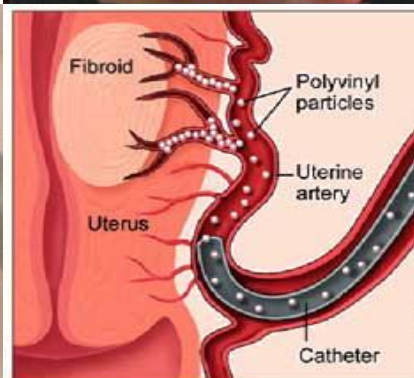
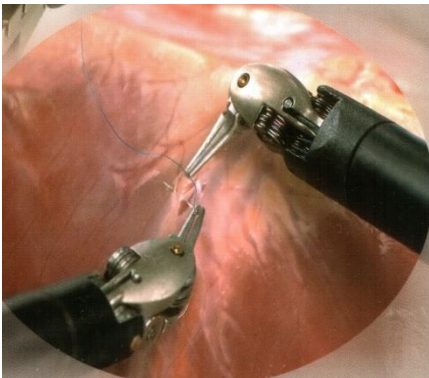
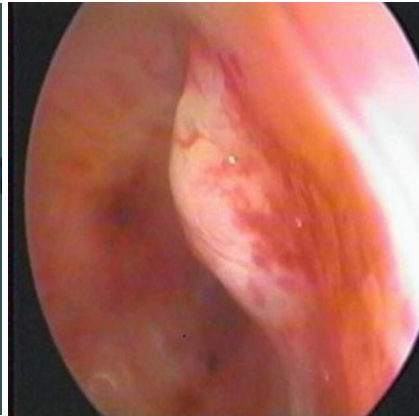
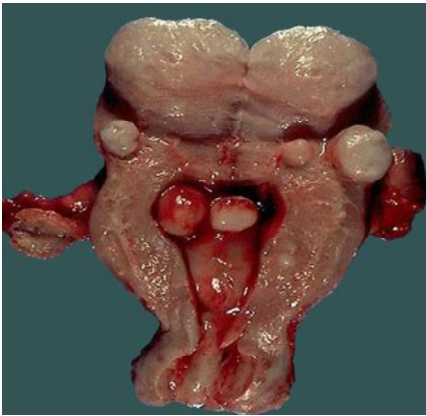


В.О. Залізняк, Д.Є. Барковський

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ



Міністерство охорони здоров'я України
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України
Запорізький державний медичний університет

В.О. Залізник, Д.Є. Барковський

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

**Рекомендовано Центральним методичним кабінетом
з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний
посібник для студентів вищих медичних навчальних
закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів
(Протокол №3 від 22 грудня 2009 р.)**

Запоріжжя – 2010

УДК 618.141–006.36–085

ББК 57.15

З 23

Автори:

В.О. Залізник – професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медичного університету;

Д.Є. Барковський – доцент тієї ж кафедри, д.мед.н.

Рецензенти:

В.В. Сімрок – д.мед.н., професор

Луганський державний медичний університет;

Г.І. Резніченко – д.мед.н., професор

Запорізька медична академія післядипломної освіти

ПЕРЕДМОВА

Міома матки займає провідне місце серед доброякісних пухлин жіночих статевих органів. За останні роки значно розширився діапазон методів як консервативного (перш за все гормонального), так і хірургічного лікування хворих з такою патологією. Впровадження ендоскопічних методів (лапароскопії, гістероскопії), ендоваскулярних втручань дозволяє розробити сучасні підходи для лікування таких хворих.

Автори сподіваються, що навчальний посібник допоможе студентам V, VI курсів та лікарям-інтернам акушерам-гінекологам краще орієнтуватись в питаннях надання допомоги пацієнткам з міомою матки.

ISBN 966-417-046-1

ЗМІСТ

1. Вступ

2. Консервативні методи лікування міоми

2.1. Гормональне лікування міоми матки

Групи препаратів та механізм дії

2.1.1. Прогестини

2.1.2. Антипрогестини

2.1.3. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)

2.1.4. Агоністи гонадотропін-релізінг-гормону (аГнРГ)

2.1.5. Антигонадотропні засоби

2.1.6. Андрогени

2.1.7. Антиандрогени

2.1.8. Антиестрогени

2.1.9. Замісна гормональна терапія (ЗГТ)

2.1.10. Антагоністи гонадотропін-релізінг-гормону (антГнРГ)

2.1.11. Інгібітори ароматази

2.2. Планування гормональної терапії

2.3. Негормональні (симптоматичні) методи лікування

2.4. Контрольні питання до розділу 2

3. Оперативне лікування

Показання до операції

Протипоказання

3.1. Органозберігаючі операції

3.1.1. Лапаротомічна міомектомія

3.1.2. Вагінальне видалення міоматозних вузлів

3.1.3. Лапароскопічна міомектомія

3.1.4. Гістероскопічна міомектомія

3.1.5. Емболізація маткових артерій (ЕМА)

3.1.6. Інші органозберігаючі малоінвазивні та неінвазивні

технології

3.1.6.1. Мінімально інвазивна роботизована хірургія

3.1.6.2. Фокусована ультразвукова хірургія (ФУХ-метод)

3.2. Радикальні методи лікування міоми матки

3.2.1. Лапаротомічні операції

3.2.1.1. Надпівхова ампутація матки без придатків

3.2.1.2. Надпівхова ампутація матки з придатками

3.2.1.3. Лапаротомічна пангістеректомія

3.2.2. Півхові (вагінальні) операції

3.2.2.1. Гістеректомія без придатків через півхву

3.2.3. Радикальні операції з лапароскопічним доступом

3.3. Контрольні питання до розділу 3

4. Вибір методу лікування міоми матки

5. Міома матки та вагітність

5.1. Особливості анамнезу у вагітних з міомою матки

5.2. Перебіг вагітності за наявності міоми матки

5.2.1. Особливості першого триместру вагітності

5.2.2. Особливості другого триместру вагітності

5.2.3. Особливості третього триместру вагітності

5.3. Особливості перебігу пологів при міомі матки

5.4. Особливості післяпологового періоду у жінок з міомою матки

5.5. Зміна розмірів пухлини у віддалені періоди після пологів

5.6. Ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду у

пацієнток з міомою матки

5.7. Ведення пологів у пацієнток після міомектомії

5.8. Тактика ведення пацієнток при порушенні кровопостачання

міоматозних вузлів під час вагітності

5.9. Контрольні запитання до розділу 5

6. Бібліографічний опис

7. Додатки

1. ВСТУП

Міома (лейоміома, фіброміома, фіброма) матки – це гормонозалежна доброякісна пухлина міометрію. Захворюваність на неї є важливою проблемою в сучасній гінекології, над вирішенням якої працює багато дослідників. Останнім часом розширились уявлення про етіологію, патогенез, діагностику та лікування цієї патології.

Міома матки є одним з найбільш розповсюджених захворювань в гінекологічній практиці і складає, за даними різних авторів, від 32 до 70 відсотків. В 80% випадків міома спостерігається у жінок репродуктивного віку. Останніми роками має місце тенденція до «омолодження» цього захворювання. Якщо 20 років назад у віковій групі від 25 до 45 років міома матки зустрічалась у 30% жінок, то на часі ця цифра зросла до 50%. При аутопсії міому матки знаходять ще частіше – близько 70%.

Встановлена достатньо чітка тенденція виявлення пухлин у окремих вікових категоріях жіночого населення, що проживають в різних кліматичних зонах. За деякими даними середній вік виявлення міоми матки складає 32,8 року, хоча потреба в хірургічному втручанні виникає пізніше – в 44,4 роки.

Серед причинних факторів значний інтерес викликають характеристики преморбідного фону, в тому числі особливості менструального циклу. Має місце тенденція до залежності між виникненням пухлини і різними відхиленнями під час становлення менструальної функції – пізні менархе, значна менструальна крововтрата та інші. Разом з тим, порушення менструального циклу виникають в різні вікові періоди, мають різний характер і супроводжуються або зниженням рівня продукування естрогенів, або значним його підвищенням. Епідеміологічні дані не підтверджують прямий взаємозв'язок між віком початку статевого життя і виникненням пухлини. Разом з тим має місце тенденція збільшення частоти виявлення міоми матки у жінок, які пізно почали статеве життя (24–27 років), або мають статеві стосунки нерегулярно.

В репродуктивному анамнезі хворих з міомою матки звертає на себе увагу висока частота медичних переривань вагітності, що разом з впливом інших факторів може в певній мірі сприяти розвитку міоми. Однак у більшості хворих з міомою матки до часу виявлення пухлини репродуктивна функція не була порушена.

В преморбідному фоні хворих міомою матки відносно часто зустрічаються соматичні захворювання. Проблеми серцево-судинної системи мають місце в два рази частіше, ніж у загальній популяції населення. Міома матки частіше виявляється у хворих на гіпертонію, ожиріння; у жінок, що займаються розумовою працею, пов'язаною з частим емоційним навантаженням, малорухомим способом життя. У деяких хворих встановлена генетична схильність до розвитку міоми.

Як відомо, міома матки розвивається на фоні гіперестрогенії, прогестерондефіцитних станів, гіпергонадотропізму. Більшість дослідників вважають, що ріст міоми залежить від концентрації цитозольних рецепторів в статевих гормонах і складних механізмів їх взаємодії з ендogenousними або зовнішньо введеними екзогенними гормонами. Не новина, що після настання менопаузи розміри міоматозних вузлів зменшуються, але залишається питання, чи є це результатом зниження рівня естрогенів, прогестерону та андрогенів.

За локалізацією міоматозні вузли поділяють на міжм'язові (інтрамуральні або інтерстиціальні), підочеревинні (субсерозні), підслизові (субмукозні). Крім того, розрізняють атипові форми: зашийкова, передшийкова, заочеревинна, надочеревинна, парацервікальна, міжзв'язкова.

Клінічними проявами міоми матки у жінок найчастіше є больовий синдром, гіперполіменорея, анемія, порушення функції суміжних органів, безпліддя та ускладнений перебіг вагітності, якщо вона наступила. При виникненні таких ускладнень, як перекрут ніжки вузла, інфаркт або некроз вузла, може виникнути картина гострого живота.

Діагностика міоми матки не викликає особливих труднощів. Найчастіше для цього достатньо проведення гінекологічного та ультразвукового дослідження.

Деяким хворим необхідно провести гістеро- або лапароскопію, а також ультразвукову доплерографію маткових судин.

2. КОНСЕРВАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ МІОМИ

Згідно з клінічним протоколом «Лейоміома матки», затвердженим наказом МОЗ України №582 від 15 грудня 2003 року, медикаментозна терапія є методом вибору у жінок, які не підлягають хірургічному лікуванню або відмовляються від нього. Мета неоперативного лікування міоми матки – уповільнення росту пухлини, зменшення її розмірів, попередження розвитку в ній вторинних змін та зменшення тяжкості клінічних симптомів.

Медикаментозне лікування включає препарати гормональної терапії та негормональні засоби.

2.1. Гормональне лікування міоми матки

Значення гормональних факторів у розвитку міоми матки не викликає сумнівів, оскільки ця пухлина розвивається на фоні порушень продукції гонадотропних та статевих гормонів.

Гормональна терапія є основою медикаментозного лікування міоми матки, вона направлена на корегування як системної, так і локальної дисгормонемії. Її кінцевою метою є зменшення розмірів міоматозних вузлів та досягнення позитивної динаміки клінічних проявів захворювання.

Слід зазначити, що гормональна терапія не в змозі привести до повного розсмоктування міоматозного вузла. Вважається, що кожен міоматозний вузол складається з двох частин: стабільного ядра та зовнішньої частини, що може регресувати (А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнін, 2006). Стабільне ядро – це той об'єм вузла, що залишається навіть після повного припинення його кровопостачання. Частина, що може регресувати – це відповідно той об'єм вузла, на котрий він зменшується після припинення кровопостачання. Міоматозний вузол не може

повністю зникнути навіть при повному припиненні кровопостачання. Його гранично мінімальний розмір визначається стабільним ядром.

Гормонотерапія при міомі матки може застосовуватись як самостійний органозберігаючий метод лікування, а також як ад'ювантний метод для зменшення розмірів міоматозних вузлів перед хірургічним втручанням.

Показання до гормонотерапії (як самостійного методу лікування):

1. розміри матки до 12 тижнів умовної вагітності;
2. міоматозні вузли менше 2 см в діаметрі;
3. відсутні порушення функції суміжних органів;
4. інтрамуральне або субсерозне розташування міоматозних вузлів;
5. не спостерігається швидкий ріст вузлів;
6. відсутні протипоказання до застосування гормональних препаратів.

Групи препаратів та механізми дії

2.1.1. Прогестини

Гестагени почали застосовувати для лікування хворих на міому матки ще з 1966 року, але і в сучасній гінекологічній практиці вони використовуються досить часто, оскільки дають непогані результати та вартість лікування ними порівняно недорога.

Механізм дії: великі дози прогестерону пригнічують вивільнення гіпофізарних гонадотропінів і, таким чином, блокується продукція естрогенів в яєчниках. Високі концентрації прогестерону, що перевищують його вміст в крові в лютеїнові фазу циклу, блокують процеси гіперплазії і гіпертрофії біогенних елементів міоми матки та посилюють дегенеративно-дистрофічні процеси в клітинах центральної частини вузлів пухлини. Встановлено, що важливу роль при цьому можуть відігравати самі прогестини, оскільки в лютеїнову фазу циклу в міомах збільшується мітотичний індекс. Доказано також, що експресія рецепторів

і відповідних мРНК в міомах матки збільшена у порівнянні з нормальним міометрієм як для естрогенів, так і для прогестерону.

Гестагени доцільно призначати пацієнткам, у котрих міома матки супроводжується гіперпластичними процесами ендометрія з метою зменшення локальної гіперестрогенемії. Найчастіше застосовують наступні препарати:

1) Норколут (норетістерон); **примолют-нор**.

Випускаються в таблетках по 5 мг. По 1 таблетці на добу з 5-го до 25-го дня менструального циклу протягом 3–6 місяців. Дозу препарату слід підбирати індивідуально в залежності від ефективності терапії та переносимості препарату.

2) Дуфастон (дідростерон); таблетки по 10 мг. Призначають препарат по 10 мг 2–3 рази на добу з 5-го до 25-го дня циклу або безперервно. Мінімальний курс – 3 міс., найбільший терапевтичний ефект спостерігається при прийомі препарату протягом 6 місяців.

3) Лінестрол (оргаметрил) призначають по 20 мг з 5-го до 25-го дня циклу.

4) 17-ОПК (17-оксипрогестерону капронат). Форма випуску 12,5% (125 мг) і 25% (250 мг) масляного розчину в ампулах по 1 мл. 17-ОПК призначають в концентрації 500 мг на ін'єкцію при дворазовому введенні препарату на тиждень протягом 3–6 місяців. Вже наприкінці 12–14 тижня лікування розвивається виражена атрофія ендометрія і зменшення розмірів матки.

Застосування внутрішньоматкової гормональної системи «Мірена».

Цей засіб являє собою поліетиленову Т-подібну систему, яка вміщує контейнер з левоноргестрелом. Контейнер вкритий спеціальною мембраною, за допомогою якої забезпечується постійне вивільнення 20 мг левоноргестрелу за добу. Засіб давно застосовується з метою контрацепції. За спостереженнями А.Л. Тихомирова та Д.М. Лубніна (2006), а також Т.Ф. Татарчук та Н.В. Косей (2009), «Мірена» здатна стабілізувати ріст невеликих (до 2-2,5 см) міоматозних вузлів.

Призначаючи синтетичні прогестагени, слід пам'ятати їх побічні дії та протипоказання до застосування (хвороби печінки, шлунку; порушення згортаючої системи крові, варикозну хворобу, хронічний тромбофлебіт;

субкомпенсовані серцево-судинні та легеневі захворювання; тяжкі форми цукрового діабету; виражене ожиріння; поліалергію).

2.1.2. Антипрогестини

Значним досягненням репродуктивної ендокринології 80-х років минулого сторіччя був синтез міфепристону. Цей препарат має антипрогестеронову та антиглюкокортикоїдну активність, знаходить широке застосування для медикаментозного переривання вагітності. Разом з тим деякі автори, застосовуючи міфепристон для лікування міоми матки, спостерігали значне зменшення її об'єму. Одним з механізмів редукції пухлини є посилення продукції фактора некрозу пухлин. Побічним ефектом при лікуванні цим препаратом можуть бути «приливи», які спостерігаються до 10% випадків. Антипрогестини можна вважати перспективним класом препаратів для лікування міоми матки, однак їх вивчення в цьому напрямку гальмується соціальними мотивами, оскільки основним показанням до застосування міфепристону на часі є медичний аборт.

2.1.3. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)

Препарати цієї групи стабілізують ріст невеликих міоматозних вузлів. Сучасні КОК на відміну від прогестерону блокують основні ланки патогенезу розвитку міоми, нормалізуючи стан гіпоталамо-гіпофізарної системи та яєчників, покращуючи стан міометрія. Більшість авторів вважає, що дезогестрел-вміщуючі препарати (новінет, регулон) дають добрі результати, але при розмірах міоматозних вузлів не більше 1,5 см в діаметрі. Після припинення прийому препаратів часто спостерігається рецидив росту пухлини. Природно, що найкращі результати автори мали при лікуванні пацієнток перименопаузального віку.

А.Л. Тихомиров та Д.М. Лубнін (2006) також вважають, що низькодозовані оральні контрацептиви з вмістом гестагенів третього покоління мають ширше застосовуватись, але лише у пацієнток з вузлами невеликого розміру для профілактики їх подальшого росту.

2.1.4. Агоністи гонадотропін-релізинг-гормону (аГнРГ)

Значним досягненням фармакотерапії останніх двох десятиріч є лікування агоністами гонадотропін-релізинг-гормонів. Вони почали застосовуватись для лікування хворих на міому матки з 1983 року. На часі накопичено великий досвід, який свідчить про їх високу ефективність.

Механізм дії: синтетичні агоністи гонадотропін-релізинг-гормонів, зв'язуючись з рецепторами гонадоліберину в гонадотрофах аденогіпофізу, викликають фармакологічну менопаузу, що приводить у хворих на міому до значного зменшення розмірів матки. В подальшому в процесі використання агоністів ГнРГ рецептори зникають з поверхні клітин гіпофізу, а безперервне введення аГнРГ попереджає появу нових рецепторів в кількості, достатній для синтезу гонадотропінів. Таким чином, безперервне введення агоністів ГнРГ спочатку приводить до короткотермінової стимуляції, а потім до десенситизації і тривалої блокади секреції гонадотропінів. Звісно, ця блокада є тимчасовою і супроводжується аменореєю. Припинення терапії веде до відновлення менструального циклу приблизно через 60–90 днів.

Різні дослідження показали, що терапія агоністами ГнРГ перед операцією з приводу міоми матки приводить до зменшення об'єму матки в середньому на 30–40% в групі хворих з розмірами матки до 12 тижнів умовної вагітності, а також до зменшення скарг, пов'язаних з міомою, та покращення гематологічних показників. Прийом агоністів ГнРГ створює, за даними більшості авторів, кращі умови для виконання органозберігаючих операцій з застосуванням оптимального для кожної пацієнтки доступу (лапароскопія, лапаротомія чи гістерорезектоскопія).

Недоліком застосування агоністів ГнРГ є розвиток менопаузальних симптомів, зниження мінеральної щільності кісток, швидкий ріст пухлини після відміни чи при нерегулярному прийомі препаратів.

До цього часу синтезовано більше 2 тисяч агоністів ГнРГ і понад 12 комерційних типів препаратів. Найбільше розповсюджені: бусерин та бусерин-

депо (бусерелін), золадекс (гозереліну ацетат), декапептил-депо та диферелін (трипторелін), нафарелін. Розрізняють ендоназальні спреї (бусерин, нафарелін), препарати пролонгованої дії для внутрішньом'язового введення (бусерин-депо, диферелін, трипторелін), препарати для підшкірного введення (золадекс, декапептил-депо, декапептил-дейлі, ганірелікс).

Бусерин-депо вводять по 3,75 мг внутрішньом'язово кожні 4 тижні. Лікування слід починати у перші 5 днів менструального циклу, його тривалість у випадку підготовки до операції має бути 3 міс, в інших випадках – 6 міс. **Бусерин спрей** вприскують в носові ходи в дозі 900 мкг на добу. Цю дозу вводять рівними порціями по одному вприскуванню (150 мкг) в кожний носовий хід тричі на добу через рівні проміжки часу (6–8 год) зранку, вдень та ввечері. Лікування слід починати в перший або другий день менструального циклу.

Золадекс (гозереліну ацетат) випускається в капсулах депо по 3,6 мг і в капсулах депо подовженої дії по 10,8 мг для підшкірного введення. Лікування починають з 2–4-го дня менструального циклу, одне введення проводиться кожні 28 днів протягом 4–6 місяців.

Декапептил, декапептил-депо, диферелін-депо (діюча речовина трипторелін). Депо-форма застосовується в разовій дозі 3,75 мг, частота введення – один раз в 28 днів, починаючи з 3-го дня менструації. Вводять підшкірно (область черева, сідниць або плеча) або глибоко внутрішньом'язово. Ін'єкцію роблять кожного разу в різні області тіла. Термін терапії – не більше шести місяців.

Нафарелін, як і відповідну форму **бусерину**, використовують у вигляді ендоназального спрею в дозі 400–800 мг/день. Кожна інсуфляція складає 200 мг нафареліну ацетату.

Результати лікування. Більшість авторів відмічають зменшення розмірів матки на фоні лікування агоністами ГнРГ в середньому на 50–55%. Разом з тим є дані, що від 5 до 18% міоматозних вузлів не реагують на терапію, а при наявності

декількох невеликих вузлів у однієї і тієї ж пацієнтки може спостерігатись різний рівень змін кожного з них.

Неоднозначні результати більшість дослідників пов'язують з різним співвідношенням в міоматозних вузлах фіброзного і гладком'язового компонентів; дегенеративними змінами в пухлині і втратою чутливості до антиестрогенного впливу; віком пацієток і первинними розмірами матки до початку лікування. Інші автори не погоджуються з такою залежністю.

За даними літератури найбільш позитивний ефект терапії аГнРГ спостерігається після 3–4 місяців лікування з наступним зниженням до шостого місяця. В деяких випадках після регресу розмірів пухлини на 50–68% протягом перших 3–4 місяців подальше продовження терапії до 6 місяців може призвести до росту міоматозних вузлів на 75–100% від первинного розміру.

Завжди потрібно враховувати і попереджати пацієток, що при лікуванні агоністами ГнРГ можуть проявлятися побічні впливи препаратів у вигляді вираженої гіпоестрогенії, зниження лібідо, лабільності нервової системи, депресії, приливів та певної демінералізації кісток. За останні роки опубліковані дані про можливість часткового відновлення естрогенного статусу за рахунок додаткового призначення в період введення агоністів ГнРГ естрогенів, що розглядається як можлива стратегія для довгострокового лікування агоністами. При досягненні певного базального рівня естрогенів зменшуються побічні ефекти, в тому числі уповільнюється резорбція кісткової тканини.

Часткового відновлення естрогенного статусу можна досягти прийомом невеликих доз естрогенів і прогестерону на додаток до агоністів (add-back-режим). Наприклад, прийомом «кліогесту» можна досягти «порогового» рівня естрадіолу, при якому не відновлюється ріст міоми та зменшуються побічні дії гіпоестрогенії. В такому режимі лікування можна продовжувати до двох років. Інші автори пропонують терапію агоністами ГнРГ проводити курсами по 3 місяці з 3-х місячними перервами (on-off-режим). Вважається, що при застосуванні такої схеми ендогенна продукція естрогенів відновлюється, але в той же час збільшення розмірів матки під час перерви мінімальне. Крім вказаних двох методик

застосовують і так званий interval-режим, при якому інтервали між наступними дозами агоністів ГнРГ збільшуються від 4 до 10 і 12 тижнів. На думку авторів, відбувається адекватне зменшення розмірів матки при мінімізації побічної дії препарату, і лікування може продовжуватись до двох років. Ще за одною методикою (draw-back-режим) вважається можливим часткове відновлення рівня естрогенів після періоду лікування агоністами з досягненням вираженої гіпоестрогенії. Попередні результати досліджень показали, що виражений ефект високої дози агоністів (100 мг/день) протягом 8 тижнів лікування зберігається після введення більш низької дози (від 5 до 20 мг/день) протягом 18 тижнів, підтримуючи часткове пригнічення гіпофіза та яєчників.

