMENT of BENIGN TUMORS of the UTERUS**

**Gromova A.M, Nesterenko L.A, Martynenko V.B., Baido S.V., Dudchenko A.A.**

**Summary.** The article presents data on the effectiveness of conservative myomectomy on a background of combined treatment in women of reproductive age. The current study found that the appointment of GnRH agonist-releasing hormone and low-dose combined oral contraceptives in the postoperative period helps prevent recurrence of the tumor, recovery 2-phase of the menstrual cycle and pregnancy. Women who are not planning pregnancy, the use of "Mirena" promotes sustainable gipoestrogenemii and reduction of endometrial hyperplasia.

**Key words:** fibroids, conservative myomectomy, agonists honadoliberin-releasing hormone, Lyukrina depot, Novinet, Mirena.

Стаття надійшла 12.01.11 р.

**УДК** 616.89-008.441.13:362.147-036.22

**О.В. Друзь**

## **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПІОЇДІВ ЗА СУКУПНІСТЮ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ**

**Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" (м. Київ)**

Робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти "Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування та реабілітації коморбідних станів в наркології" (№ держреєстрації 0108U002113).

**Вступ.** Незважаючи на те, що останнім часом кількість хворих, що знаходяться на диспансерному обліку з приводу наркоманій зменшується [5], залежність від психоактивних речовин і, зокрема, від опіоїдів залишається актуальною проблемою сучасного українського суспільства. Достойно сказати, що на 01.01.2010 органами охорони здоров'я України [12] було зареєстровано 78909 хворих на наркоманії (171,68 на 100 тис. населення), з яких 59871 осіб страждають на залежність від опіоїдів (130,26 на 100 тис. населення), тобто на один з найбільш важких її видів. Відповідно до розрахунків фахівців Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Академії медичних наук України» реальна поширеність опіоманій в Україні становить близько 140 тис. хворих [10]. З огляду на це, а також на те, що

ефективність лікування залежності від опіоїдів залишається незадовільно низькою, все більше значення набуває первинна профілактика, і, відповідно, прогностична оцінка ризику формування зазначеного розладу.

Стани залежності взагалі і залежність від опіоїдів зокрема відносяться до розладів складного, біопсихосоціального походження [3, 5, 9, 13, 14, 16-21]. Так, зокрема, за даними фахової літератури на ризик формування і клінічний перебіг розладів наркологічного профілю, істотно впливають, зокрема: обтяжений психоневрологічними хворобами родинний анамнез; особливості перинатального періоду і умов виховання у дитинстві; наявність в особистому анамнезі психотравм, невротичних реакцій; ставлення до однолітків у шкільному віці та успішність у шкільному навчанні; поточний сімейний стан; психічний статус та приналежність до певного конституційно-морфологічного типу [1, 6-8, 22-24]. Вивченню цих обставин присвячені численні публікації, але наведені в них дані часто постають фрагментарними, а іноді - просто суперечать один одному.