Згідно з сучасними поглядами, найбільш доцільним можна вважати застосування агоністів ГнРГ в випадках:

а) первинного лікування хворих в перименопаузі, що може запобігти необхідності оперативного втручання;

б) у пацієток з симптомами метрорагії та вторинної анемії, що дозволить не тільки відновити основні показники крові та зменшити ризик хірургічного втручання, але і створити банк крові для аутодонації;

в) в якості передопераційної підготовки, котра дозволить провести реконструктивні операції з застосуванням найновіших сучасних технологій.

2.1.5. Антигонадотропні засоби

Механізм дії: засоби цієї групи (даназол, гестрінон) по суті є синтетичними андрогенами (похідними 17-етінілтестостерону). Вони блокують овуляторний викид гонадотропінів, а також рецептори естрогенів та прогестерону в ендометрії, знижують в крові рівень сексстероїдів-зв'язуючого глобуліну. За рахунок цього пригнічується проліферація ендометрія та ріст міоматозних вузлів.

Препарати даназолу (данол, даноген, дановал) випускаються в капсулах по 100 і 200 мг. Їх призначають внутрішньо в дозі 400–800 мг на добу протягом півроку. Після одного–двох місяців лікування настає аменорея, менструальний

цикл відновлюється через 28–35 днів після припинення прийому препарату. Гестріон (неместран) призначають двічі на тиждень по 2,5 мг, внутрішньо.

Антигонадотропіни викликають значне зменшення міоматозних вузлів, скорочення тривалості менструальних крововтрат та позитивно впливають на стан ендометрія. У жінок репродуктивного віку після відміни препарату може відновитись ріст пухлини, що, як правило, не спостерігається в перименопаузальному періоді. Тому препарати цієї групи рекомендуються для передопераційної підготовки перед міомектомією у жінок репродуктивного віку, а в перименопаузі – як самостійний вид лікування.

Препарати викликають низку побічних реакцій: болі в кістках та суглобах; гірсутизм (в більшій мірі даназол); погіршення стану шкіри; збільшення або втрату маси тіла; периферійні набряки. Разом з тим на часі антигонадотропіни поряд з агоністами гонадотропін-релізінг-гормонів розглядаються як базові препарати для проведення консервативної терапії міоми матки.

2.1.6. Андрогени

Механізм дії: гальмують гонадотропну функцію гіпофізу, пригнічують функції фолікулярного апарату яєчників, викликають атрофію ендометрія, пригнічують функцію молочних залоз. Найбільш відомими представниками андрогенів є тестостерону пропіонат (agovirin, testoviron), тестенат, тетрастерон (сустанон–250, омнадрен–250) та інші.

Тестостерону пропіонат 1% або 5% олійний розчин в ампулах по 1 мл. Вводять внутрішньом'язово по 5–10 мг щодобово або через день протягом 4–6 місяців.

Тестенат 10% розчин в ампулах по 1 мл. Вводять внутрішньом'язово по 1 мл 1 раз в 2 тижні протягом 4–6 місяців.

Тетрастерон (сустанон–250, омнадрен–250) випускається в ампулах по 1 мл олійного розчину. Вводять внутрішньом'язово по 1 мл 1 раз в 4 тижні протягом 6 місяців.

На часі лікування хворих на міому матки андрогенами не застосовується з двох причин:

- 1) згідно з новими уявленнями про патогенез міоми матки, андрогени грають певну роль в гіпертрофії та гіперплазії м'язових волокон;
- 2) лікування андрогенами може викликати прояви вірильного синдрому (гіпертріхоз, згрубіння голосу, збільшення клітора).

2.1.7. Антиандрогени

Механізм дії: вони здатні пригнічувати фізіологічну активність ендогенних андрогенів шляхом конкурентного блокування рецепторів андрогенів в тканинах-мішенях. Внаслідок цього гальмується гіпертрофія та гіперплазія – ключовий механізм розвитку міоми матки.

1) **Ципротерона ацетат** (андрокур) випускається в таблетках по 50 мг, а також в ампулах по 3 мл (300 мг) олійного розчину. Приймають по 1 таблетці двічі на добу або внутрішньом'язово по 3 мл 10% олійного розчину (андрокур-депо) один раз в 10–14 днів. Курс лікування – 6 місяців.

2) **Фінастерид** (проскар) випускається в таблетках по 5 мг. Його приймають по 1 таблетці на добу протягом 4–6 місяців.

Слід зазначити, що препарати вказаної групи для лікування міоми матки застосовують вкрай рідко внаслідок їх недостатньої ефективності.

2.1.8. Антиестрогени

В літературі є повідомлення про застосування антиестрогенів у пацієнток з міомою матки. Представником цієї групи препаратів є тамоксіфен, котрий має різну дію по відношенню до естрогенів в залежності від похідного рівня гормону в організмі пацієнтки. При високому рівні естрогенів тамоксіфен діє як антагоніст, а при низькому – як агоніст (Сидорова І.С., 2002). Все ж більшість авторів вважає, що тамоксіфен впливає на міому матки як агоніст естрогенів, тому його не слід застосовувати для лікування цього захворювання.

2.1.9. Замісна гормональна терапія (ЗГТ)

Така терапія аналогами жіночих статевих гормонів є основним методом профілактики і корекції клімактеричних порушень. Однак питання проведення ЗГТ у хворих на міому матки потребує обережного відношення. Аналізуючи вплив циклічної ЗГТ на міому матки, переважна більшість авторів роблять висновок, що неоднозначні дані про результати їх застосування залежать від фармакологічних характеристик прогестагену, що входить до складу препарату. Пацієнткам з міомами матки в клімактерії бажано призначати препарати, які містять прогестагени норстероїдного ряду, що викликають антипроліферативну дію в гормонозалежних органах-мішенях (наприклад, кліогест або трисеквенс).

2.1.10. Антагоністи гонадотропін-рилізінг-гормонів (антГнРГ)

Вперше результати їх застосування були опубліковані в 1993 році. До препаратів цієї групи відноситься цепрорелікс. Фармакологічна дія антГнРГ відрізняється від дії агоністів гонадотропін-рилізінг-гормонів (аГнРГ) тим, що на клітинній мембрані гонадотропних клітин гіпофіза відбувається класична конкурентна блокада за рецептори ендогенних гонадотропінів – без фази нетривалої стимуляції. Протягом кількох годин спостерігається пригнічення секреції гонадотропних гормонів. Максимальне зменшення вузлів пухлини при введенні підшкірно 60 мг препарату на другий день менструального циклу з повторним введенням 30–60 мг на 21-й–28-й день циклу настає вже через місяць.

2.1.11. Інгібітори ароматази

Ароматаза – один з ферментів стероїдогенезу, що перетворює андрогени в естрогени. Нові оральні форми інгібіторів ароматази (фадрозол, ворозол, летрозол і особливо анастрозол) мають високу специфічність та мінімальну кількість побічних ефектів. У них відсутній також естрогенний ефект, що дуже важливо при лікуванні гормонально залежних пухлин. На часі ще недостатньо клінічних

даних для висновків щодо ефективності застосування цих препаратів для лікування міоми матки.

2.2. Планування гормональної терапії

Навіть наведений неповний перелік груп та назв препаратів, що застосовуються для проведення гормональної терапії як самостійного методу лікування, вимагає від практичного лікаря-гінеколога глибокого розуміння механізму дії, показань, протипоказань, можливої побічної дії того чи іншого фармацевтичного засобу.

Заслуговує на увагу запропонована А.Л. Тихомировим та Д.М. Лубніним (2006) класифікація міоми матки, виходячи з якої автори рекомендують алгоритм комплексного консервативного лікування хворих. Згідно з цією класифікацією виділяють наступні групи міоми матки:

- Клінічно незначні міоми, або міоми малих розмірів (до 20 мм).
- Малі множинні міоми.
- Міома матки середніх розмірів (20–40 мм).
- Множинна міома з середнім розміром домінантного вузла.
- Міома матки великих розмірів.
- Субмукозна міома матки.
- Міома матки на ніжці.
- Складна міома матки.

Гормонотерапію при наявності інтерстиціальних, інтерстиціально-субсерозних та субсерозних вузлів, на думку авторів, доцільно проводити в два етапи.

На першому етапі, якщо максимальні розміри вузлів коливаються від 2 до 3 см, призначають агоністи ГнРГ або антигонадотропіни протягом 6 місяців. На другому етапі, коли розміри вузлів стануть менше 2 см, проводять підтримуючу терапію комбінованими оральними контрацептивами в пролонгованому режимі.

Якщо розміри вперше виявлених міоматозних вузлів не перевищують 2 см, а також відсутні клінічні прояви міоми, то можна зразу ж приступати до підтримуючої терапії за тією ж схемою.

Принципово інша тактика має застосовуватись при виявленні вузлів більше 3 см в діаметрі, особливо при наявності клінічних проявів захворювання. Таким хворим (перш за все репродуктивного віку) автори рекомендують переважно органозберігаюче оперативне лікування (див. наступні розділи).

2.3. Негормональні (симптоматичні) методи лікування

В практиці кожного лікаря-гінеколога є багато випадків, коли хворі на міому матки з наявними показаннями до хірургічного чи гормонального лікування відмовляються від нього під тим чи іншим приводом. Крім того, у деяких пацієнток маються вагомі прями протипоказання для проведення такої терапії. В таких випадках лікар змушений обмежуватись проведенням симптоматичного лікування, методи якого будуть залежати від переважаючих скарг хворої.

В випадках, коли основною скаргою є **болі**, хворій призначають знеболюючі засоби різних фармакологічних груп. Багато авторів вважають доцільним рекомендувати пацієнткам препарати групи **нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ)**, наприклад, ортофена чи напроксена.

1) Ортофен (вольтарен, диклофенак натрія).

Препарат має властиву для НПЗЗ протизапальну, анальгезуючу та жарознижуючу дію. Випускається в таблетках по 25 мг та в ампулах 2,5% розчину по 3 мл, 5 ампул в упаковці. Крім того, диклофенак натрія випускається в таблетках з пролонгованою дією під назвою «вольтарен ретард 100», який призначають по 1 таблетці (100 мг) 1 раз на добу.

2) Напроксен (наліксан, напросін).

За своєю дією схожий з ортофеном, але його анальгезуюча активність більш виражена та триваліша. Випускається в таблетках по 0,25 г, в упаковці

30 таблеток. Призначають по 0,5–0,75 г на добу в два прийоми – вранці та ввечері. Препарат зазвичай добре переноситься.

Найчастішою причиною звернення пацієнток з міомою матки до лікаря-гінеколога є **маткова кровотеча** та її наслідок – **вторинна анемія**. Для лікування застосовують, як правило, гемостатики та препарати заліза.

Етамзилат (дицинон) збільшує утворення мукополісахаридів великої молекулярної маси в стінках капілярів, підвищує їх стійкість, нормалізує проникливість при патологічних процесах, покращує мікроциркуляцію. Гемостатичний результат скоріш за все є наслідком активізуючої дії на формування тромбопластину. Препарат стимулює утворення III фактору згортання крові, нормалізує адгезію тромбоцитів. Він не впливає на протромбіновий час, не має гіперкоагуляційних властивостей та не сприяє утворенню тромбів.

Форма випуску: 12,5% розчин в ампулах по 2 мл (250 мг) , в упаковці по 10 і 50 ампул; таблетки по 0,25 г в банках зі світлозахисного скла по 50 і 100 штук.

Призначають внутрішньовенно, внутрішньом'язово та перорально. Гемостатична дія етамзилату при внутрішньовенному введенні проявляється вже через 5–15 хв., максимальний ефект настає за 1–2 години, дія триває протягом 4–6 годин і довше. При внутрішньом'язовому введенні ефект настає дещо повільніше. При пероральному прийомі максимальний ефект настає за 3 години.

З метою попередження кровотечі до початку очікуваної менструації (менорагії) препарат вводять в/м в дозі 2–4 мл (1–2 ампули), або дають перорально 2–3 таблетки. З лікувальною метою (при метрорагії) етамзилат вводять в/в або в/м зразу в дозі 2–4 мл (1–2 ампули), а потім через кожні 4–6 годин по 2 мл, або дають перорально по 2 таблетки протягом 5–10 днів.

Препарати заліза призначають для лікування вторинної анемії, яка практично завжди ускладнює маткові кровотечі. Найбільш вживаними є наступні препарати:

Ферроплекс – драже білого кольору, містить 50 мг сульфату заліза (II) та 30 мг аскорбінової кислоти. Призначають по 1–2 драже тричі на добу після їжі. Форма випуску: в упаковці по 100 драже. Випускається в Угорщині.

Феррокаль – таблетки, вкриті оболонкою, містять сульфат заліза (II) 0,2 г, кальція фруктозодифосфата 0,1 г, церебралецитина 0,02 г. Приймають від 2 до 6 таблеток тричі на добу після їжі. Форма випуску: таблетки в скляних флаконах по 40 штук.

Ферро-градумент – таблетки, вкриті оболонкою, містять по 0,525 сульфата заліза (II). Він знаходиться в таблетках в спеціальній полімерній губкоподібній масі (градумент), що забезпечує поступове виділення заліза протягом декількох годин після прийому. В шлунку розчиняється лише незначна кількість, основна його частина вивільняється в кишечнику, внаслідок чого препарат не подразнює слизову оболонку шлунку. Таблетки приймають натщесерце (за 30 хвилин до сніданку) по 1–2 таблетки на добу. Курс лікування триває декілька місяців. Форма випуску: таблетки по 30 штук в упаковці.

Тардиферон – депо-препарат сульфату заліза. Драже (ретард) містять 0,257 г сульфату заліза. Призначають по 1 драже двічі на добу (вранці і ввечері) за годину до прийому їжі. Виробляється в Угорщині.

2.4. Контрольні питання до розділу 2

1. Гормональні препарати яких фармакологічних груп найчастіше застосовуються для лікування хворих на міому матки?
2. Назвіть показання та протипоказання до гормонотерапії міоми матки.
3. Яку роль відіграють прогестини в лікуванні міоми матки?
4. Який механізм дії агоністів ГнРГ на міому матки?
5. Назвіть побічні дії агоністів ГнРГ.
6. За якою схемою застосовують агоністи ГнРГ?

7. Який механізм дії на міому матки антигонадотропних засобів?
8. Назвіть препарати, що відносяться до антигонадотропнів та наведіть схему їх застосування.
9. Як слід планувати гормонотерапію в залежності від розмірів міоматозних вузлів?
10. В яких випадках застосовують симптоматичні методи лікування міоми матки?

3. ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ

Хворим з міомою матки виконують консервативні (органозберігаючі) та радикальні операції. До кожного з цих методів є показання та протипоказання. Рішення про проведення міомектомії або гістеректомії приймається в залежності від віку пацієнтки, перебігу захворювання, бажання зберегти репродуктивну функцію, розташування та кількості вузлів.

Плануючи хірургічне втручання, необхідно оцінити можливість проведення операції абдомінальним чи вагінальним шляхом, з лапаротомічним, лапароскопічним чи гістероскопічним доступом. Вибір залежить від багатьох факторів: розмірів пухлини, наявності значного ожиріння передньої черевної стінки, необхідності детальної ревізії черевної порожнини, проведення додаткових втручань на яєчниках, маткових трубах та ін.

Нерідко виникає питання, як під час операції з приводу міоми матки слід поступати з яєчниками. В кожному випадку воно вирішується індивідуально. Проводячи міомектомію у молодих жінок, при виявленні кістозних змін яєчників необхідна їх резекція, а при наявності пухлини – її видалення. Що стосується маткових труб, то їх, безумовно, слід зберегти, а при необхідності відновити прохідність шляхом пластичної операції. В постменопаузі при наявності патологічних змін яєчників їх необхідно видалити разом з матковими трубами.

Показання до оперативного лікування:

1. Симптомна міома матки (із геморагічним та больовим синдромом, наявністю вторинної анемії, симптомів стиснення суміжних органів).
2. Величина пухлини, яка перевищує розміри вагітної матки 13-14 тижнів умовної вагітності.
3. Розміри матки, що відповідають вагітності строком 12–13 тижнів при наявності симптомів стиснення сусідніх органів (часте сечовипускання, порушення акту дефекації та ін.) та при підозрі на порушення живлення вузла.

4. Швидкий ріст (на 4–5 тижнів на рік та більше), або резистентність пухлини до терапії агоністами ГнРГ.

5. Наявність субсерозного вузла на ніжці в зв'язку з можливістю його перекруту та наступним некрозом.

6. Наявність субмукозних вузлів міоми, оскільки вузли такої локалізації часто супроводжуються матковими кровотечами та болями.

7. Некроз міоматозного вузла, що може привести навіть до перитоніту.

8. Інтралігаментарне розташування вузлів міоми, наслідком якого можуть бути болі із-за стиснення нервових сплетінь та порушення функції сечоводів та нирок.

9. Вузли міоми, що походять з піхвової частини шийки матки.

10. Поєднання міоми матки з іншими патологічними змінами статевих органів: рецидивуючою гіперплазією або аденоматозом ендометрія, пухлиною яєчника, опущенням та випадінням матки.

11. Якщо міома матки може бути вірогідною причиною безпліддя або акушерської патології (невиношування вагітності).

Протипоказання до операції (планової):

1. Тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи, легенів та верхніх дихальних шляхів (гострі респіраторні захворювання).

2. Хвороби нирок.

3. Гострі та підгострі запальні захворювання органів малого тазу.

4. Шкірні захворювання (гнійники типу фурункула, везикулярні висипання).

5. Анестезіологічні протипоказання.

Обов'язкове обстеження перед плановою операцією

Передопераційна підготовка має велике значення для результатів оперативного втручання. Вона необхідна для уточнення обсягу операції, визначення доступу (абдомінальний чи вагінальний) та методу оперативного

втручання (лапаротомія, лапароскопія, гістерорезектоскопія), виявлення та корекції екстрагенітальних захворювань.

Детально обов'язковий обсяг обстеження перед плановими операціями викладено в додатку №1.

3.1. Органозберігаючі операції

Ці операції мають на меті видалення міоматозних вузлів зі збереженням генеративної та менструальної функцій. Як правило, вони проводяться у жінок, які в цьому зацікавлені. Міомектомія (енуклеація міоматозних вузлів) виконується з лапаротомічним та лапароскопічним доступом. Видалення вузлів шийкової локалізації може бути проведено через піхву, як і субмукозних вузлів матки, що народжуються. Застосовується також методика видалення міоматозних вузлів шляхом гістерорезектоскопії. Серед органозберігаючих операцій все ширше розповсюдження знаходить емболізація маткових артерій, а також інші малоінвазивні втручання з застосуванням різних фізичних факторів.

Особливістю лікування пацієток з міомою матки на сучасному етапі є проведення комбінованої терапії – гормонотерапії та хірургічного втручання. Перш за все це стосується тих хворих, яким планується органозберігаюча операція. При наявності міоматозних вузлів розміром понад 5 см доцільно на першому етапі пацієнтці з метою зменшення розмірів вузла зробити 2–4 ін'єкції агоністів ГнРГ з інтервалом 28 днів. Другим етапом має бути хірургічне втручання – лапароскопічна або лапаротомічна міомектомія, після чого на третьому етапі для попередження росту невиявлених міоматозних вузлів проводять ще одну ін'єкцію аГнРГ. З такою методикою не погоджується А.Л. Тихомиров (2006), який вважає, що перед операцією гормональну терапію проводити не слід. Її негативним результатом є неможливість виявлення невеликих вузлів, а також «замуровування» тих вузлів, які планувалось видаляти.

Зазначені вище методики органозберігаючих операцій доцільно розглянути в тій послідовності, з якою вони впроваджувались в оперативну гінекологію.

3.1.1. Лапаротомічна міомектомія

Відноситься до операцій, техніка яких була розроблена ще в середині 19 сторіччя разом з технікою радикальних операцій – гістеректомії (екстирпації матки) та надпівхової ампутації матки. Широкого розповсюдження операція знайшла лише на початку 20 сторіччя.

Показання до операції міомектомії такі ж, як і в цілому до хірургічного лікування цієї патології. Обов'язково приймається до уваги вік пацієнтки та її бажання зберегти генеративну або хоча б менструальну функцію.

Техніка операції

Після розтину передньої черевної стінки (за Пфанненштилем або нижньосерединним розрізом) проводять ревізію органів черевної порожнини, ретельно оглядають та пальпують матку з метою вибору найбільш доцільного розтину її стінки. При субсерозних вузлах на ніжці відсікають їх від стінки матки. Краще це зробити ближче до вузла, не зачіпаючи його капсули. Після відсікання вузла тканини скорочуються, і, якщо виявиться їх лишок, його видаляють ножицями. Проводять ретельний гемостаз і рану на матці зашивають окремими вікриловими швами.

При інтерстиціальних вузлах над пухлиною на місці найбільшого випинання стінки матки треба зробити невеликий розріз, який проводять через очеревину, м'яз матки та капсулу вузла (рис. 1А). На тілі матки частіше застосовуються подовжні або косі розрізи, а в нижньому сегменті – поперечні. С.Н Давидов, враховуючи архітекtonіку судин матки, найтісніше пов'язану розміщенням м'язових і нервових волокон, рекомендує робити в області дна і трубних кутів поперечні розрізи, в тілі матки – косі, що йдуть знизу догори до серединної лінії, а в області перешийка – поперечні або дугоподібні.

Відкриту від оточуючих тканин частину вузла фіксують міцними щипцями (рис. 1Б) і починають вилущення пухлини тупим і гострим шляхом за допомогою ножиць, підтягуючи вузол і викручуючи його з боку в бік. Якщо розріз невеликий, його збільшують, розсікаючи ножицями. Після вилущування вузла (рис. 1В), а іноді і протягом цього етапу, проводять ретельний гемостаз та пальпують матку

на предмет виявлення нерозпізнаних раніше вузлів або місць найбільш доцільного розрізу для енуклеації вузлів, які були виявлені при первинному огляді. Часто із першого розрізу вдається підійти до другого вузла, щоб менше травмувати матку. Після видалення пухлини ложе рани зашивають окремими швами із кетгуту або вікрилу в межах м'язової оболонки (рис. 1Г).

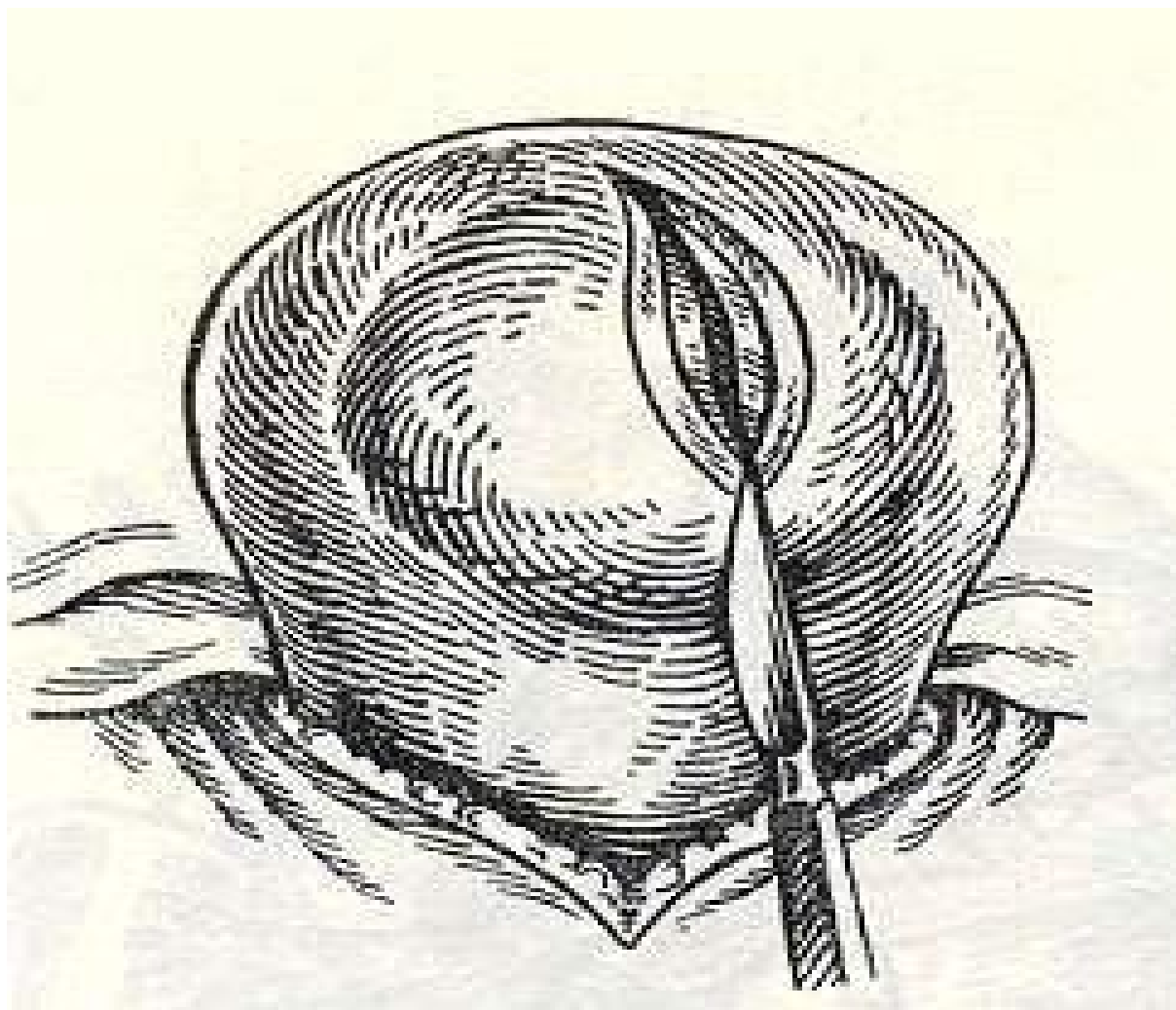


Рис. 1А. Лапаротомічна міомектомія. Розріз капсули інтерстиціального вузла.

Всі малюнки, які стосуються оперативного лікування лапаротомним та вагінальним доступом, взяті з книги «Оперативна гінекологія» Л.С. Персіанінов (1971 р.)

При глибокій рані в матковій стінці накладають шви в два ряди, щоб між ними не залишалось порожнин, які можуть сприяти створенню гематом і поганому загоюванню рани. Після цього накладають серозно-м'язовий безперервний петельний шов із кетгуту або вікрилу (рис. 1Д, рис. 1Е).

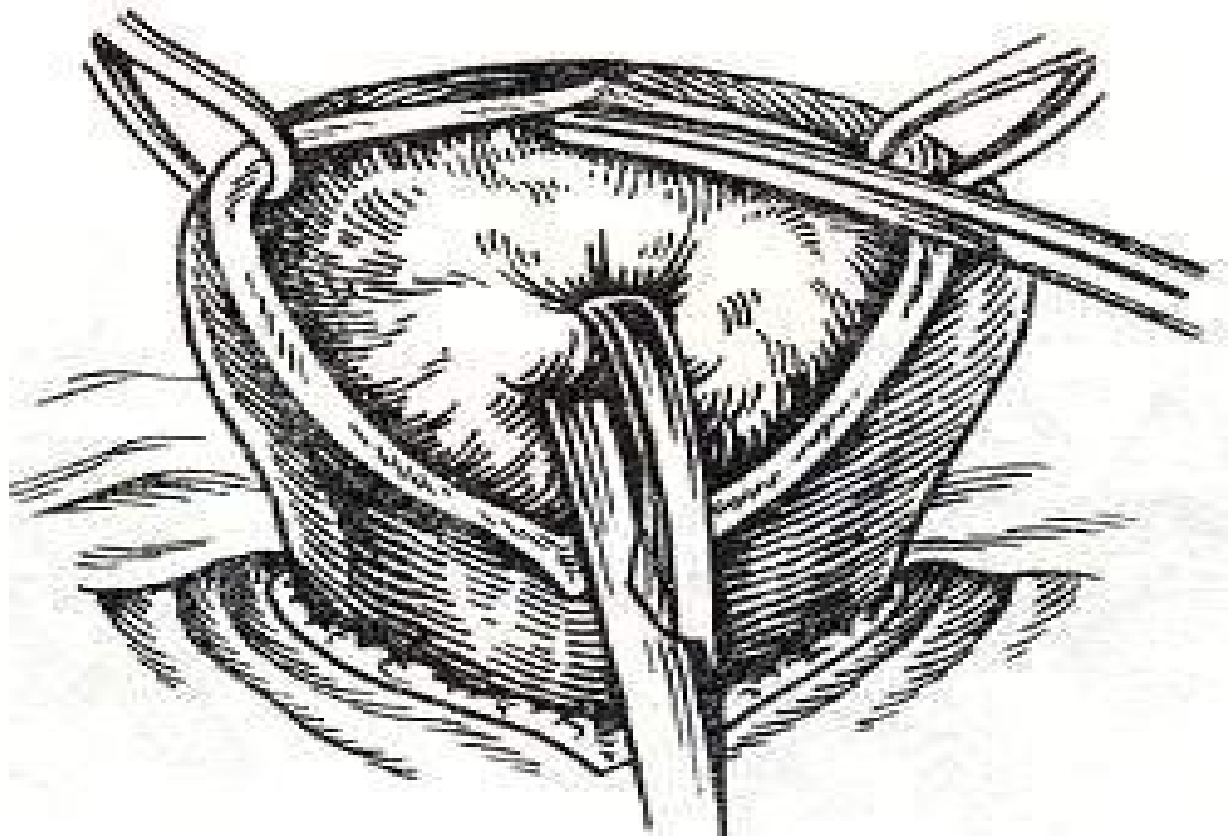


Рис. 1Б. Вузол захоплено щипцями.

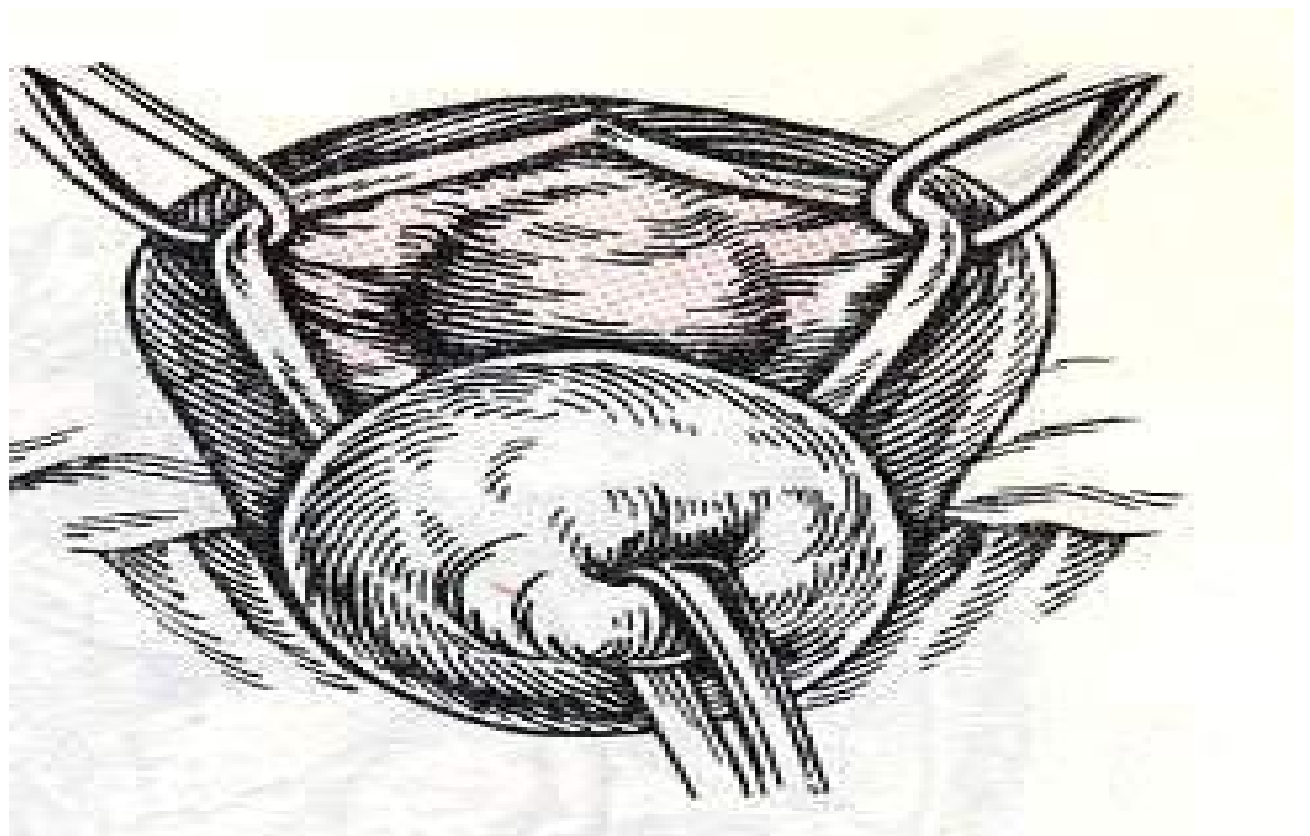


Рис. 1В. Вузол вилущено.

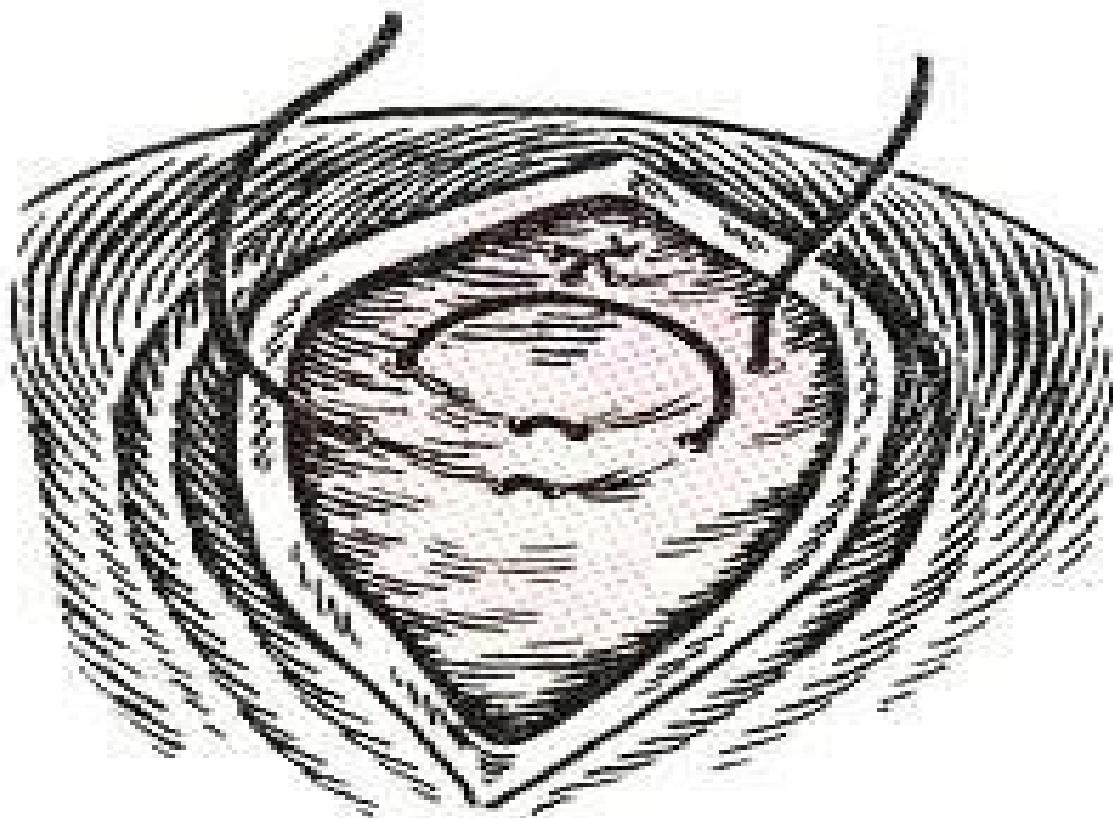


Рис. 1Г. Шви на ложе вузла.

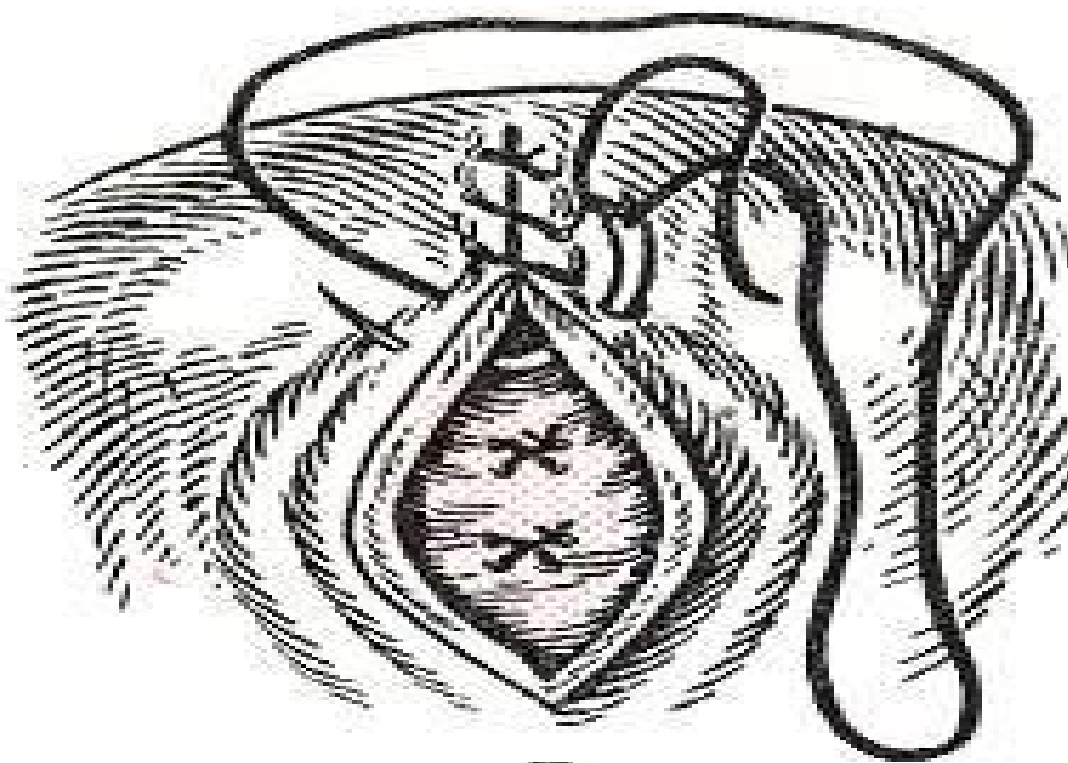


Рис. 1Д. З'єднання країв розрізу на матці.

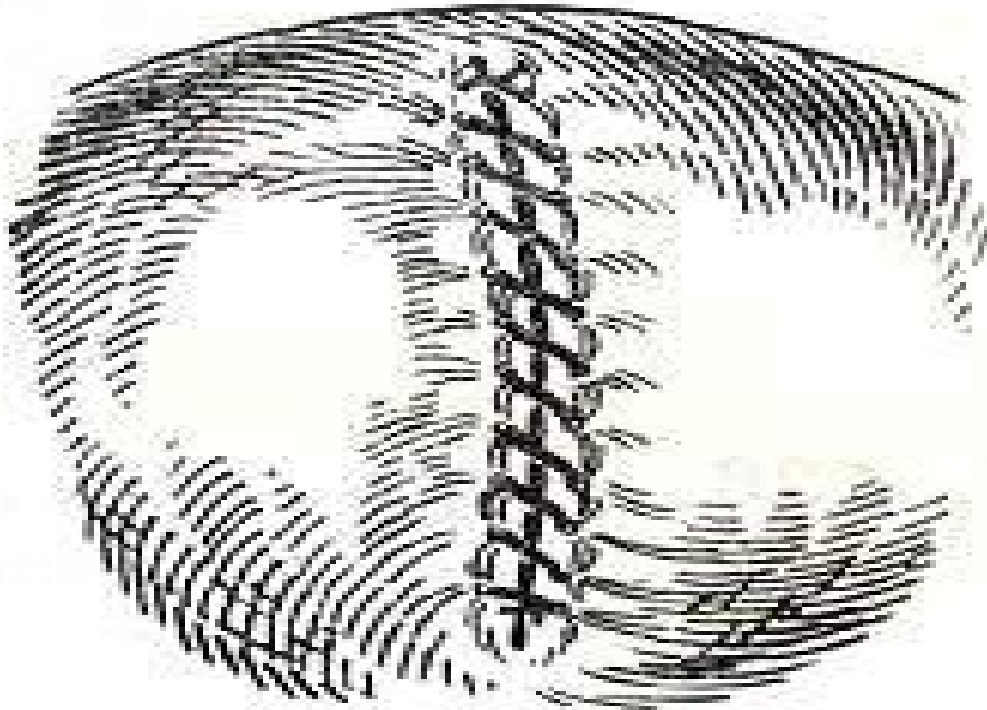


Рис. 1Е. Вигляд матки після закінчення операції.

Субмукозні вузли рідко видаляють при лапаротомічній операції. Якщо така необхідність виникає, його енуклеацію слід проводити дуже обережно, щоб не допустити входження до порожнини матки. При ушиванні рани швами підхоплюють тільки підслизовий шар, не проколюючи слизову оболонку. Гемостаз і ушивання мають бути ретельними, щоб не допустити виникнення гематоми та кровотечі в порожнину матки.

3.1.2. Вагінальне видалення міоматозних вузлів

Такого роду операції застосовуються в наступних ситуаціях:

- коли одиночний міоматозний вузол походить з перешийку або шийки матки та росте, випинаючи стінку піхви;
- коли в ургентному порядку виникає необхідність видалення підслизового міоматозного вузла, що народжується (зазвичай при відсутності інших вузлів в тілі матки).

В першому випадку операція виконується в плановому порядку після ретельного обстеження хворої та достатньої інформації про топографію вузла. Стінка піхви (після фіксації матки за допомогою накладених на шийку матки щипців Мюзю) розсікається на місці найбільшого випинання вузла. Гострим та тупим шляхом вузол виділяється з парацервікальної та параметральної клітковини, а при необхідності – з паравезікальної та параректальної. Після накладання затискачів на виділену ніжку вузла останній відсікається, ніжка прошивається окремим вузлуватим швом. Проводиться ретельний гемостаз, ушивається ложе вузла та стінка піхви. Для попередження утворення гематом слід простежити, щоб не залишалось пустот.

Якщо вузол великих розмірів і походить від шийки матки таким чином, що разом з ним необхідно видалити і частину шийки, то після його відтинання необхідно формувати шийку одним з відомих способів. Відтинаючи вузол, слід намагатись залишити тканину шийки матки, щоб мати можливість зберегти її правильну форму.

При виявленні міоматозного вузла, що народжується, виникає необхідність в проведенні невідкладної операції, оскільки вказана ситуація супроводжується матковою кровотечею та болями. Вибір методу хірургічного втручання залежить від багатьох факторів – віку жінки, наявності інших вузлів в тілі матки, загального стану хворої. Вибір має бути між простішою операцією – видаленням міоматозного вузла через піхву, та складнішою – лапаротомічною гістеректомією.

Пристаючи до операції видалення вузла через піхву, враховують його розміри, ступінь згладженості та розкриття шийки матки. Захопивши нижній полюс вузла щипцями Мюзю, його максимально зводять донизу, намагаючись досягти ніжки та з'ясувати місце відходження вузла від матки. Якщо це вдається, під контролем пальця ніжку пересікають за допомогою довгих ножиць і вузол видаляють, після чого зондують матку та вишкрібають її стінки. При неможливості таким чином досягти результату, рекомендується за допомогою щипців Мюзю обертати вузол навколо вертикальної осі, начебто «відкручуючи» його. Як правило, такі дії дають позитивний результат.

3.1.3 Лапароскопічна міомектомія

Мета операції така ж, як і при лапаротомії – видалення міоматозних вузлів зі збереженням репродуктивної і менструальної функції жінки. Якщо розміри вузлів понад 4 см, то перед операцією призначається 6-місячний курс одного з базових препаратів (бусерин, гозерелін, гестрінон) для зменшення розмірів вузлів і зниження крововтрати під час хірургічного втручання. При субсерозній локалізації міоматозного вузла на ніжці передопераційну підготовку гормонами не проводять.

Протипоказання для лапароскопічної міомектомії:

1. Загальні протипоказання до проведення лапароскопії: захворювання, при яких планова операція може загрожувати життю пацієнтки (захворювання серцево-судинної та дихальної системи, гемофілія, важкі геморагічні діатези, гостра і хронічна печінкова недостатність, цукровий діабет та ін.).

2. Підозра на злоякісні захворювання геніталій.

3. Розміри міоматозного вузла понад 10 см після проведеної гормональної підготовки.

Відносно цього протипоказання в літературі дискутується питання про розміри міоматозного вузла, які дозволяють проводити консервативну міомектомію лапароскопічним доступом. За думкою багатьох авторів, розміри міоматозного вузла не можуть бути більшими 8–10 см, інакше їх видалення з черевної порожнини після вилучення стає проблематичним. Разом з тим після впровадження в практику електромеханічних морцеляторів стало можливим видалення міоматозних вузлів розмірами до 15–17 см.

4. Багаточисельні інтерстиціальні вузли, видалення яких не дозволить зберегти репродуктивну функцію.

За думкою деяких хірургів, лапароскопічну міомектомію можна проводити пацієнткам, якщо кількість вузлів не перевищує чотирьох із-за високої частоти рецидивів (30% і більше), в той час як при поодиноких міомах рецидиви спостерігаються тільки в 10–20% випадків.

5. Відносними протипоказаннями є ожиріння II-III ступеню, виражені зрощення після проведених раніше оперативних втручань.

6. Необхідно враховувати, що відносність деяких протипоказань залежить від кваліфікації хірурга.

Хід операції

Особливості техніки лапароскопічної міомектомії в значній мірі залежать від локалізації вузлів, їх розмірів та кількості. Міомектомію проводять в чотири етапи:

1. Відсікання і вилучення міоматозних вузлів.
2. Закриття дефектів міометрію.
3. Видалення міоматозних вузлів.
4. Гемостаз і санація черевної порожнини.

1. Відсікання і вилучення міоматозних вузлів.

При субсерозній міомі матки вузол фіксують жорстким затискачем, ніжку пухлини відсікають (рис. 2) після попередньої коагуляції (моно- або біполярної).

При субсерозно-інтерстиціальній локалізації міоматозного вузла роблять круговий розріз. Відстань від краю розрізу до незміненого міометрію визначають індивідуально. Вона залежить від розмірів вузла і дефекту матки після вилучення міоматозного вузла.

При інтерстиціальних міоматозних вузлах розріз на матці виконується над місцем найбільшої деформації стінки матки вузлом, що знаходиться нижче. Подовжнім напрямком розрізу має бути при локалізації вузла в безпосередній близькості від сагітальної осі матки. При розташуванні інтерстиціальних вузлів ближче до зв'язуючого апарату матки, придатків, сечового міхура перевагу віддають поперечним або косим розрізам міометрію.

При інтралігаментарному розташуванні міоматозного вузла розріз серозного покриву матки здійснюють в місці його найбільшого випинання. При такій локалізації міоми перед проведенням розрізу особливу увагу необхідно приділити ідентифікації сечоводів і атипічно розташованих судинних пучків

матки. Напрямок розрівів при такій локалізації міоми має бути поперечним або косим.

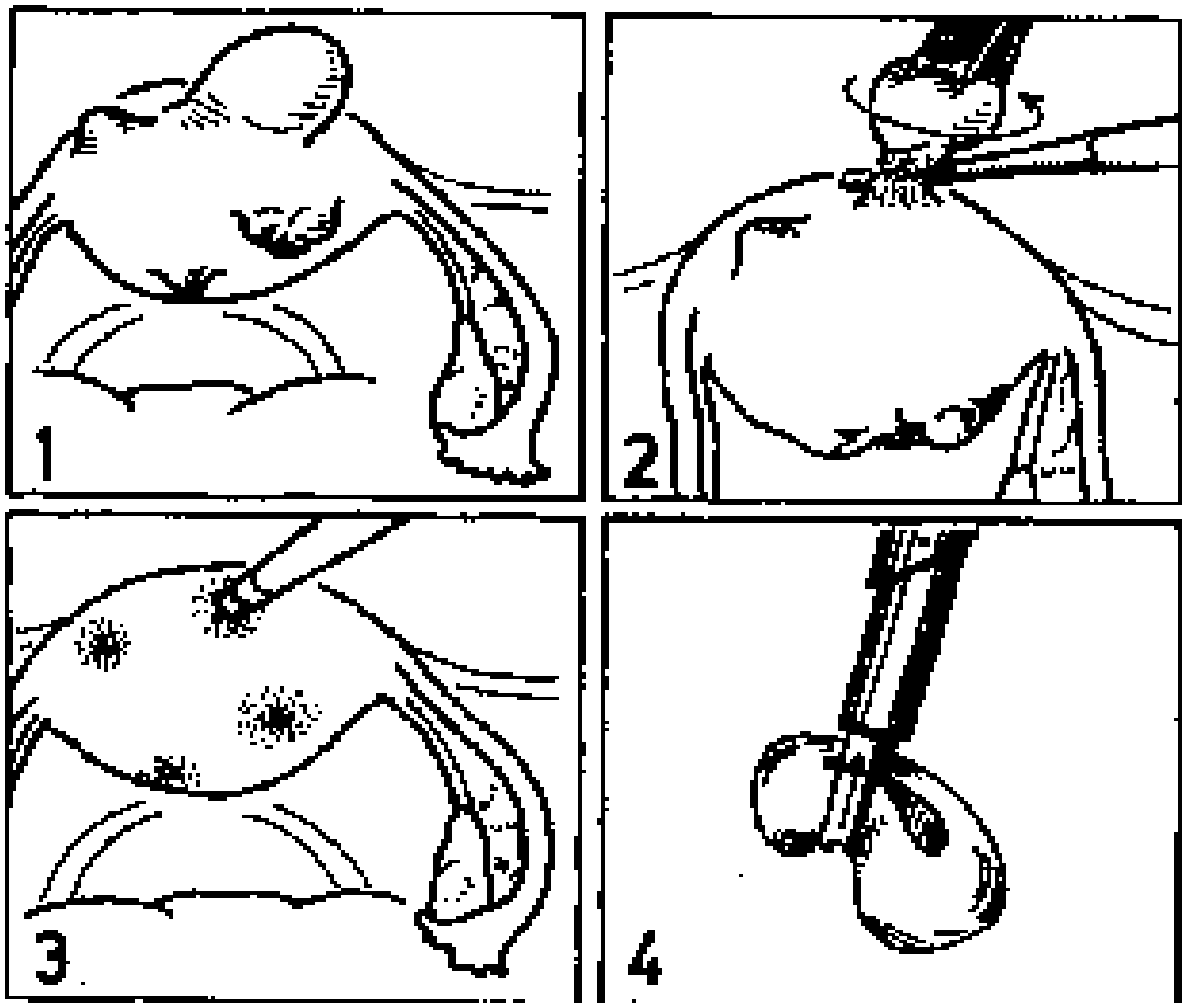


Рис. 2. Лапароскопічна міомектомія (схема):

- 1) субсерозний міоматозний вузол;
- 2) вузол захоплено зубчастим затискачем і відтято гачком Медика;
- 3) коагуляція ложа вузла кулеподібним електродом;
- 4) видалення препарату.

Як при видаленні інтралігаментарних вузлів, так і особливо глибоких інтерстиціальних, застосовують принцип «лушпайок цибулини». Сутність методу полягає в тому, що псевдокапсула міоми складається скоріше з міометрію, ніж з фіброзної тканини. Для вилучення роблять послідовні 1–2-міліметрові розрізи на

вузлі біля місця розщеплення серозно-м'язових шарів і псевдокапсули, уявляючи собі шари псевдокапсули як лушпайки цибулини.

Така методика виключає можливість ушкодження порожнини матки при інтрамуральному розташуванні вузлів. При інтралігаментарній локалізації вузла ця методика дозволяє запобігти ураження судин матки та інших близько розташованих структур. Методика вкрай корисна при міомі шийки матки, коли спостерігається латеральне зміщення маткових судин і сечоводу.

Розрізи на матці можна здійснювати монополярним коагулятором або ножицями після попередньої біполярної коагуляції. Розріз роблять до поверхні капсули міоматозного вузла, яка легко пізнається за її біло-перламутровим кольором. Вилучення вузлів виконують шляхом послідовних тракцій в різних напрямках за допомогою двох затискачів з одночасною коагуляцією ділянок, де є кровотеча.

При консервативній міомектомії лапароскопічним доступом необхідно використовувати жорсткі зубчасті затискачі, що дозволяють надійно фіксувати вузол під час його вилучування. Ложе міоматозного вузла промивають фізіологічним розчином і проводять гемостаз всіх ділянок міометрія, де є кровотеча.

2. Закриття дефектів міометрія

При наявності після міомектомії дефекту міометрія глибиною 0,5–1 см його необхідно ушити за допомогою ендоскопічних швів. Перевагу слід надавати вікрилу 0 або 2-0 на зігнутій голці довжиною 30–35 мм. Використання голок великого діаметру дозволяє захити рану на матці з захватом її дна, що попереджає виникнення гематом та сприяє формуванню повноцінного рубця.

Глибина дефекту міометрія матки менше 1 см потребує відновлення однорядним (м'язово-серозним) швом. Дворядні (м'язово-м'язові, м'язово-серозні) шви накладають при глибині дефекту матки більше 1 см. Відстань між швами має бути біля 1 см, при цьому застосовуються різні види швів (окремі, Z-подібні, шви за Доннаті) і способи їх зав'язування при лапароскопії. Найбільш раціональним при ушиванні дефектів після міомектомії прийнято вважати

використання окремих вузлових швів з екстракорпоральним зв'язуванням і затягуванням за допомогою пушера.

3. Видалення макропрепарату із черевної порожнини

Існують різні способи видалення міоматозних вузлів із черевної порожнини:

- а) через передню черевну стінку після розширення однієї з латеральних контрапертур;
- б) через передню черевну стінку за допомогою морцелятора;
- в) через розріз заднього склепіння піхви (задня кольпотомія).

А) Видалення через передню черевну стінку (мінілапаротомія)

Після вилучення міоматозного вузла роблять мінілапаротомію, довжина якої залежить від діаметру препарату, що видаляється. Під візуальним контролем в черевну порожнину вводять щипці Мюзо або затискач Кохера, міоматозний вузол захоплюють і видаляють. Передню черевну стінку зашивають пошарово під контролем лапароскопа з метою профілактики грижі або евентрації.

Б) Видалення через передню черевну стінку за допомогою морцелятора

За останні роки для евакуації міоматозних вузлів із черевної порожнини почали використовувати механічні і електромеханічні морцелятори ("Wolf", "Karl Storz", "Wisap" та ін.), які дозволяють видаляти мікропрепарати шляхом їх «кускування». Діаметр цих пристосувань складає 12–20 мм. Їх використання виключає необхідність додаткового розрізу передньої черевної стінки, але при цьому дещо збільшується тривалість хірургічного втручання. До недоліків цих конструкцій можна віднести їх високу вартість.

В) Видалення крізь розріз заднього склепіння піхви

При відсутності морцелятора для видалення міоматозних вузлів із черевної порожнини можливе використання задньої кольпотомії. Задню кольпотомію можна виконати за допомогою спеціальних піхвових екстракторів. При цьому кулю піхвового екстрактора розміщують у задньому склепінні піхви, випинаючи його в черевну порожнину. Лапароскопічним доступом за допомогою монополярного електрода роблять розріз поперек заднього склепіння між

крижово-матковими зв'язками. Потім в черевну порожнину по троакару вводять зубчастий 10-міліметровий затискач, захоплюють їм міоматозний вузол і видаляють його із черевної порожнини. Піхвовий екстрактор, завдяки кулеподібному розширенню на кінці, дозволяє зберігати пневмоперитонеум в черевній порожнині після розтину заднього склепіння піхви. При розмірах вузла більше 6–7 см перед видаленням його розсікають надвоє.

Видалення міоматозних вузлів із черевної порожнини за допомогою задньої кольпотомії не збільшує термін проведення операції, забезпечує менший травматизм, профілактику післяопераційних гриж і кращий косметичний ефект.

Гемостаз і санація черевної порожнини

В кінці операції видаляють всі згортки крові та проводять ретельний гемостаз. Адекватний гемостаз і санація черевної порожнини – це надійна профілактика утворення зрощень у подальшому.

Післяопераційний період

Лапароскопічна міомектомія, як менш травматична порівняно з лапаротомічною, зумовлює сприятливіший перебіг післяопераційного періоду. Наркотичні анальгетики застосовують, як правило, тільки першої доби після операції. Антибактеріальні препарати призначають за показаннями. Тривалість перебування в стаціонарі коливається від 2 до 7 діб, а повне відновлення працездатності настає через 2–4 тижні. При видаленні міоматозних вузлів через кольпотомний розріз пацієнткам радять протягом 4–6 тижнів утримуватись від статевого життя. Контрацепція після накладання серозно-м'язових швів має тривати 3 тижні, а при пошаровому ушиванні стінки матки двома рядами швів – протягом 6 місяців. Вибір методу контрацепції залежить від супутніх гінекологічних та соматичних захворювань.

Ускладнення

Виділяють дві групи ускладнень: ті, що зустрічаються при виконанні будь-якої лапароскопії, та специфічні для міомектомії.

Загальні ускладнення лапароскопії включають пошкодження магістральних судин і органів черевної порожнини при введенні троакарів, ускладнення

анестезії, дихальні порушення, тромбоемболії та інші. Можливі також інтра- та післяопераційні кровотечі із матки чи ложа міоматозного вузла, гематоми в стінці матки при неадекватному пошаровому ушиванні дефектів, інфекційні ускладнення. Пошкодження сечоводів, сечового міхура та кишечника частіше виникають при низькому або інтерстиціальному розташуванні міоматозного вузла. Після видалення препарату через передню черевну стінку можливе виникнення гриж. Рубці, що залишаються на матці після такої операції, вимагають підвищеної уваги при веденні в подальшому вагітності та пологів.

3.1.4. Гістероскопічна міомектомія

Показання:

1. Субмукозне розташування вузла.
2. Міома на ніжці.
3. Мено- і метрорагії, що приводять до анемії.
4. Невиношування вагітності і безпліддя, як наслідок субмукозної міоми.

Противоказання:

1. Глибина порожнини матки більше 12 см.
2. Підозра на гіперплазію або аденокарциному ендометрія.
3. Інфекція верхніх та нижніх відділів геніталій.
4. Тяжкі захворювання печінки, нирок і серця (ризик гіперволемії).
5. Підозра на лейоміосаркому.

Підготовка до операції

Після проведення діагностики, визначення класифікаційної характеристики субмукозного вузла вирішують питання про термін проведення операції, необхідність передопераційної підготовки, метод анестезії і техніки видалення вузла.

Гормональну підготовку перед міомектомією трансцервікальним доступом має сенс проводити при розмірах субмукозного вузла понад 4–5 см і при субмукозних вузлах на широкій основі. Мета гормональної терапії не стільки у зменшенні розмірів вузла, скільки в зменшенні розмірів самої матки. При цьому

вузол якби «видавлюється» в порожнину матки. Передопераційне лікування гормонами приводить до досягнення атрофії ендометрія, що поліпшує умови проведення операції за рахунок кращої візуалізації і зменшення крововтрати. Разом с тим така підготовка дозволяє ліквідувати ознаки анемії, що забезпечує проведення операції в сприятливіших умовах.

Іноді використання агоністів ГнРГ веде до зміщення міоматозних вузлів в товщу міометрія, що ускладнює вибір методу операції. В таких випадках операцію відкладають на невизначений термін або проводять міомектомію лапаротомічним доступом.

Хід операції

В залежності від характеру вузла (субмукозний вузол на вузькій основі або субмукозно-інтерстиціальний вузол) операція може бути виконана в один або два етапи. Видалення в один етап субмукозно-інтерстиціального вузла приводить до глибокого ураження стінок матки, що збільшує кровотечу і перевантаження судинного русла рідиною.

Операція в два етапи пропонується при вузлах, значна частина яких розміщується в стінці матки. Після передопераційної підготовки гормонами проводять гістероскопію і часткову міомектомію (міолізіс частини вузла з використанням лазера). Потім знов призначають ті ж самі гормони на 8 тижнів і здійснюють повторну гістероскопію. За цей період та частина вузла, що залишилась, начебто «видавлюється» в порожнину матки і легко відсікається повністю.

При видаленні субмукозних вузлів гістероскопічним методом необхідно здійснювати контроль за ходом операції за допомогою трансабдомінальної ехоскопії. В деяких випадках варто проводити лапароскопічний контроль.

У пацієнок віком понад 40 років пропонується міомектомію проводити разом з резекцією або абляцією ендометрія, внаслідок чого ризик рецидиву менорагій у них знижується.

Гістероскопічну міомектомію можна виконувати механічним шляхом, електрохірургічним або за допомогою лазера.

Механічну міомектомію частіше застосовують при субмукозних вузлах на вузькій ніжці, розміри яких не перевищують 5–6 см. Важливе значення мають форма та рухомість вузла. Можливість видалення вузла механічним шляхом залежить також від його локалізації. Простіше видаляються вузли, що знаходяться у дні матки. Для видалення вузла необхідно забезпечити достатнє розширення шийкового каналу. В деяких випадках для полегшення видалення вузла можна виконати його «кускування», здійснюючи постійний контроль гістероскопом.

При **електрохірургічній** міомектомії тканину вузла поступово зрізають у вигляді стружки петльовим електродом, при чому електрод постійно має рухатись у напрямку хірурга. Накопичені шматочки вузла періодично видаляють із матки щипцями або невеликою тупою кюреткою. Резекція інтерстиціального вузла не може бути глибшою 8–10 мм слизової оболонки матки. Інтерстиціальна частина вузла сама «видавлюється» в порожнину матки по мірі його видалення за рахунок скорочення маткових м'язів. Якщо це не відбувається, операцію припинають та забезпечують гемостаз. Подальшу резекцію вузла доцільно виконати через 2–3 місяці. Зазвичай ця операція не супроводжується значною крововтратою, але при пошкодженні глибоких шарів міометрія може бути кровотеча, тому необхідно бути обачним. Потужність електричного струму не має перевищувати 80–100 Вт в режимі «різати». В кінці операції петльовий електрод заміняють на кульовий, знижують внутрішньоматковий тиск і коагулюють судини, які кровоточать, в режимі коагуляції при потужності струму 40–80 Вт.

При **лазерній** міомектомії використовується Nd–YAG-лазер за контактною методикою. Субмукозні вузли невеликого діаметру видаляються за один етап. Основу вузла відсікають від стінки матки лазерним провідником при потужності випромінювання 80 Вт, а потім видаляють із матки щипцями або кюреткою, можливе «кускування».

Субмукозні вузли зі значним інтерстиціальним компонентом видаляються в два етапи. Спочатку необхідно видалити ту частину вузла, яка розташована за межами м'язів матки. Інтерстиціальну частину вузла «пропалюють» в декількох місцях лазерним провідником на глибину 2–10 мм. При цьому на вузлі

утворюються численні впадини у вигляді кратерів з коричневими межами. Ця методика має назву трансгістероскопічного міолізісу, вона викликає некробіоз тканини залишку вузла. Мета процедури – зменшення розмірів частини вузла, яка залишилась, та зниження її кровопостачання.

При наявності декількох субмукозних вузлів невеликих розмірів доцільно виконати міолізіс кожного вузла за описаною вище методикою.

В післяопераційному періоді на 8 тижнів призначають гормони з наступним виконанням гістероскопії та видаленням залишеної частини вузла, яка зменшилась в розмірах та «видавилась» в порожнину матки.

Підсумовуючи застосування цього методу, слід підкреслити, що його вибір залежить від виду субмукозного вузла, його локалізації та величини, технічної оснащеності ендоскопічним обладнанням та оперативних навичок хірурга.

3.1.5. Емболізація маткових артерій (ЕМА)

Емболізація маткових артерій – високоефективний метод лікування міоми матки, що дозволяє звільнити більшість хворих від тяжких проявів захворювання, значно зменшити розміри міоми та зберегти при цьому матку.

Започаткував цей метод J. Oliver, котрий в 1979 році вперше з успіхом використав емболізацію маткових артерій в ургентній практиці для зупинки післяпологових і післяопераційних кровотеч. Французький хірург-гінеколог Jacques Ravina з 1991 року почав виконувати ЕМА в якості планового передопераційного лікування, спрямованого на зменшення крововтрати при проведенні гістеректомії або міомектомії. Він звернув увагу на певний парадокс – жінки після передопераційної ЕМА стали відмовлятися від хірургічного лікування в зв'язку з нівелюванням симптомів, пов'язаних з міомою. Причинами такого результату ЕМА стало різке зменшення розмірів міоматозних вузлів і матки. Після перших публікацій (1995 рік), які підтвердили високу ефективність нового ендovasкулярного методу лікування міом матки, з 1995–1997 років почалось стрімке впровадження ЕМА в повсякденну клінічну практику. В нашій країні цей метод застосовується з 1997 року.

Емболізація маткових артерій вже стала стандартом (*de facto*) в лікуванні міоми матки в США і Європі. Метод базується на достатньо вивчених особливостях судинного русла міоми і полягає в наступному: сам міоматозний вузол має досить слабе забезпечення кров'ю; артерії, що живлять міому, практично не анастомозують з іншими судинами і являються кінцевими гілками. Не дивлячись на те, що навкруги міоми зазвичай є ділянка підвищеної васкуляризації (перифіброїдне судинне сплетіння), вона має аналогічну кінцеву будову периферійних розгалуджень. Міометрій забезпечується кров'ю з декількох артерій і має добре розвинуті колатеральні сітки. Саме на цих особливостях забезпечення кров'ю і базується патогенетичний механізм ЕМА. Вибіркове закриття судин міоматозного вузла і перифіброїдного сплетіння призводить до стійкої селективної ішемізації і в подальшому до гіалінової дегенерації і склерозування тільки самої міоми, практично не впливаючи на забезпечення кров'ю неуражених ділянок стінки матки.

Зараз вже накопичено значний досвід в питаннях техніки ЕМА, визначення показань і протипоказань до її використання, можливих ускладнень. Виконує цю операцію ендovasкулярний хірург, однак відбір хворих та ведення післяопераційного періоду покладається на лікаря-гінеколога, що має достатній досвід.

Є підстави стверджувати, що емболізація маткових артерій може бути повноцінною альтернативою хірургічному лікуванню міом матки. Як високоефективний і безпечний метод, ЕМА в багатьох випадках стала методом вибору у хворих з міомою матки, оскільки зберігає жінці репродуктивну функцію, а також виключає можливі ризики при проведенні хірургічного втручання і загального знеболювання. Навіть якщо порівняти ЕМА з проведенням консервативної міомектомії, то остання займає більше часу, супроводжується більшою крововтратою і кількістю післяопераційних ускладнень. Крім того, головним недоліком міомектомії є часті рецидиви, що потребують додаткових втручань.

Гормональна терапія в цьому плані також поступається ЕМА. Вона дозволяє зменшити розміри міоматозних вузлів, але протягом декількох місяців після закінчення прийому препарату розміри міоми повертаються до початкових.

Показання до емболізації маткових артерій:

- міома матки, що стала причиною кровотечі (мено- і метрорагій), болі, відчуття тяжкості, часте сечовипускання, порушення функції кишечника;
- безсимптомна міома матки, незалежно від кількості вузлів, їх локалізації і розміру (крім субсерозної міоми на тонкій ніжці) при бажанні зберегти матку;
- наявність у хворих на міому тяжких соматичних захворювань, оперативне втручання при яких було б ризикованим;
- наявність протипоказань до гормональної терапії;
- для зменшення розмірів пухлини перед запланованою міомектомією;
- при наявності у пацієнтки множинної міоми матки і бажання зберегти репродуктивну функцію, якщо немає впевненості в можливості достатньо ефективно виконати консервативну міомектомію.

В. McLucas et al. вважають, що вірогідність вагітності після ЕМА співвідносна аналогічним показникам після міомектомії. Автори підкреслюють, що в групі хворих, у яких виконання міомектомії неможливе або має великий ризик переходу в гістеректомію, ЕМА є останнім шансом зберегти можливість для народження дитини. З іншого боку R. Wortington-Kirsch має достатньо обережну точку зору, вважаючи, що поки не проведено порівняння показників фертильності після ЕМА і міомектомії на великій кількості пацієнток, показання до ендovasкулярного лікування при можливості міомектомії мають бути обмежені. Він вважає, що тільки індивідуальне рішення і стійке бажання пацієнтки уникнути наркозу і операційної травми можуть виправдати використання ЕМА в цій групі.

Протипоказання до емболізації маткових артерій:

- наявність запальних захворювань органів малого тазу;
- вагітність;

- передракові захворювання ендометрія;
- злякисні новоутворення (підозра на лейоміосаркому);
- субмукозний міоматозний вузол на тонкій ніжці (відносно протипоказання, оскільки існує альтернативний гістерорезектоскопічний спосіб лікування);
- група протипоказань, пов'язаних з неможливістю проведення рентгеноконтрастних досліджень (непереносимість контрастного засобу, ниркова недостатність, звитість здухвинних судин і т.п.);
- аутоімунні захворювання.

Передопераційне обстеження перед емболізацією маткових артерій:

- анамнез захворювання;
- повне обстеження у гінеколога (включаючи бактеріоскопічне та бактеріологічне обстеження, атипіві клітини, проведення кольпоскопії, фракційного вишкрібання матки чи аспіраційної біопсії ендометрія);
- консультація інтервенційного радіолога;
- УЗД органів малого таза;
- магнітно-резонансна томографія (вибірково);
- лабораторні дослідження (клінічний та біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі та інші при відповідних показаннях).

Техніка емболізації маткових артерій

Передопераційна підготовка до ЕМА включає призначення седативних і знеболюючих препаратів, превентивної антибактеріальної терапії, катетеризації сечового міхура. Приблизна схема передопераційної підготовки виглядає таким чином: внутрішньом'язово вводять 75 мг диклофенаку натрія; 20 мг промедолу; 10 мг діазепаму.

Головне завдання самої процедури (її проводить ендоваскулярний хірург) – це селективна або суперселективна катетеризація та емболізація гілок маткової артерії, що сприяє лише локальному перекриттю кровообігу в патологічному вогнищі і не супроводжується ризиком ішемізації органів, що знаходяться поруч. Для цього проводиться пункція і катетеризація правої загальної стегнової артерії за загальноприйнятою методикою Сельдингера. Катетер «Cobra 5F» або «Hook I»

під рентгеноскопічним контролем встановлюється в проксимальний відділ внутрішньої здухвинної артерії і виконується ангіографія з введенням 12–15 мл 60% урографіна або ультравіста для оцінки анатомії внутрішніх здухвинних судин, кровопостачання матки і васкуляризації міоми (рис. 3). При цьому виявляється типова ангіографічна картина міоми матки, яка має витончені звиті судини, що створюють округле перифіброїдне сплетіння навколо міоматозного вузла.

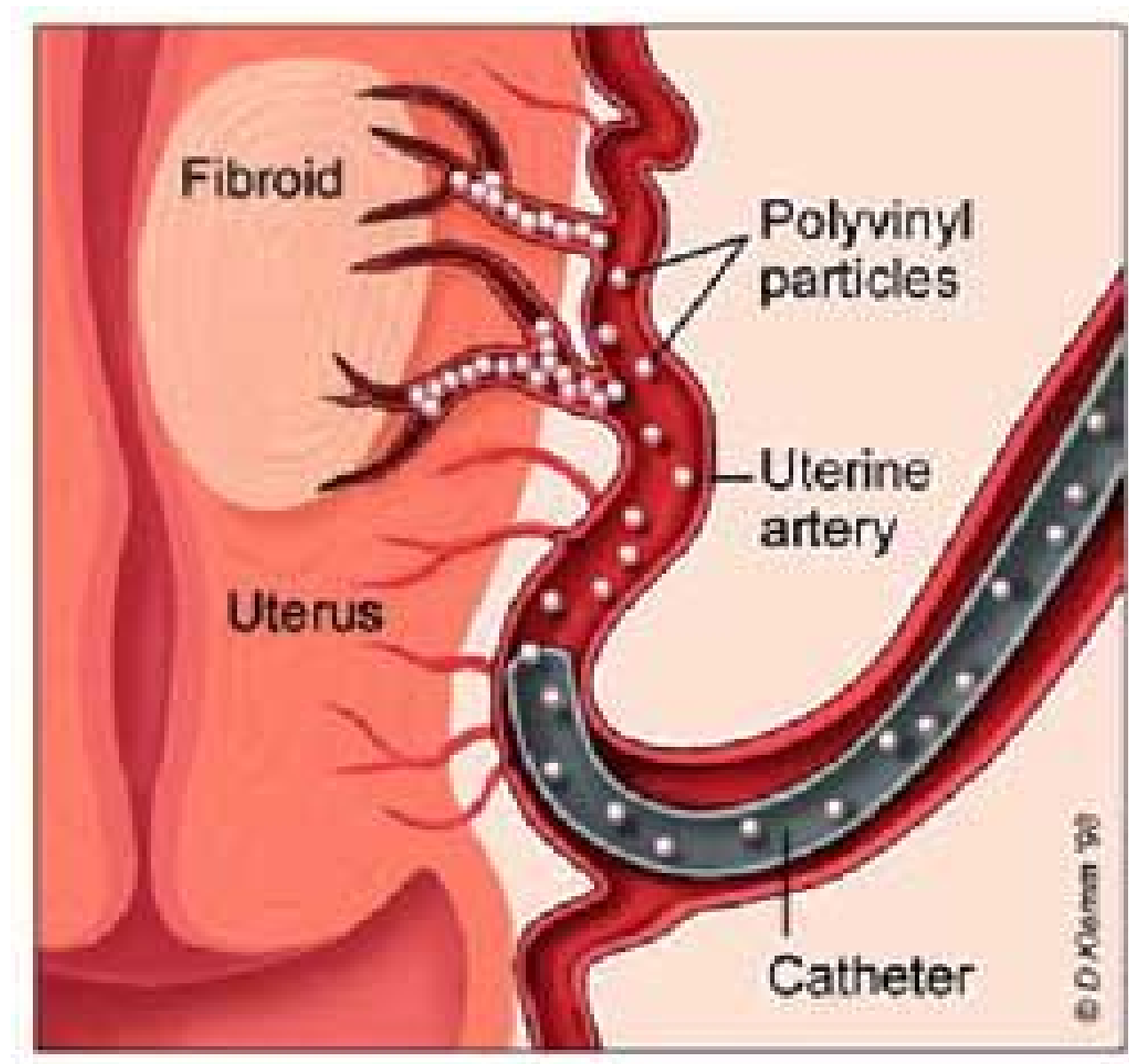


Рис. 3. Схема емболізації маткової артерії.

За допомогою провідника з гідрофільним покриттям катетер встановлюється в лівій матковій артерії дистальніше відходження її низходячої гілки до шийки матки і піхви. Емболізація зазначеного басейну виконується

частинками полівінілалкоголю (ПВА) Trufill (Cordis, Johnson & Johnson) розмірами 500–700 нм до зупинки кровотоку у дистальному відділі маткової артерії. На контрольній артеріографії визначається обрив контрастування стовбура маткової артерії з накопиченням контрастної речовини в судинах перифіброїдного сплетіння у вигляді опалесцюючої округлої тіні, що свідчить про ефективність ендovasкулярного втручання і повну зупинку кровообігу в патологічних судинах.

Аналогічну маніпуляцію проводять з протилежного боку. Після завершення емболізації катетер видаляють і здійснюють гемостаз пальцевим притисненням місця пункції і накладанням стискаючої пов'язки.

Післяопераційний період

В післяопераційному періоді через 1–2 години після процедури у пацієнок можуть виникнути помірні тягучі болі в нижній частині черева, які полегшуються введенням наркотичних анальгетиків (1 мл 2% розчину промедолу). Часто на другу добу больовий синдром різко зменшується і в якості знеболювання призначаються нестероїдні протизапальні препарати. Термін постемболізаційного больового синдрому може тривати від 1 до 5 діб і залежить від об'єму емболізованих тканин. У деяких пацієнок протягом кількох тижнів можуть бути кров'янисті виділення із піхви, що зумовлено дренаванням в порожнину матки ішемізованих після втручання дрібних субмукозних міом. Вони безпечні для хворої, швидко зникають і потребують тільки призначення традиційної антибактеріальної терапії та жарознижуючих препаратів. При сприятливому перебігу післяопераційного періоду пацієнтку можна виписати при нормальній температурі і зникненні болів на 2–3 добу.

Власне постемболізаційний синдром має значно довший перебіг, в якому виділяють три етапи, кожен з яких супроводжується характерними для нього патоморфологічними змінами (Татарчук Т.Ф., 2008).

Протягом першого місяця спостерігається гостра ішемія міоматозного вузла чи вузлів. З другого до шостого місяця ішемія носить хронічний характер, наслідком чого є некроз міоматозного вузла. Після шостого місяця і до одного

року має місце міолізіс та кальцинація міоматозного вузла. Головні скарги хворих: болі; нудота, іноді блювота; загальна слабкість; підвищення температури тіла, іноді до високих цифр; слизово-кров'янисті виділення зі статевих шляхів; тимчасова аменорея.

Результати

Оцінюючи результати ЕМА при міомах матки, практично всі автори умовно розподіляють їх на технічні (успіх катетеризації і емболізації), клінічні (зменшення симптомів захворювання, розмірів матки і міоматозних вузлів) та індивідуальні (суб'єктивні відчуття пацієнток).

Майже у 90% хворих зникають або значно зменшуються клінічні симптоми, пов'язані з міомою. Середнє зменшення об'єму матки за даними КТ і УЗД протягом трьох місяців після ЕМА складає від 30 до 60%, а міоматозні вузли діаметром до 5 см можуть повністю зникати.

Ускладнення

Частота ускладнень після ЕМА, як правило, не перевищує 1%. Аналізуючи сукупні результати ЕМА у 4165 пацієнток, R. Worthington-Kirsch установив, що тільки в 0,005% випадків існує ризик вторинного приєднання інфекції в процесі деградації вузла або виділення міоматозного детриту, що може навіть вимагати проведення гістеректомії. Т.Ф. Татарчук (2008) повідомила про три таких випадки на 453 емболізації. Існує також небезпека непередбачуваної емболізації яєчникових артерій, наслідком чого може бути порушення функції придатків матки.

На часі в літературі, яка аналізує 100 тис. ЕМА, є повідомлення про чотири летальні випадки, так чи інакше пов'язані з ендovasкулярною операцією. У двох з них причиною були інфекційні ускладнення, а у інших двох – масивна емболія легеневої артерії. Але ці цифри все рівно в 30 разів нижчі рівня смертності після виконаних з приводу міоми матки гістеректомій, яка за даними W. Walker та P. Wingo складає 1 на 1600 операцій.

3.1.6. Інші органозберігаючі малоінвазивні та неінвазивні технології

3.1.6.1. Мінімально інвазивна роботизована хірургія

З 1999 року в хірургічну практику впроваджується вперше створена мультиманіпуляторна роботизована система під назвою «da Vinci» (рис. 4). Суть методу полягає в тому, що хірург за допомогою стереоскопічної системи спостерігає трьохмірне операційне поле та керує інструментами в маніпуляторах робота, котрий дуже точно повторяє рухи рук хірурга (рис. 5). При цьому хірург може знаходитись поза операційною. Операція виконується анатомічно і триває менше часу, ніж при інших методиках. В гінекології система «da Vinci» перш за все стала застосовуватись для проведення міомектомії. Широкому впровадженню в практику вказаного методу заважає перш за все висока вартість апаратури.

3.1.6.2. Фокусована ультразвукова хірургія (ФУХ-метод)

Це також новий неінвазивний метод хірургічного лікування міоми матки, який ще називають фокусованою ультразвуковою абляцією. Його принцип полягає в тому, що звукові хвилі проходять через тканини організму, не пошкоджуючи їх, а в точці фокусування відбувається локальний нагрів тканини до 50–900°C, що викликає термічну коагуляцію в чітко обмеженій ділянці. В результаті відбувається міолізис пухлини, розміри якої поступово значно зменшуються. Цим методом можна впливати на міоматозні вузли діаметром до 9 см. Процедура проводиться амбулаторно під контролем МРТ без наркозу і спеціальної попередньої підготовки.

Аналогічним чином впливають на міоматозні вузли також наступні методи:

- черезшкіряна кріоабляція;
- черезшкіряна лазерна абляція;
- лапароскопічний кріоміолізис;
- лапароскопічна високочастотна абляція;
- лапароскопічна коагуляція (міолізис) з використанням Nd–YAG-лазера.

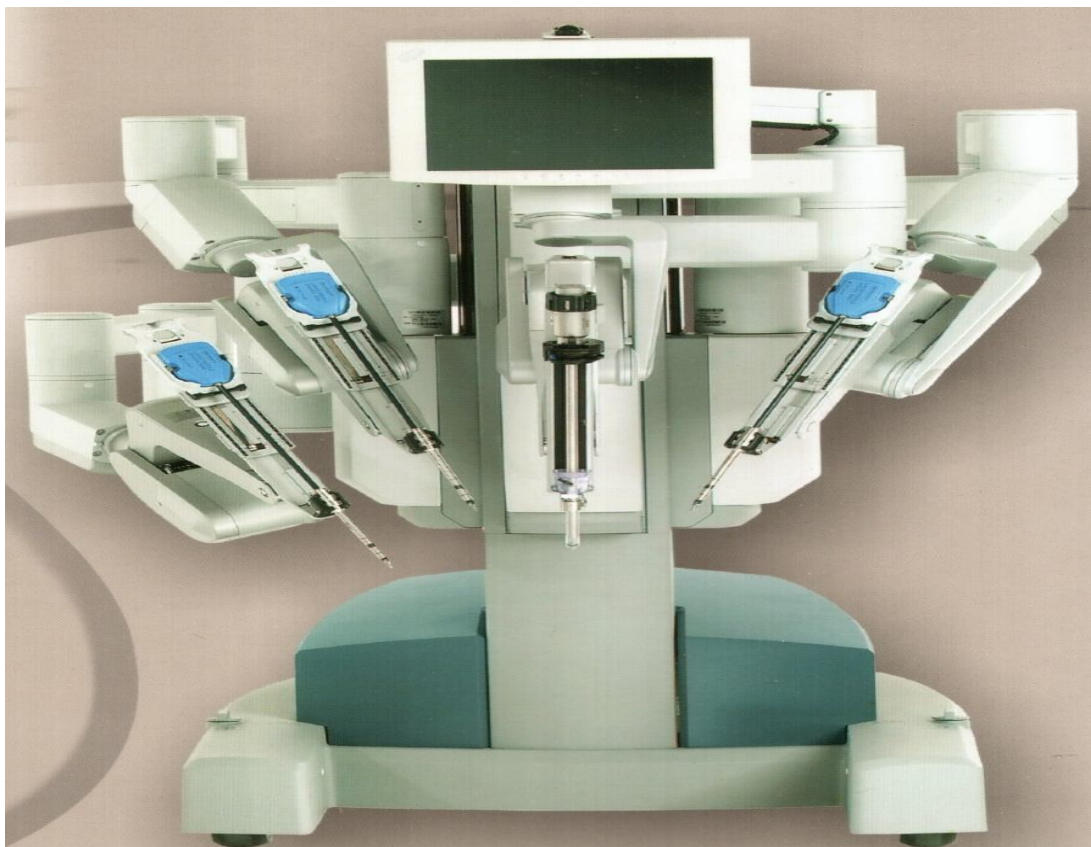


Рис. 4. Мініально інвазивна роботизована хірургія (система «da Vinci»).
Загальний вигляд апарата.

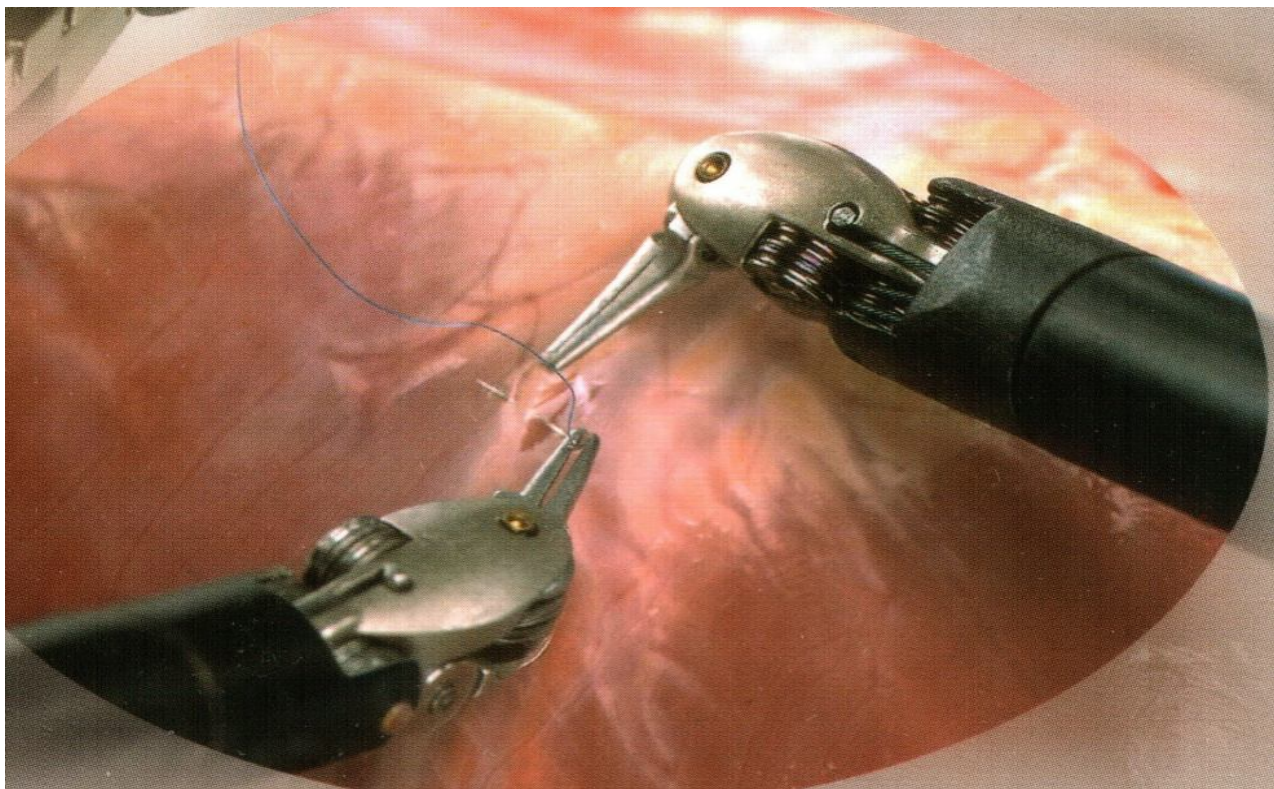


Рис. 5. Мініально інвазивна роботизована хірургія (система «da Vinci»).
Маніпулятори апарата в дії.

Недоліком всіх перерахованих неінвазивних методик є те, що за їх допомогою не вдається видалити повністю міоматозний вузол, а можна добитися тільки зменшення його розмірів. Крім того, висока вартість обладнання не сприяє впровадженню їх в практику.

3.2. Радикальні методи лікування міоми матки

Повне видалення матки обґрунтовується високою частотою поєднаних захворювань матки: гіперпластичними станами ендометрія, патологічними змінами шийки матки, можливістю саркоматозного росту в міоматозному вузлі. Такі зміни частіше спостерігаються у жінок старшого віку. Надпівхова ампутація матки (субтотальне видалення матки) може проводитись при відсутності патологічних змін шийки матки. Ця операція менш травматична, ніж гістеректомія (тотальне видалення матки), хоча, безумовно, поступається їй в радикальності. Частота ускладнень (особливо травм сечоводів) також значно менше. Разом з тим мають місце два суттєві недоліки: можливість малігнізації культури шийки матки в майбутньому та менструальноподібні виділення після операції, які спостерігаються у 10–17% пацієнток.

Як і при виконанні органозберігаючої операції, хірург має вирішити питання – який доступ буде найбільш раціональним? На часі, як і при міомектомії, застосовується лапаротомічний (абдомінальний) та вагінальний (півховий) доступи. Детально розроблена методика лапароскопічної гістеректомії. Свої показання має лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія.

Тактика відносно придатків матки при радикальних операціях залишається такою ж, як і при консервативній міомектомії.

3.2.1. Лапаротомічні операції

3.2.1.1. Надпівхова ампутація матки без придатків

При цій операції черевну порожнину розсікають подовжнім серединним розрізом або поперечним – надлобковим, розміри якого має співвідноситись з

розмірами пухлини. Розріз парієтальної очеревини необхідно починати біля пупка і обережно продовжувати донизу, враховуючи, що згідно топографічних особливостей при міомах сечовий міхур може зміщуватися догори, де його можна часом поранити.

В черевну рану вводять дзеркала, кишкові петлі зміщують до верхнього відділу черевної порожнини і накривають марлевими серветками. Ретельним оглядом і пальпацією визначають топографічні співвідношення і малому тазі. Якщо є спайки, їх розділяють гострим і тупим шляхом. Матку, а краще пухлину, захоплюють міцними щипцями і виводять в рану. Пухлину необхідно проводити через черевну рану, повернувши найменшим розміром і, підтягуючи, злегка розгойдувати з боку на бік. Асистент в цей час натискає на край рани, наче видавлюючи пухлину із черевної порожнини. Всі ці маніпуляції треба проводити обережно, щоб не по травмувати сусідні органи. В деяких випадках, при труднощах з виведенням матки в рану, потрібно заздалегідь розсікти натягнуті круглі зв'язки, що полегшить подальше виведення в рану матки, яка деформована пухлиною. Іноді при великих розмірах пухлини спочатку необхідно вивести її із черевної рани, а потім розширити рану за допомогою дзеркал.

Після виведення пухлини в рану ще раз визначають топографічні співвідношення з сусідніми органами, а також стан труб і яєчників. З обох боків безпосередньо вздовж ребер матки накладають прямі затискачі, якими захоплюють круглі зв'язки, труби і власні зв'язки яєчників, щоб не було кровотечі із матки після їх пересікання (рис. 6А). При невеликих розмірах матки кінці затискачів, розміщених біля самого ребра матки, не мають заходити нижче границі міхурово–маткової складки очеревини, щоб не захопити стінку сечового міхура. При великих розмірах пухлини і значних деформаціях матки круглі зв'язки можуть розташовуватися на значній відстані від маткових труб і власних зв'язок яєчників. В таких випадках доводиться накладати окремі затискачі на круглі зв'язки і придатки матки також безпосередньо біля стінки матки. Паралельно з цими затискачами з інтервалом в 1–1,5 см накладаються інші – на

круглі зв'язки, труби і яєчникові зв'язки, після чого їх розсікають ножицями між накладеними затискачами та перев'язують.

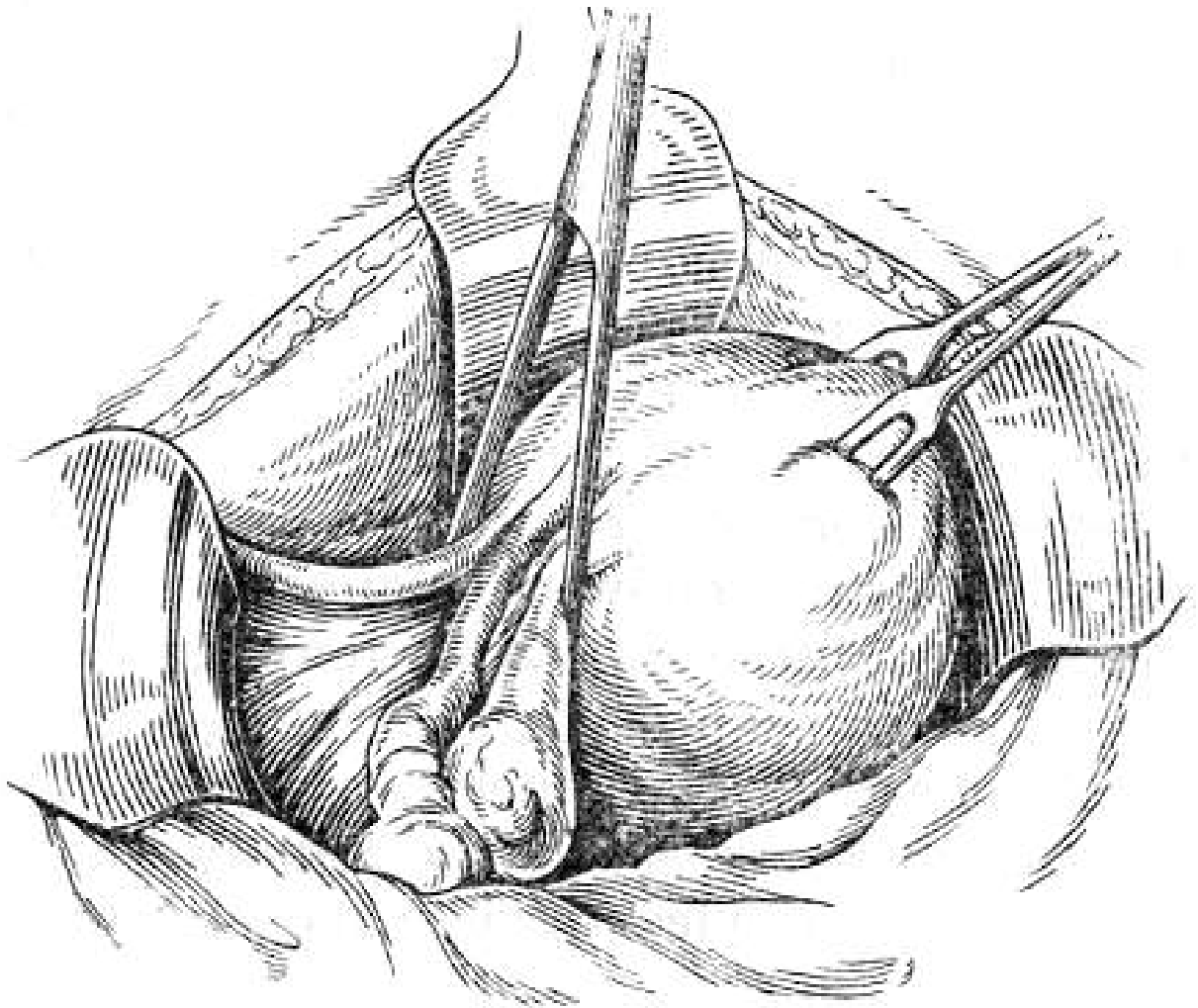


Рис. 6А. Надпівхова ампутація матки. Затискач накладено біля ребра матки на круглу зв'язку, маткову трубу та власну зв'язку яєчника.

Після пересічення круглих зв'язок і придатків передній листок широкої зв'язки і очеревину міхурові-маткової складки піднімають пінцетом і, підтягуючи за лігатури культі круглих зв'язок, відшаровують зімкнутими ножицями або тупфером від тканин, що знаходяться під ними. Очеревину міхурові-маткової складки розсікають в поперечному напрямку від однієї круглої зв'язки до другої (рис. 6Б). Зазвичай очеревина біля перехідної складки легко

відшаровується від тканин, що знаходяться під нею, і має вигляд тонкого, достатньо прозорого листка.

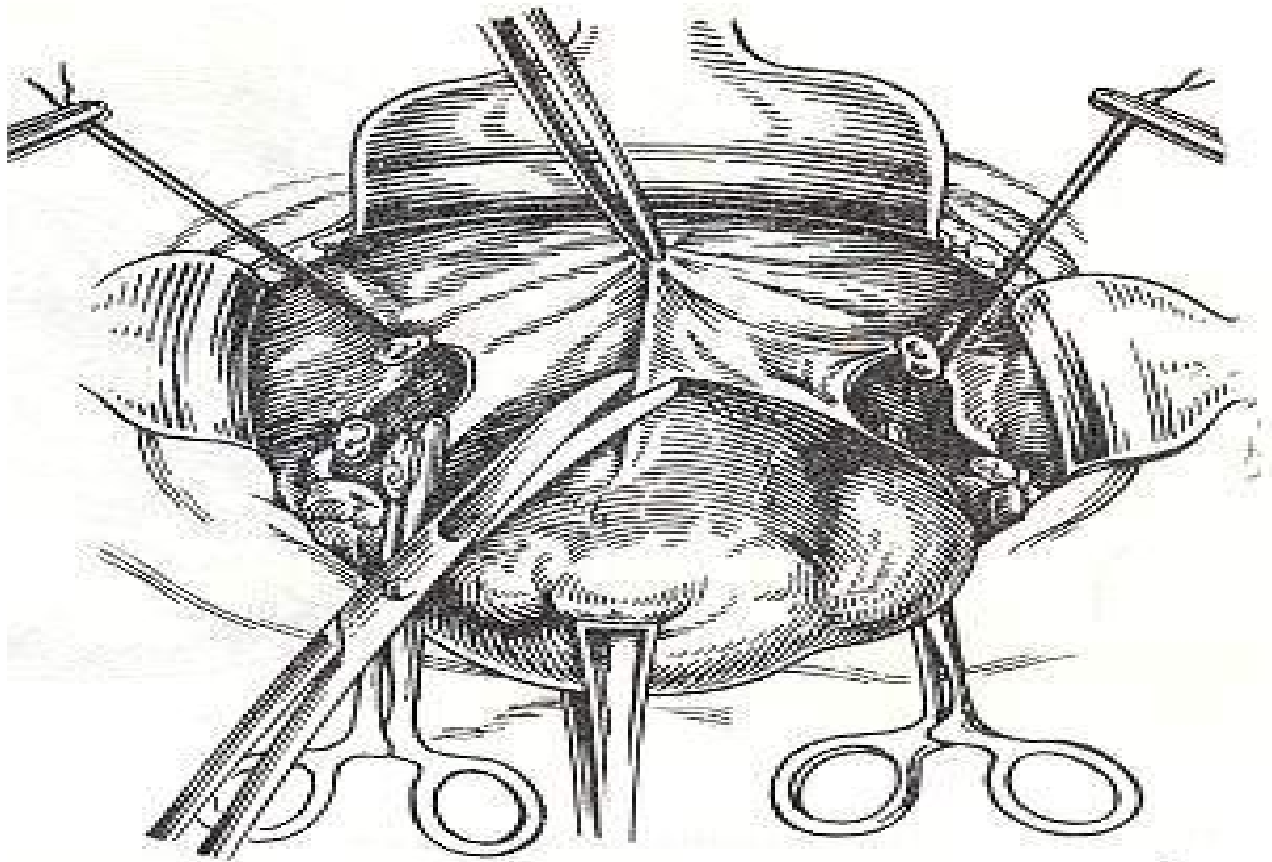


Рис. 6Б. Розсікається очеревина міхурово-маткової зв'язки.

Край розрізу очеревини разом з сечовим міхуром злегка зміщують донизу за допомогою марлевого тупфера, затиснутого в корнцанг. Іноді волокна клітковини між сечовим міхуром і шийкою матки необхідно підсікати кінчиками ножиць біля самої шийки матки.

Підтримуючи пінцетом задній листок широкої зв'язки, надрізають його вздовж ребра матки до рівня внутрішнього вічка, намагаючись не поранити кровоносні судини. Матку відтягують в лівий бік і на маткові судини з правого боку на рівні внутрішнього вічка накладають затискач перпендикулярно до ребра матки так, щоб його кінчики торкалися останнього. Паралельно цьому затискачу і вище на 1,5–2 см накладають контрклему, яка попереджає кровотечу із матки (рис. 6В).

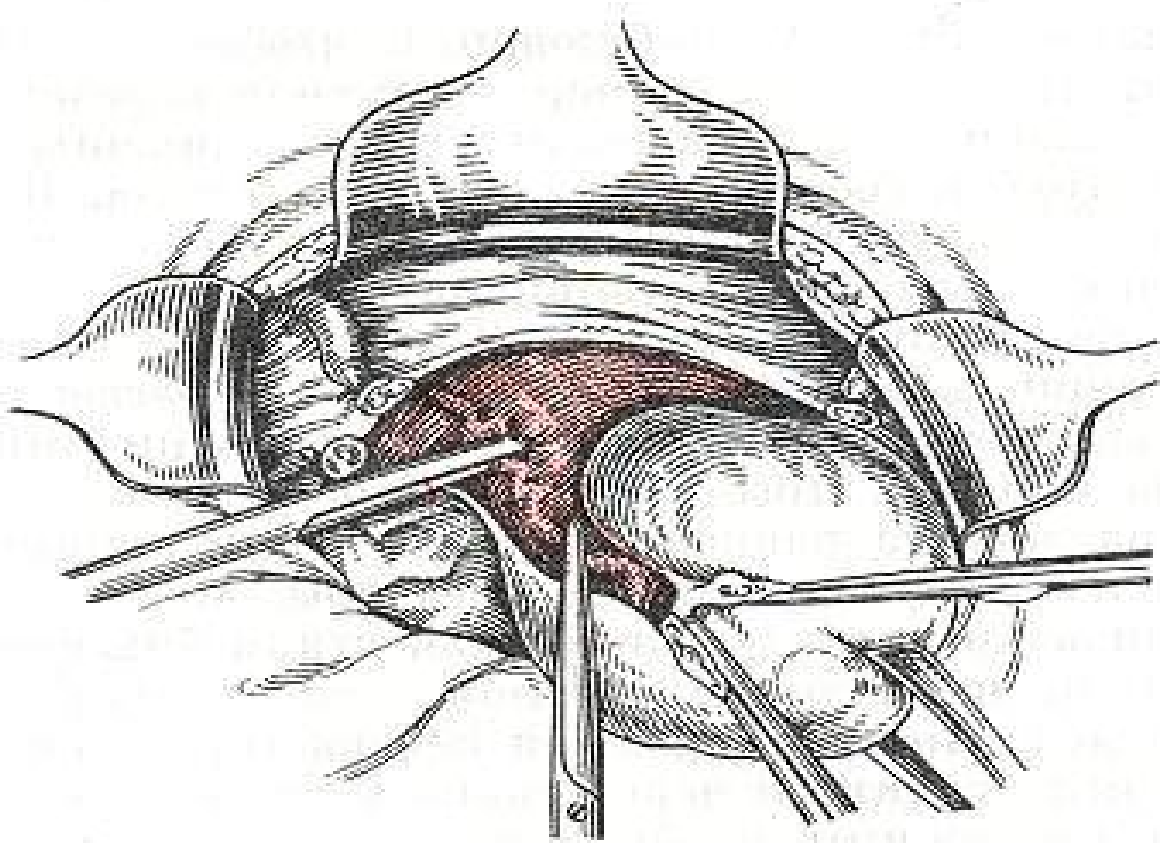


Рис. 6В. Накладено затискачі на маткові судини.

Маткові судини пересікають між затискачами, прошивають, захоплюючи тканину шийки матки, та перев'язують. Після цього матку відводять в правий бік, і подібним чином пересікають та перев'язують судини зліва. Лігатури на судинах необхідно зрізати зразу ж.

Наступним етапом є відсічення тіла матки від шийки. Позаду матки кладуть велику марлеву серветку, щоб захистити черевну порожнину від попадання виділень з матки. Матку відводять до лона і починають її відсічення вище місця відходження крижово-маткових зв'язок. Розріз задньої стінки матки роблять скальпелем в косому напрямку з нахилом в сторону шийкового каналу. Потім матку відтягують догори і назад, розсікаючи передню стінку дещо вище рівня перев'язаних маткових судинних пучків. Розріз проводять також в косому напрямку з нахилом леза скальпеля донизу в напрямку шийкового каналу. Таким чином із шийки матки висікається невеликий клин, препарат видаляється (рис. 6Г).

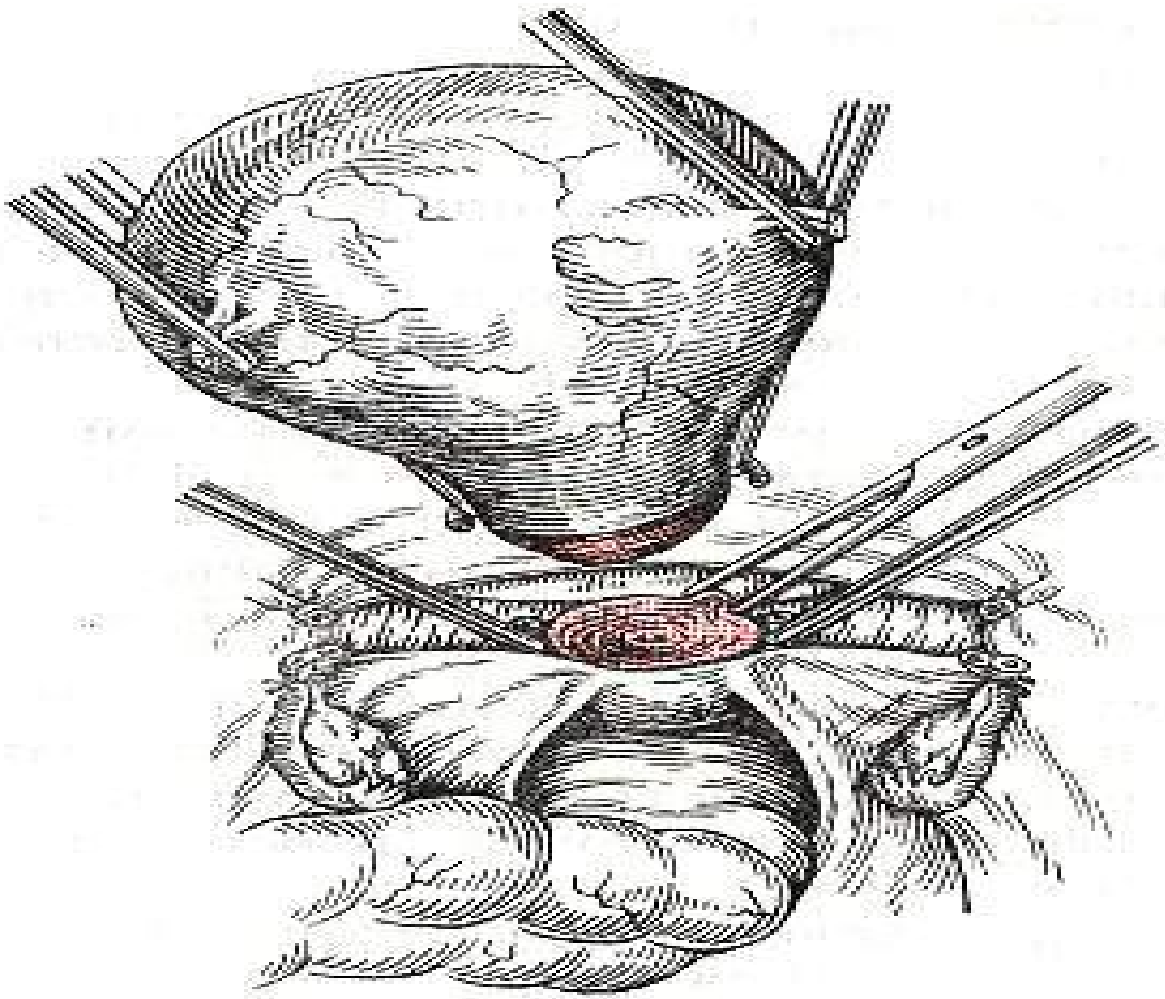


Рис. 6Г. Тіло матки клиновидно відсічене від шийки.

Культю шийки захоплюють затискачами і змазують йодом. На краї культі шийки накладають 3–4 окремі вікрилові шви, спостерігаючи за тим, щоб не прошити край сечового міхура, який можна захищати за допомогою широкого дзеркала. На кінці лігатур накладають затискач, використовуючи його в якості трималки.

З черевної порожнини (з дугласового простору) видаляють серветку, яку було введено для профілактики, і починають перитонізацію культей. Для цього безперервний кетгутовий (або вікриловий) шов проводять крізь очеревину круглої зв'язки, маткової труби і власної зв'язки яєчника, якщо вона розташована далеко від труби. Потім кількома стьожками прошивають задній листок широкої зв'язки, відступаючи на 1 см від краю його розрізу і останнім стібком прошивають тканину шийки (рис. 6Д). Коли зав'язують цей шов, листок широкої

зв'язки збирається гармошкою, культі придатків занурюються під очеревину і підшивається до шийки матки. Після цього покривають культю шийки матки міхуровою очеревиною, підшиваючи її до задньої поверхні шийки. Далі переходять до протилежного боку, занурюючи культі лівих придатків матки таким же чином, як і правих.

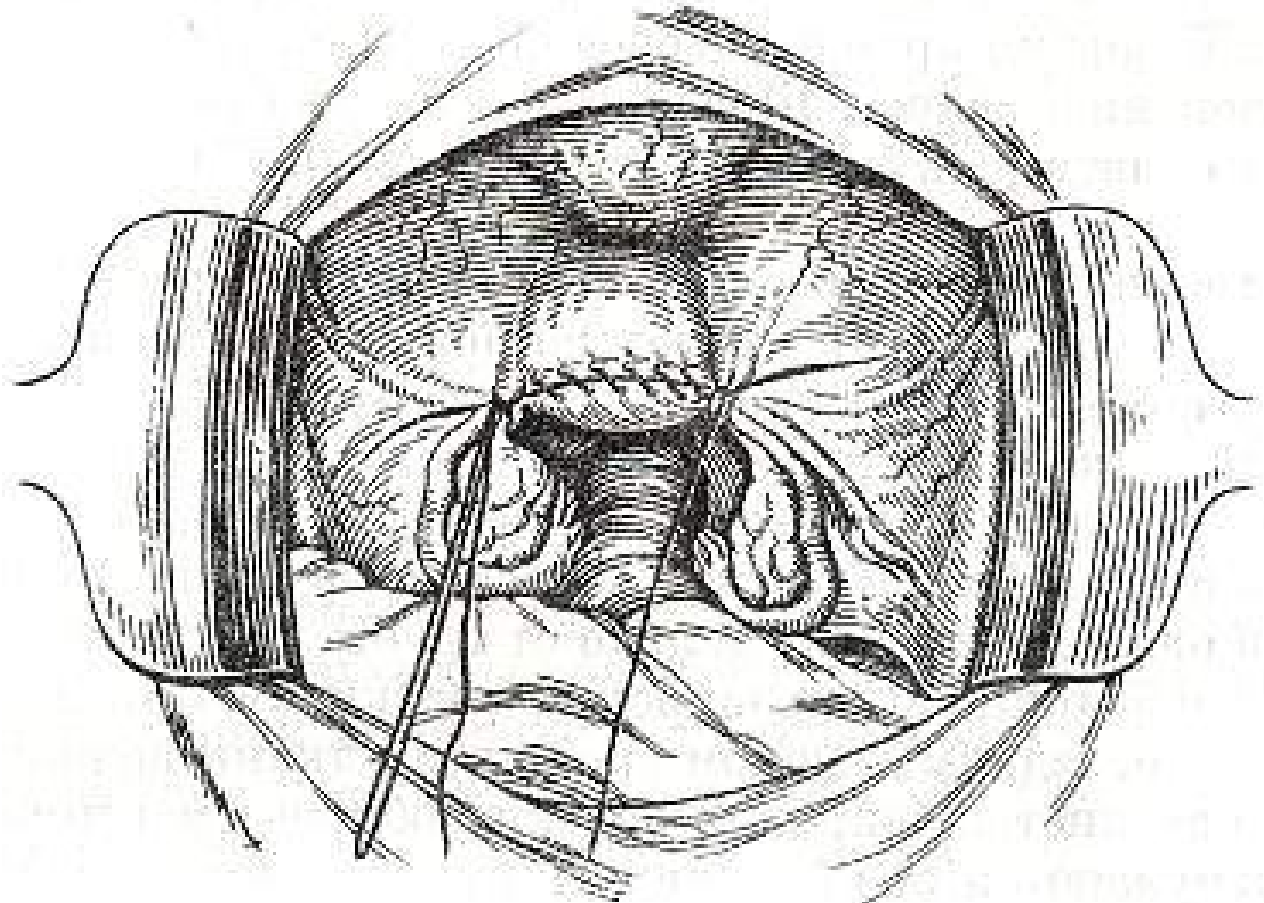


Рис. 6Д. Перитонізацію закінчено.

Зрізають кінці безперервного шва, висушують марлевими тупферами малий таз, особливо прямокишково-маткове заглиблення, видаляють серветки із черевної порожнини. Операційна сестра перевіряє кількість інструментів та серветок, після чого пошарово зашивається рана передньої черевної стінки.

3.2.1.2. Надпівхова ампутація матки з придатками

Зазвичай видалення придатків при надпівховій ампутації матки проводиться в випадках, коли вони різко змінені при запальному процесі, ендометріозі, або уражені новоутворенням. При оперативному втручанні у жінок в період клімактерія, а тим паче менопаузи, придатки видаляють з метою профілактики раку яєчників.

Операцію (*amputatio uteri supravaginalis cum adnexis*) починають з виділення придатків із зрощень за допомогою ножиць і тупфера, затиснутого в корнцанг. Після виділення придатків із зрощень матку виводять в черевну рану і відводять ліворуч. Пінцетом або пальцями лівої руки фіксують правий яєчник і ампулярний кінець труби, піднімають їх, натягуючи лійково-тазову зв'язку, і накладають на неї два затискачі (рис. 7). При цьому необхідно враховувати, що сечовід нижче лійково-тазової зв'язки вступає до малого тазу і йде вздовж заднього листка широкої зв'язки. Небезпека ураження сечоводу зростає при рубцевому зморщуванні або запальній інфільтрації. Враховуючи зазначене, затискачі потрібно накладати на лійково-тазову зв'язку паралельно нижньому краю яєчника, і кінці затискачів мають бути направлені в бік круглої зв'язки, а не в глибину тазу.

Після розтину лійково-тазової зв'язки її перев'язують кетгутом або вікрілом і кінці лігатури одразу ж зрізають. Потім пересікають обидва листки широкої зв'язки, тримаючись ближче до його власної зв'язки, щоб не уразити сечовід. Цей розріз позаду доводять до місця прикріплення власної зв'язки яєчника до кута матки, не відхиляючись від цього напрямку вниз в бік ділянки внутрішнього вічка, де сечовід тісно зв'язаний з заднім листком широкої зв'язки.

Якщо необхідно видалити і ліві придатки матки, пересікають та перев'язують лійково-тазову зв'язку, як зазначено вище. Подальші дії виконують так, як описано при надпівховій ампутації матки без придатків.

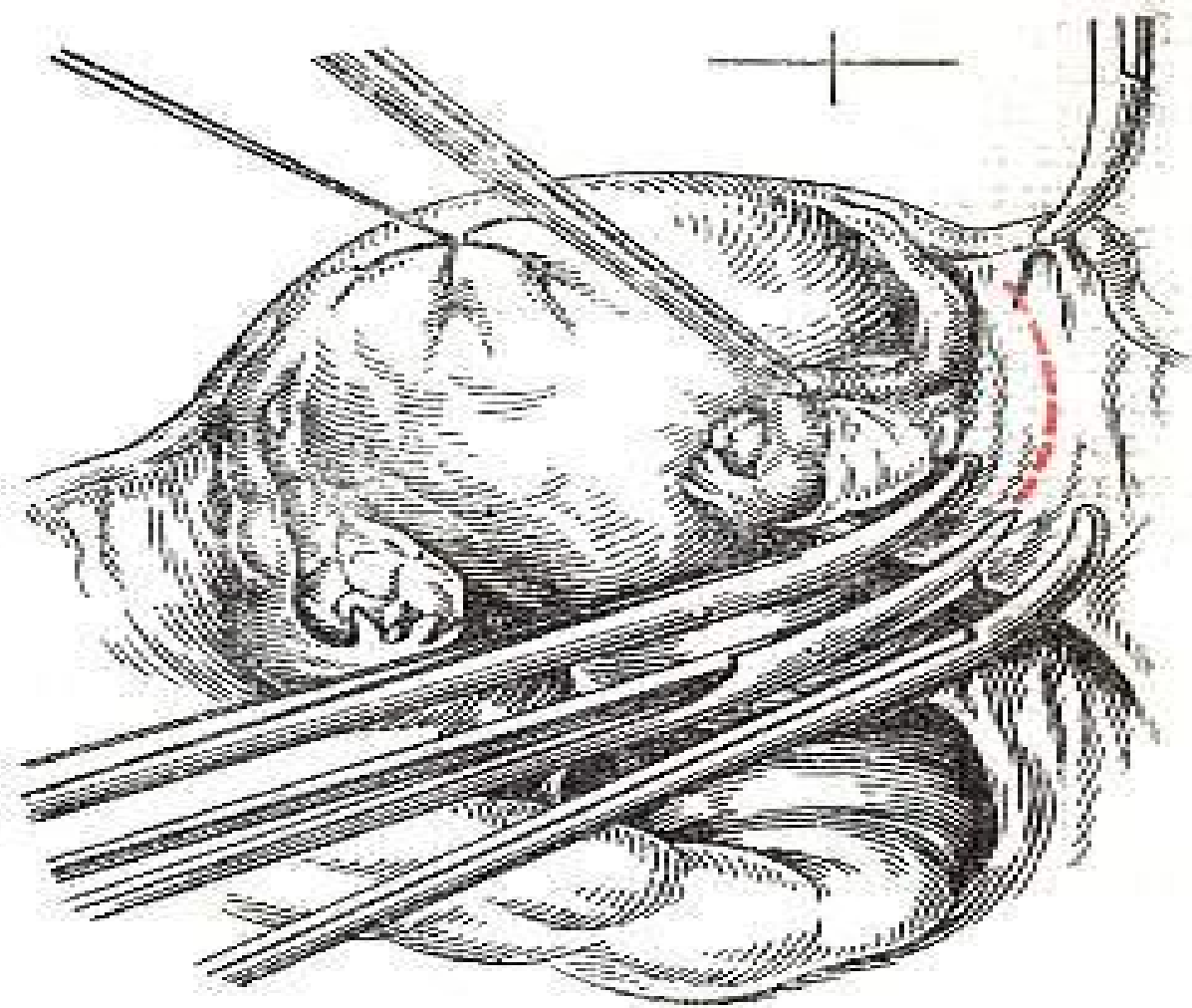


Рис. 7. Затискачі накладено на лійково-тазову зв'язку.

3.2.1.3. Лапаротомічна пангістеректомія

Раніше цю операцію частіше називали екстирпацією матки з придатками – *extirpatio uteri totalis*. Безпосередньо перед операцією піхву і шийку матки обробляють 5% настоякою йоду, в піхву вводять стерильний марлевий тампон, кінчик котрого виводять з піхви та беруть на затискач. Тампон видаляють під час операції перед розтином піхви. На операційному столі в сечовий міхур вводять катетер.

Операцію починають так, як і надпіхвову ампутацію матки з придатками чи без них. Після розтину очеревини міхурові-маткової складки сечовий міхур відокремлюють від шийки матки та відсовують його до області переднього піхвового склепіння. Міхур необхідно виділяти дуже обережно, особливо при

наявності інфільтрації та склеротичних змін клітковини. Потім відводять матку вліво та виділяють, наскільки це можливо, з клітковини судинний пучок в напрямку до ребра матки. На виділений таким чином судинний пучок під невеликим кутом накладають два затискачі Мікуліча (клема та контрклема), кінці яких мають упиратись майже під прямим кутом до бокової поверхні шийки матки. Судинний пучок ножицями пересікають, прошивають під кінчиком клеми, перев'язують та зразу ж зрізають кінці лігатури. Такі дії виконують і ліворуч.

Захоплення затискачами судинного пучка виконується легко та без ускладнень, якщо сечовий міхур виділено належним чином, його відведено донизу за допомогою широкого дзеркала, а задній листок широкої зв'язки розітнуто до рівня внутрішнього вічка.

Далі матку відводять до лона; прошивають, перев'язують та пересікають крижово-маткові зв'язки. Якщо необхідно, сечовий міхур додатково відділяють та відводять донизу. На перацервікальну клітковину та кардинальні зв'язки, що проходять в ній, безпосередньо вздовж ребра матки накладають затискач, пересікають та перев'язують ці утворення, зразу ж зрізаючи лігатуру.

Для того щоб впевнитись, що шийка матки виділена до піхвових склепінь (тампон з піхви на цей час видаляють), її затискають між великим та вказівним пальцями та, поступово спускаючись донизу, визначають перехід щільної шийки до м'яких піхвових склепінь. Під матку та виділену частину піхви підкладають марлеву серветку, щоб піхвові виділення не попали до черевної порожнини. Стінку переднього піхвового склепіння захоплюють затискачем Кохера та розсікають по середній лінії кінчиками зігнутих ножиць (рис. 8А).

Піхву зашивають, не проколюючи слизову оболонку її стінки, окремими кетгуттовими або вікриловими швами. Проводять ретельну перевірку гемостазу та туалет черевної порожнини. Перш ніж почати перитонізацію культей, видаляють марлеву серветку, що була введена під матку перед розтином піхви, миють руки або міняють рукавички.

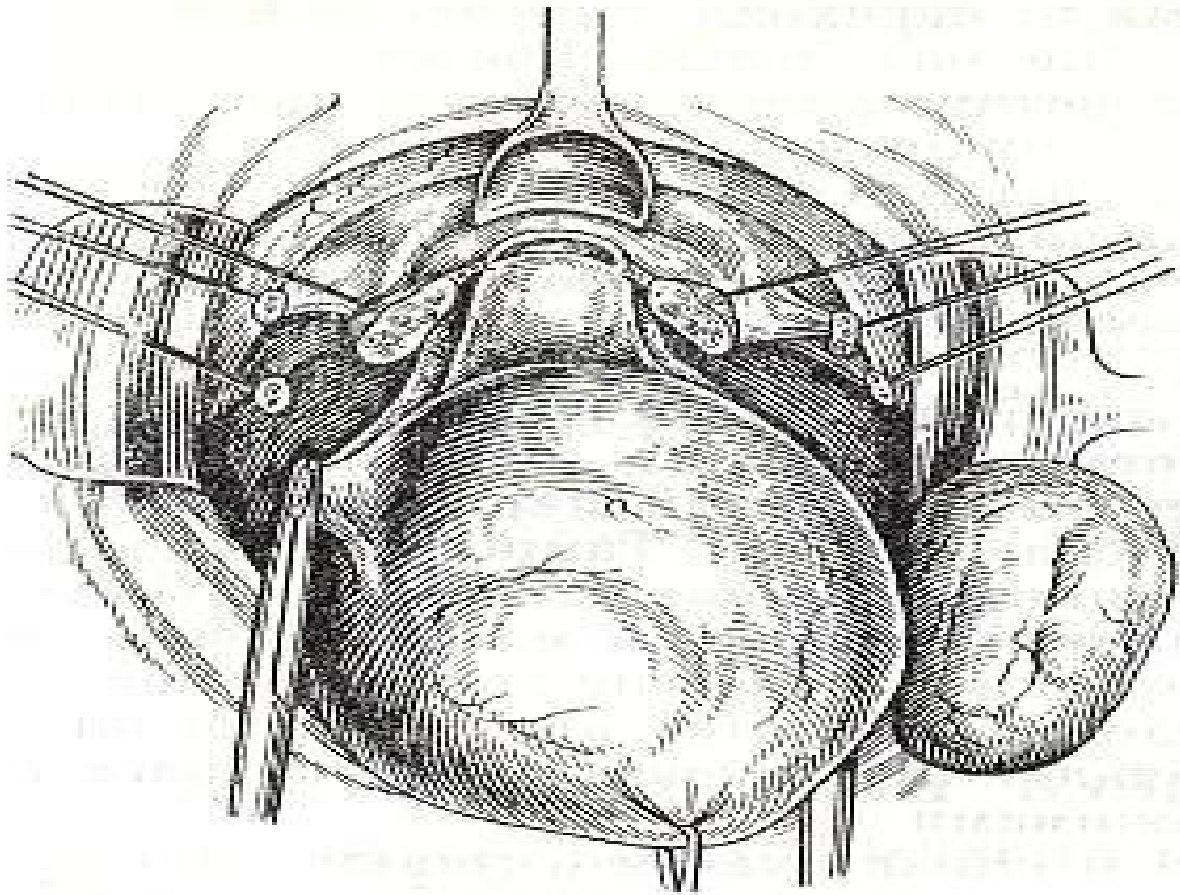


Рис. 8А. Пангістеректомія (екстирпація матки з придатками). Розсічено передне склепіння піхви.

Через зроблений отвір в піхву вводять марлевий тампон, змочений 5% йодною настоякою. Циркулярним розрізом стінки піхви на рівні склепінь матку видаляють (рис. 8Б), а краї піхви підхоплюють довгими затискачами.

Перитонізацію започатковують з кисетного шва в області культей придатків та круглої зв'язки (рис. 8В), потім зшивають листки широких зв'язок, передній і задній листки очеревини, підхоплюючи культю зашитої піхви. Такі ж дії виконують і з протилежного боку (рис. 8Г). Якщо круглі зв'язки достатньої довжини, то їх можна підшити до культі піхви, що зменшить можливість її опускання чи випадіння в майбутньому.

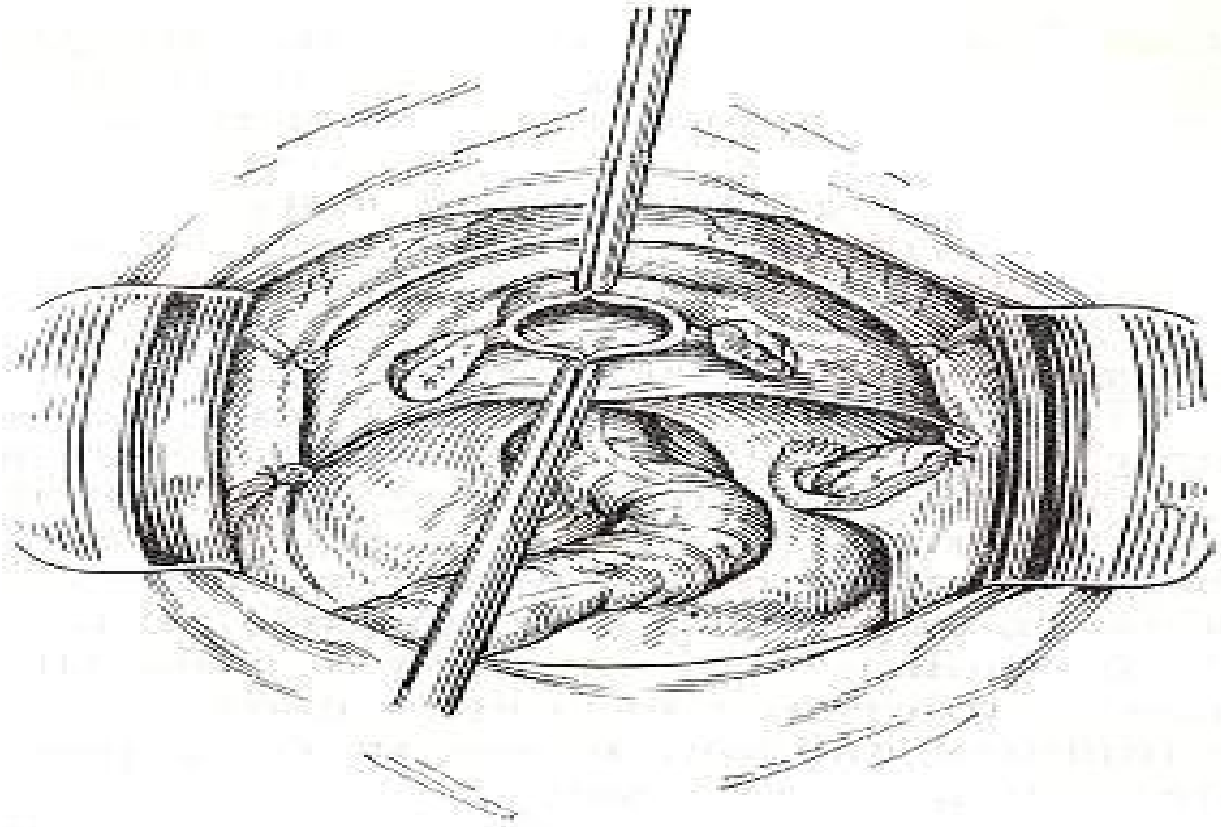


Рис. 8Б. Матка видалена.

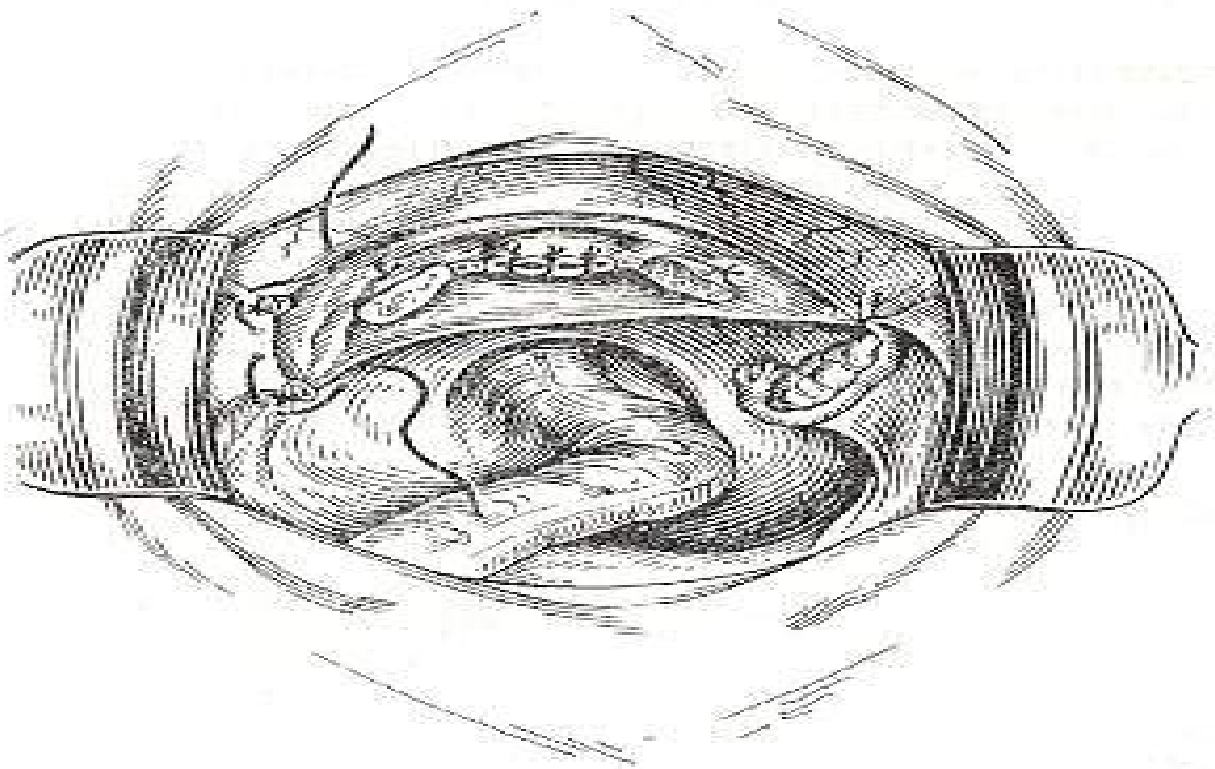


Рис. 8В. Початок перитонізації.

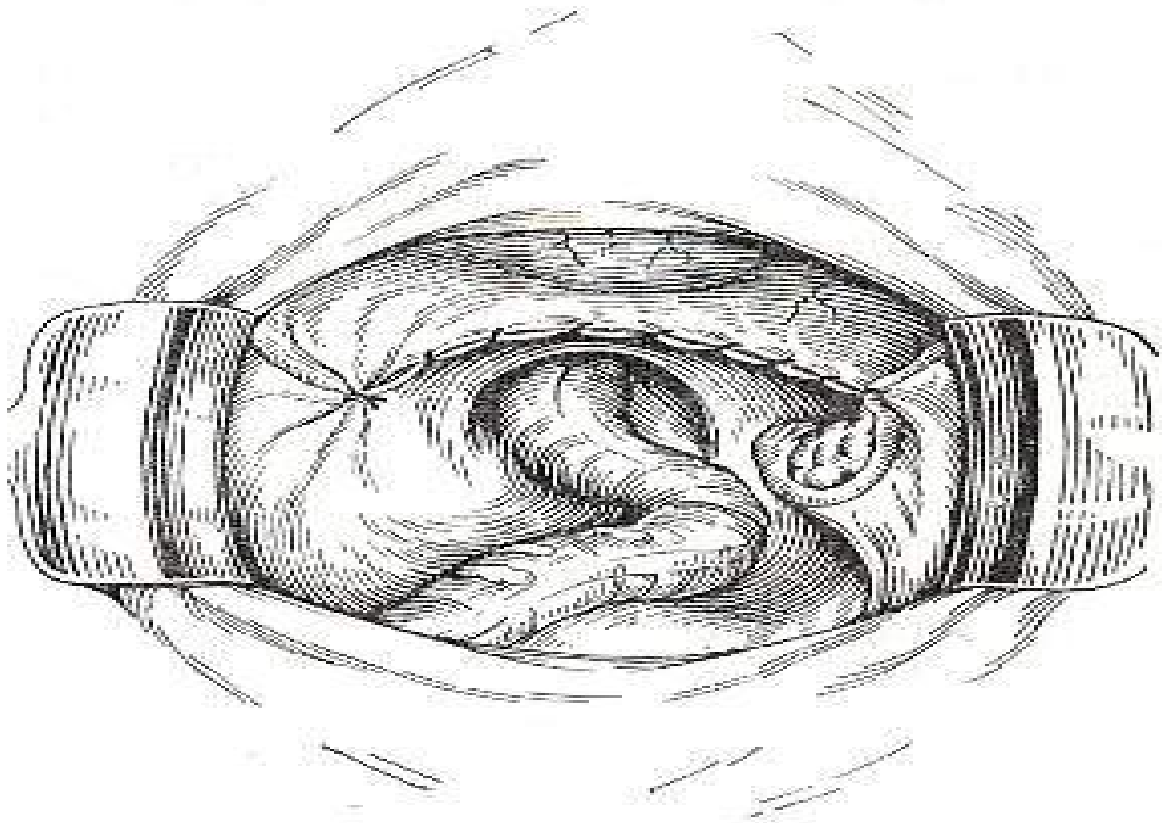


Рис. 8Г. Перитонізацію завершено.

З черевної порожнини видаляється серветка, за допомогою якої петлі кишечника були відтиснуті догори. Проводиться контроль наявності інструментів та серветок, після чого передня черевна стінка зашивається наглухо. З піхви видаляється серветка, введена під час операції.

3.2.2. Піхвові (вагінальні) операції

3.2.2.1. Гістеректомія без придатків через піхву

Методика вагінальної гістеректомії була розроблена ще в 19-му сторіччі. Велику роль у її впровадженні в практику зіграв видатний російський гінеколог Д.О. Отт. Ця методика має певні переваги перед абдомінальною (лапаротомічною) гістеректомією: значно менша травматизація, хороший

косметичний ефект, коротші строки перебування в стаціонарі, менш тривала реабілітація, низька частота післяопераційних ускладнень та відсутність ускладнень пізнього післяопераційного періоду. Після вагінальної гістеректомії смертність майже втричі нижча, ніж після абдомінальної операції.

Разом з цим такий доступ має і свої недоліки. Відсутні можливості повноцінної ревізії органів малого тазу і черевної порожнини, високий ризик розвитку інтраопераційних ускладнень (поранення сечового міхура, сечоводів, прямої кишки, судин). Далеко не завжди хірург має можливість видалити при необхідності придатки матки.

В зв'язку з викладеним вагінальний доступ має відносні протипоказання:

- повторність хірургічного втручання (оскільки не можна контролювати спайковий процес);
- великі розміри матки;
- недостатня рухливість матки (у жінок без пологів в анамнезі);
- ендометріоз, оскільки при цьому захворюванні необхідна повноцінна ревізія органів черевної порожнини.

Техніка операції

Пацієнтка знаходиться на операційному столі в положенні для вагінальних операцій. Після відповідної обробки зовнішніх статевих органів, піхви та шийки матки останню захоплюють кульовими щипцями та низводять до входу у піхву. При опусканні шийки витягуються крижово-маткові і кардинальні зв'язки, а сечоводи, сечовий міхур і маткові артерії відходять догори. Сполучнотканинні волокна між сечовим міхуром і шийкою та волокна міхурові-піхвової перегородки при опусканні шийки натягуються. Після цього циркулярним розрізом розсікають стінку піхви навкруги шийки на рівні піхвових склепінь.

Передню стінку піхви матки разом з сечовим міхуром відділяють від шийки матки. Потім шийку матки відтягують до лона і розтинають крізь заднє склепіння очеревину прямокишково-маткового заглиблення. Матку відтягують вбік і донизу, а бокову стінку піхви за допомогою дзеркала відводять в протилежний бік; сечовий міхур захищають дзеркалом. Розсічену стінку бокового склепіння

півхи зміщують тупфером або пальцем догори, захоплюють затискачем кардинальну зв'язку, розсікають її і перев'язують кетгуттом або вікрилом. Можна ці зв'язки розсікти і після накладення лігатур голкою Дешампа.

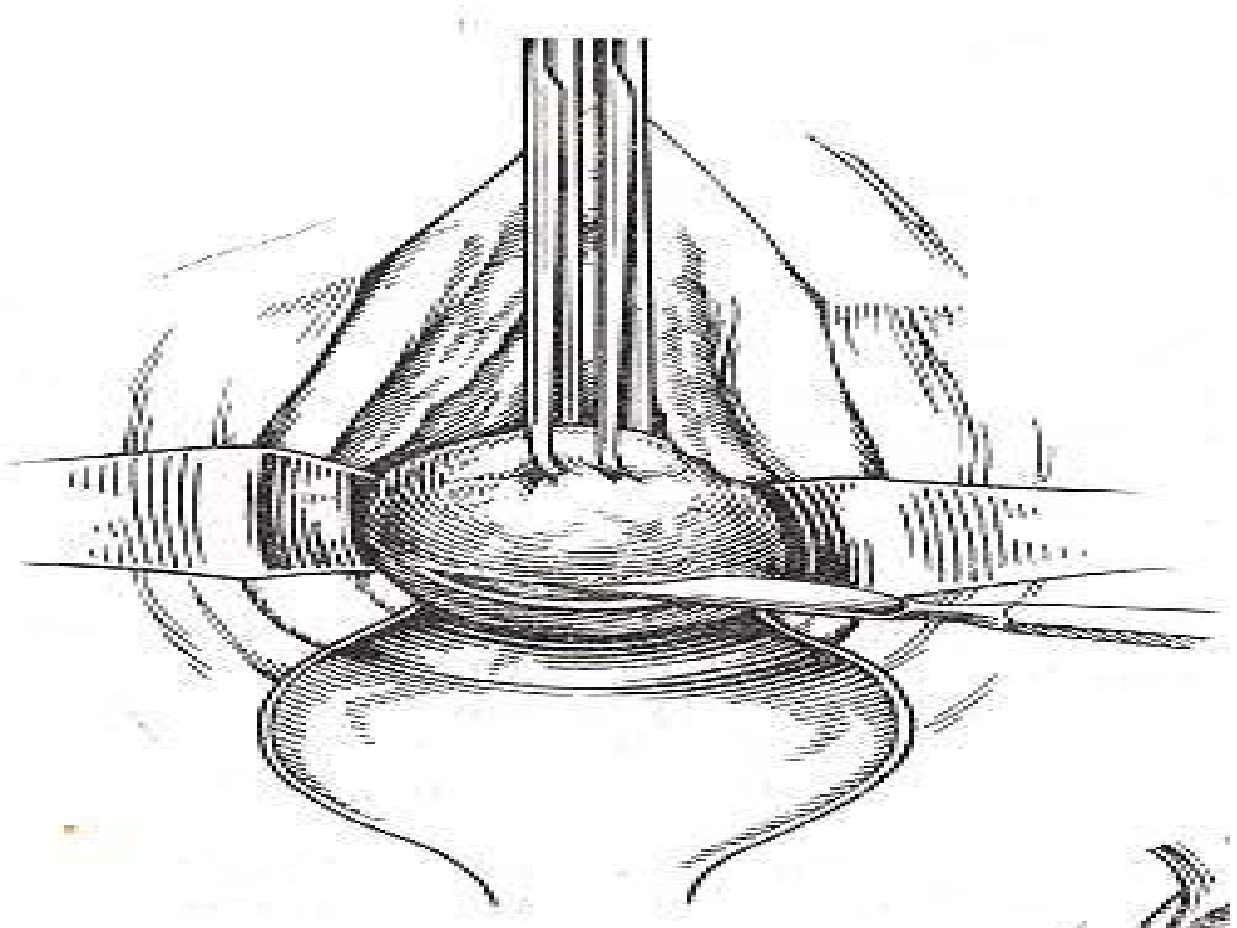


Рис. 9А. Півхова гістеректомія. Циркулярний розріз стінки півхи.

Накладають лігатури на гілки маткових судин, що ідуть вниз. Та ж сама маніпуляція виконується з іншого боку. Після цього розсікають очеревину міхурові-маткового заглиблення за допомогою ножиць, піднімаючи її складку пінцетом. Розріз в очеревині розширюють під контролем зору за допомогою ножиць в обидва боки. Передній край розрізу очеревини підшивають кількома швами до краю півхової рани. В черевну порожнину вводять підйомник; сечовий міхур відводять догори і наперед. Тіло матки захоплюють кульовими щипцями і пальцем перевіряють, чи немає зрощень навколо матки.

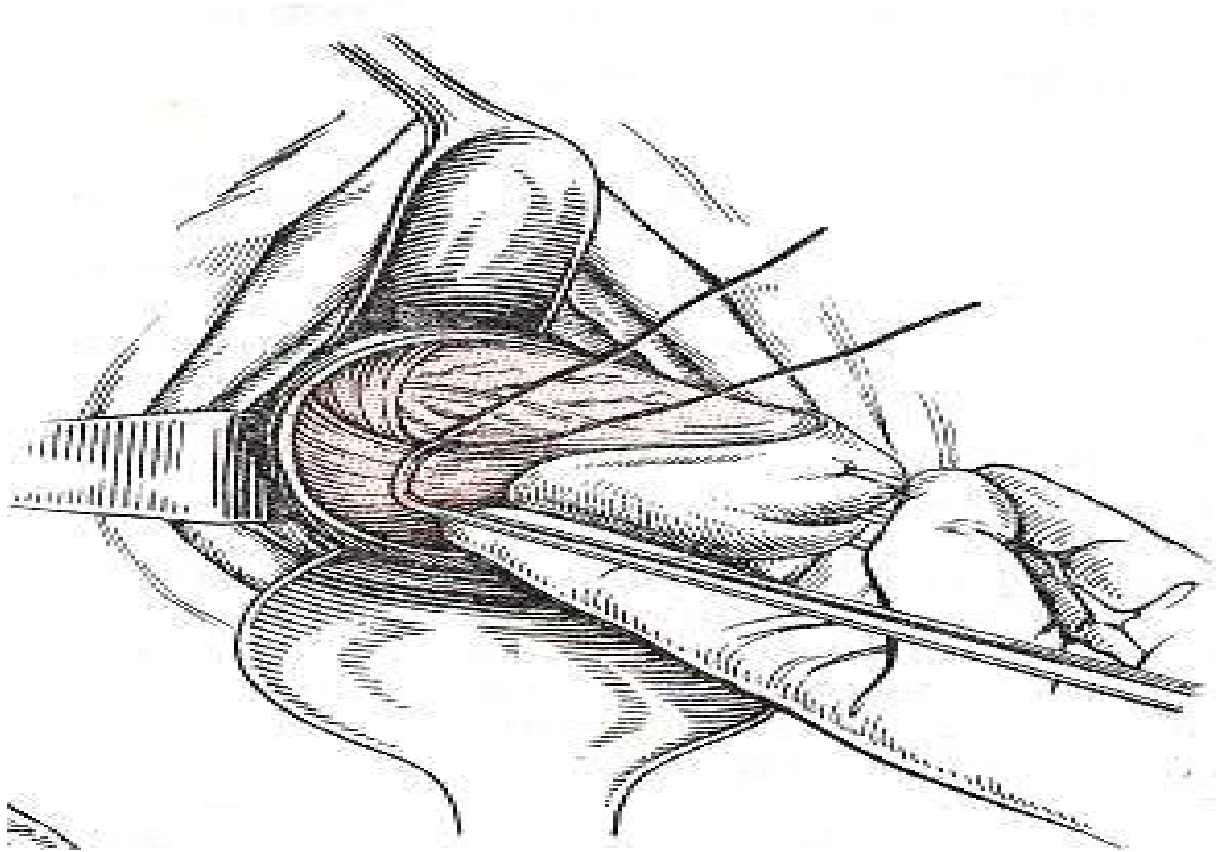


Рис. 9Б. Накладання лігатури на праву кардинальну зв'язку голкою Дешампа.

Підтягуючи в кольпотомний отвір тіло матки, захоплюють іншими кульовими щипцями частину її тіла, яка знаходиться вище і її добре видно, і, поступово переставляючи кульові щипці, виводять тіло матки крізь кольпотомний отвір. При труднощах під час виведення тіла матки знімають кульові щипці з шийки і пальцем заводять її до піхви в бік заднього склепіння, наклавши на шийку лігатуру-трималку. Якщо матка велика за розміром і її важко вивести, то можна розсікти її передню стінку від зовнішнього вічка до дна. Підтягуючи краї розрізу міцними щипцями, вдається вивести тіло матки крізь кольпотомний отвір.

Після виведення матки можна починати її видалення. Тіло матки відтягують вбік. На круглій зв'язці, маткову трубу та власну зв'язку яєчника біля ребра матки накладають затискачі Кохера і між ними ці утворення пересікають та перев'язують, а кінці лігатур беруть в затискач.

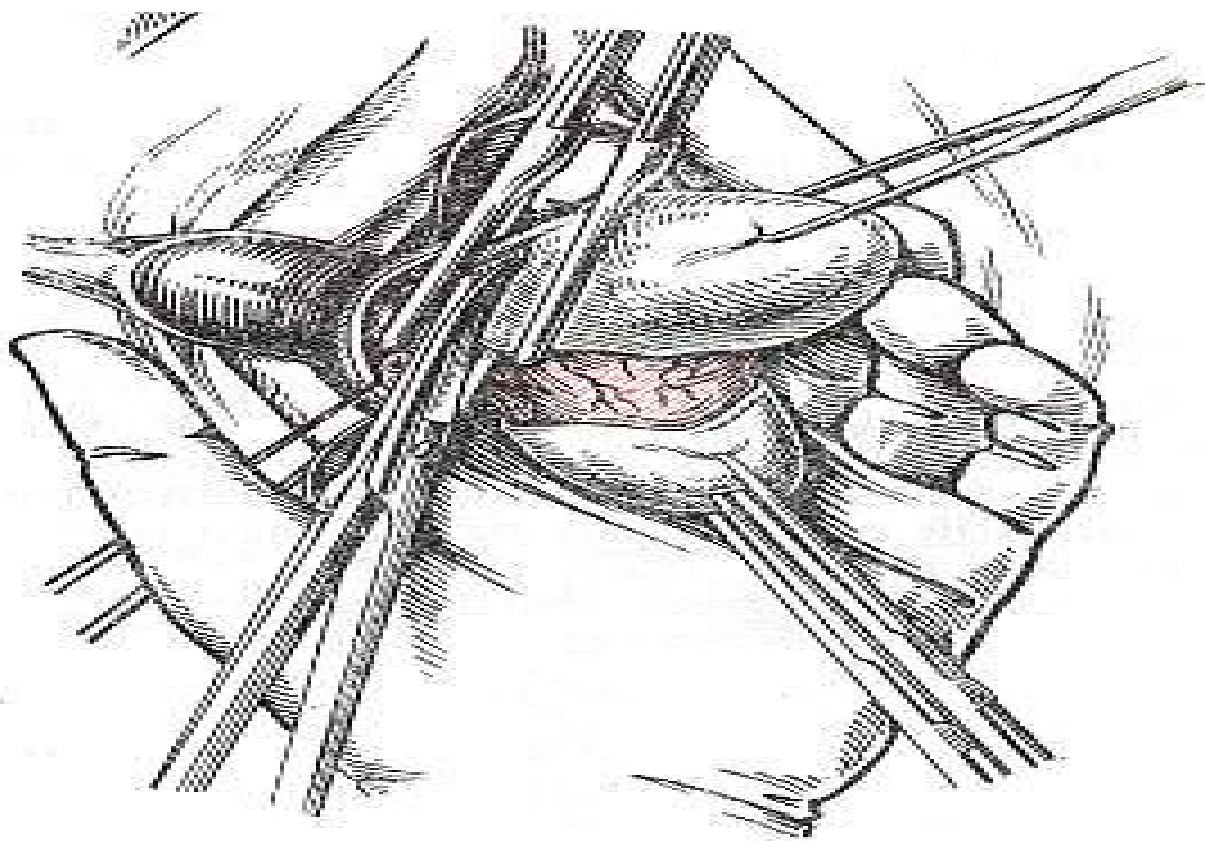


Рис. 9В. Тіло матки виведене з черевної порожнини. Накладено затискачі на круглу зв'язку, маткову трубу та власну зв'язку яєчника.

На маткову артерію накладають затискачі, судину перев'язують і кінці лігатури зрізають. Після цього переходять на інший бік, де виконують такі ж дії.

У випадках інфікування роблять задню кольпотомію. Крижово-маткові зв'язки, якщо вони не були перев'язані раніше, беруть на затискачі, пересікають і перев'язують. Після видалення матки роблять перитонізацію. Краї розрізу очеревини захоплюють чотирма затискачами або лігатурами і обережно розводять їх донизу і догори. Стьожками кетгуттового або вікрилового шва підхоплюють очеревину в верхньому правому куті поблизу культі придатків матки і круглої зв'язки, а потім в нижньому куті основи широкої зв'язки. Такий самий шов проводять і на лівому боці.

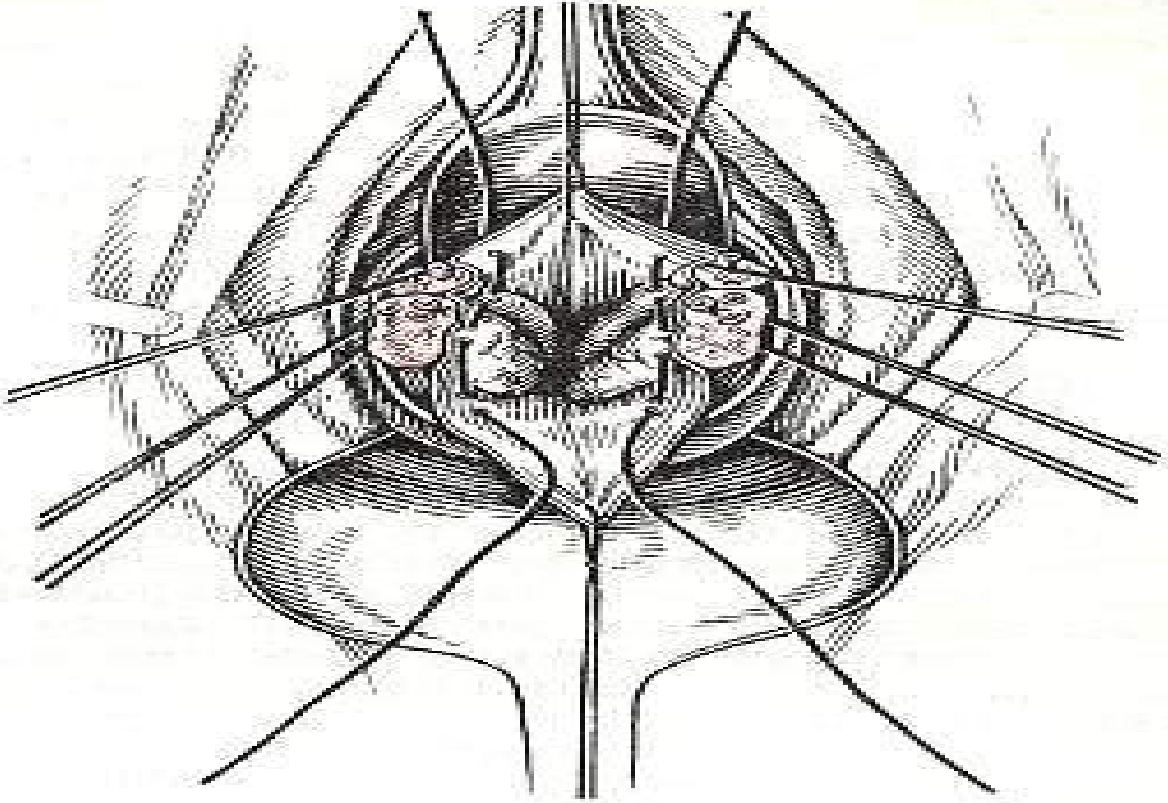


Рис. 9Г. Лігатури з обох боків проведені через краї очеревини зсередини від культей зв'язок і маткової труби.

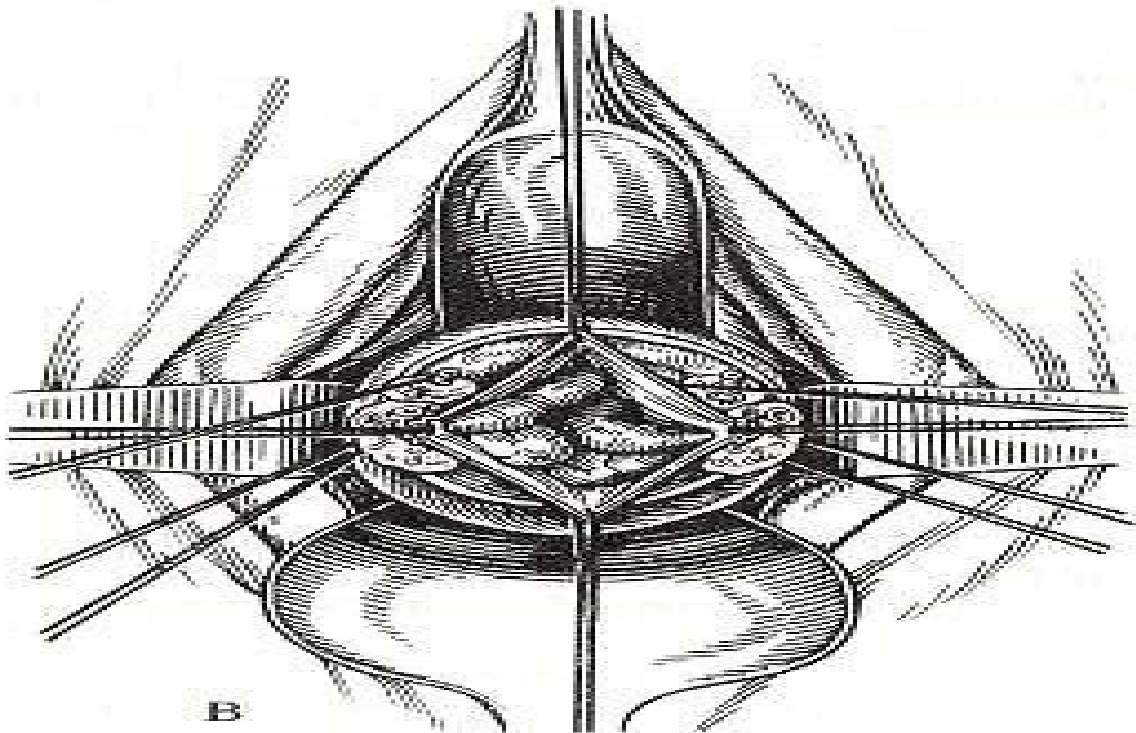


Рис. 9Д. Лігатури зав'язані.

Перед зав'язуванням цих швів асистент обережно підтягує культі придатків і зв'язок за довгі нитки лігатур вбік і потім зав'язує шов, накладений на очеревину медіально від культі. Цією ж лігатурою обводять культі і вдруге зав'язують латерально від них. Культі при цьому фіксуються в кутку рани і розміщуються поза очеревиною. Те ж саме виконують і з протилежного боку і безперервним кетгуттовим або вікриловим швом зшивають краї розрізів очеревини. Окремими швами зашивають рану піхви. Якщо є інфікування або гемостаз не вдалося здійснити ретельно, до центру піхвової рани вводять резинову або марлеву смужку на 2–3 дні. Піхву тампують до наступного ранку марлевым бинтом, рясно змоченим синтоміциновою емульсією або вазеліновим маслом. Сечу зливають катетером.

3.2.3. Радикальні операції з лапароскопічним доступом

Виділяють наступні варіанти *лапароскопічної* гістеректомії:

А. Діагностична лапароскопія з наступною вагінальною гістеректомією

Її виконують для визначення можливості проведення вагінальної гістеректомії зазвичай у випадках, коли показання до вагінального доступу сумнівні і вимагають інтраопераційного уточнення.

Б. Лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія (ЛАВГ)

Втручання складається з двох етапів – лапароскопічного та вагінального. При лапароскопії розділяють зрощення, видаляють вогнища ендометріозу, придатки, пересікають верхні частини зв'язуючого апарату матки. Всі подальші дії, включаючи перев'язку маткових судин, здійснюють традиційно для вагінальної гістеректомії.

ЛАВГ показана при ендометріозі, спайковому процесі в малому тазі, захворюваннях придатків матки, міомах великих розмірів, після хірургічних

втручань на органах малого тазу, при недостатній рухомості матки (перш за все у жінок, що не мали пологів).

Відносні протипоказання до такої операції:

- поширений ендометріоз (перш за все ретроцервікалий та проростаючий в пряму кишку);
- множинні спайки, роз'єднання котрих неможливе лапароскопічним методом;
- пухлини яєчників при неможливості виключити їх злоякісний характер.

ЛАВГ слід віддавати перевагу перед справжньою лапароскопічною гістеректомією (див. далі), оскільки остання складна для освоєння більшістю гінекологів.

В. Лапароскопічна гістеректомія

Гістеректомію визначають як лапароскопічну, якщо перев'язку і пересічення маткових судин роблять під час лапароскопії. Всі подальші етапи втручання можуть бути виконані лапароскопічним або вагінальним доступом.

Г. Тотальна лапароскопічна гістеректомія (ТЛГ)

Всі етапи ТЛГ, в тому числі і ушивання культі піхви після видалення матки, виконують лапароскопічно.

Д. Субтотальна лапароскопічна гістеректомія

Це лапароскопічна надпівхова ампутація матки. Тіло матки після відсічення на рівні внутрішнього вічка видаляють шляхом морцеляції або за допомогою задньої кольпотомії.

Показання до лапароскопічної гістеректомії:

1. Чисельні міоми разом з патологією шийки матки (рубцева деформація, гіпертрофія шийки матки, ерозований ектропіон, передракові захворювання шийки матки).
2. Злоякісні ураження ендометрія I стадії.
3. Аденоміоз.
4. Патологія ендометрія: поліпоз, рецидивуюча і атипічна гіперплазія.
5. Поєднання патології ендометрія і міоми матки з розповсюдженим зовнішнім ендометріозом.

Протипоказання до лапароскопічної гістеректомії:

1. Випадіння матки. В таких випадках краще видалити матку вагінальним доступом.

2. Великі розміри матки (понад 16 тижнів вагітності після передопераційного лікування агоністами ГнРГ). Це відносне протипоказання для ендоскопічного доступу, тому що досвідчені хірурги роблять лапароскопічне видалення матки розміром понад 20 тижнів вагітності.

3. Кістозні об'ємні утворення придатків, розміри яких не дозволяють видалити їх інтактно, тобто це утворення не може бути поміщене в доступний за розмірами мішок перед декомпресією, що здійснюється зовні за допомогою голки.

Передопераційне обстеження включає перелік стандартних клініко-лабораторних досліджень для планових оперативних втручань в гінекології. В якості передопераційної підготовки пацієнткам, що готуються до лапароскопічної гістеректомії і мають великі розміри матки, деякі хірурги рекомендують призначення аналогів ГнРГ для зменшення розмірів матки і міоматозних вузлів. Лікування проводять протягом 3–6 місяців, одночасно корегуючи анемію, зумовлену матковими кровотечами.

Перед або під час операції з метою профілактики приєднання інфекції в/в вводять антибіотики широкого спектру дії. За добу до операції дають рідку, легку їжу. Звечора перед втручанням проводять очищення кишечника. До операції в сечовий міхур вводять катетер, який видаляється через добу.

Хід операції ТЛГ.

Існує багато варіантів техніки виконання цієї операції. Представники різних хірургічних шкіл зазвичай віддають перевагу одному із них. Відмінності складаються в необхідності лапароскопічної диссекції сечоводів, використанні тих чи інших ендоскопічних технологій на конкретних етапах хірургічного втручання (степлери, шовна техніка, ендопетлі та ін.).

Техніка ТЛГ має відповідати таким вимогам:

1. Відносна простота і можливість виконання.

2. Висока надійність і безпека.
3. Економічна ефективність (невисока вартість).

Знеболення: застосовується ендотрахеальний наркоз.

Доступи ТЛГ. Операцію проводять з використанням 4 троакарів. Перший вводять параумбілікально для оптичної системи (10 мм), інші (5 мм) – в здухвинних ділянках і над лобком. Обов'язковою і необхідною умовою при виконанні ТЛГ – використання маткового маніпулятора з внутрішньоматковою канюлею.

Система важелів маткового ротатора дозволяє переміщувати матку в необхідне зручне положення, що значно полегшує виконання операції, запобігає появі ускладнень і сприяє зменшенню терміну хірургічного втручання. Цей устрій має кільце з пластику, яке випинає склепіння піхви, і три кільці з гуми для запобігання втрати газу при відсіченні матки від склепінь піхви.

Етапи операції ТЛГ.

1. Пересічення круглих зв'язок матки і диссекція сечового міхура.

За допомогою маткового ротатора матку відводять вправо і дещо вперед. Таким чином натягують ліву круглу зв'язку матки. Для ще більшого натягування круглої зв'язки її захоплюють на середині атравматичним затискачем і натягують в латеральному напрямку, коагулюють та пересікають ножицями. Асистент з боку піхви зміщує матку в каудальному напрямку по середній лінії. При цьому стає добре помітною верхня границя міхурові-маткової складки, яка має вигляд білої поперечної лінії. Вище неї очеревина щільно фіксована до матки, а нижче – розпушено. Відстань від верхньої границі міхурові-маткової складки до верхівки сечового міхура складає 2–2,5 см. Ножицями або монополярним електродом розтинають очеревину в поперечному напрямку на 0,3–0,5 см нижче білої лінії та піднімають її. Тепер можна побачити три сполучнотканинних ущільнення між сечовим міхуром і шийкою матки. Серединне з них (продовження міхурові-шийкової зв'язки) при гістеректомії зазвичай відсепаровують тупо. При цьому відкривається місце між сечовим міхуром і переднім склепінням піхви, яке покрито пубоцервікальною фасцією. Латеральні ущільнення (так звані ніжки

сечового міхура – bladder pillar) розміщуються попереду від маткових судин, їх пересікають гострим шляхом після попередньої коагуляції. Праву круглу зв'язку матки пересікають аналогічно лівій.

2. Пересічення верхньої частини зв'язкового апарату матки.

Розтинають задній листок широкої зв'язки матки. Стають вільними від парієтальної очеревини власна зв'язка яєчника, маткова труба і венозне сплетіння параметрія (так звана техніка вікна). Внаслідок цього сечовід зміщується донизу і латерально, що служить надійною профілактикою його травми при відсіченні верхніх зв'язок матки.

В разі збереження придатків спочатку коагулюють і пересікають власну зв'язку яєчника і маткову трубу. При необхідності видалення придатків коагулюють і пересікають лійково-тазову зв'язку. Для таких цілей можна використовувати зшиваючі апарати, накладати лапароскопічні шви з ектракорпоральним зав'язуванням. Один із недоліків степлерів – висока вартість, але їх використання виправдано при наявності варикозного розширення вен параметрія.

3. Пересікання крижово-маткових зв'язок.

За допомогою маткового маніпулятора матку встановлюють в максимально можливому вертикальному положенні і відводять дещо латерально, що дає можливість хірургічного доступу до крижово-маткових зв'язок. Асистент захоплює задній листок серозного покриву біля ребра матки і відтягує його донизу. При цьому хірург здійснює маніпуляції чітко медіально і донизу у напрямку до крижово-маткових зв'язок. Коагулюють і відсікають крижово-маткові зв'язки і очеревину між ними.

4. Гемостаз маткових судин.

Перевага надається біполярній коагуляції або прошиванню судинного пучка. Використання монополярної електрохірургії в режимі коагуляції потребує в декілька разів потужнішого впливу і приводить до утворення більш важкого коагуляційного некрозу, що дуже небезпечно через близьке розташування сечоводів. Використання кліпс потребує диссекції артерії на протязі як мінімум 1–

1,5 см для їх накладання і перетинання судин між ними. При здійсненні гемостазу маткових судин необхідно враховувати, що діаметр ендостеплерів складає 1,2 см, що також може приводити до травм сечоводів.

Матку відводять максимально латерально, при цьому, як правило, можна добре побачити гілки маткової артерії, які сходять догори. Одним із важливих моментів на цьому етапі є здійснення гемостазу цих артерій з подальшою відсепаровкою судин донизу і латерально. Пластикове кільце (випинач склепінь) маткового маніпулятора дозволяє виконати цю маніпуляцію. Під час відсепаровки за допомогою біполярних щипців здійснюють коагуляцію дрібних судин кардинальних зв'язок. При перев'язці маткової артерії судинний пучок прошивають вікрилом або проленом. Вузол зав'язують екстракорпорально і затягують за допомогою пушера. Існує думка, що цей метод має переваги перед іншими за надійністю і безпечністю, хоча він більш тривалий.

5. Відтинання матки від стінок піхви.

Використання при лапароскопічній гістеректомії маніпулятора «Клермон» суттєво полегшує проведення цього етапу, в середньому його тривалість складає 5–7 хв. Пластикове напівкільце дозволяє чітко бачити межу між склепіннями піхви та шийкою матки, а три гумові кільці попереджають втрату пневмоперитонеума. Матку відсікають монополярним електродом в режимі різання тканин, паралельно за допомогою біполярних щипців коагулюють всі судини стінок піхви, які кровоточать. Як правило, цей етап починають спереду, потім розріз продовжують латерально ліворуч та праворуч, після чого завершують відтинання матки від заднього склепіння піхви.

6. Видалення макропрепарату.

Матку видаляють через піхву разом з маточним маніпулятором. При значних розмірах матки з метою попередження можливих розривів стінок піхви в результаті грубого видалення необхідно застосувати лапароскопічну або трансвагінальну морцеляцію.

7. Ушивання культі піхви та контроль гемостазу.

Накладають два 8-подібних вікрилових шви, зав'язують їх екстракорпорально та затягають за допомогою пушера. В кінці операції необхідно ретельно оглянути всю раньову поверхню. Враховуючи тампонуєчий ефект пневмоперитонеума, перед завершенням операції рекомендується здійснити контроль гемостазу при незначному внутрішньочеревному тиску CO₂ (7–8 мм.рт.ст.). Деякі хірурги рекомендують один підводний огляд тканин малого тазу. Для цього в черевну порожнину вводять 2–3 літри розчину Рінгера і ретельно промивають її до чистої води.

3.3. Контрольні питання до розділу 3

1. Назвіть показання та протипоказання до оперативного лікування міоми матки.
2. Яке обстеження необхідно провести перед плановим хірургічним втручанням?
3. Назвіть основні етапи міомектомії.
4. Назвіть переваги лапароскопічної міомектомії.
5. Які показання до гістерорезектоскопії?
6. Як виконується емболізація маткових артерій та які протипоказання до неї?
7. В чому суть фокусованої ультразвукової хірургії міоми матки?
8. Які малоінвазивні методи лікування міоми матки Вам відомі?
9. Назвіть основні етапи лапаторотомічної гістеректомії.
10. Які переваги вагінальної гістеректомії?
11. Назвіть протипоказання до вагінальної гістеректомії.
12. Які показання до лапароскопічно асистованої вагінальної гістеректомії?

4. ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

Проблема лікування хворих на міому матки в сучасній гінекології продовжує залишатись актуальною в зв'язку з високою частотою цієї патології та негативним впливом її на загальний стан здоров'я і репродуктивну систему. Цій темі була присвячена міжнародна конференція на тему «Ведення пацієнок з міомою матки: від гістеректомії до збереження матки», яка відбулась в м. Київ 19–20 грудня 2008 року. Було підкреслено, що за останні 10 років значно розширився спектр терапевтичних і хірургічних методів ведення пацієнок з міомою матки, і лікар-гінеколог має в них добре орієнтуватись. Це нелегке завдання, про що свідчить навіть назва однієї з програмних доповідей «Міома матки. Суперечки і сумніви при виборі методу лікування» (В.Ф. Беженарь, Росія).

Патогенетично обґрунтованою концепцією лікування цього захворювання є поєднання медикаментозної терапії (перш за все гормональної) та хірургічного втручання. Гормональну терапію пухлини не слід розглядати як альтернативу оперативному втручання. Якщо є показання для оперативного лікування, то його необхідно проводити, не гаючи час та кошти на лікування, яке або зовсім не допоможе хворій, або дасть тільки тимчасовий результат.

Подальший розвиток в зв'язку з впровадженням нових хірургічних технологій на противагу гістеректомії отримали органозберігаючі втручання, оскільки пацієнтки з міомою матки намагаються позбутись клінічних проявів захворювання, а не самого дітородного органу. Питання про метод та обсяг операції залежить від багатьох чинників: рівня лікувальної установи, її оснащення діагностичним та хірургічним устаткуванням та апаратурою, кваліфікації хірургів. При відсутності цих чинників пацієнтки мають направлятись у відповідні центри, де їм буде надана належна допомога.

Що стосується радикальних хірургічних втручань при міомі матки, то, зважаючи на конкретну ситуацію, згідно з Клінічним протоколом «Лейоміома матки», перевагу слід надавати вагінальній гістеректомії. На другому місці стоїть

лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія, і тільки при неможливості виконання зазначених операцій слід проводити лапаротомічну гістеректомію.

5. МІОМА МАТКИ ТА ВАГІТНІСТЬ

Міома матки – найбільш поширена пухлина репродуктивного тракту, яка поєднується з вагітністю. Частота поєднання міоми і вагітності коливається від 0,5% до 2,5%, а в спеціалізованих стаціонарах може досягати 4–5%.

В сучасних умовах висока частота поширення міоми в репродуктивному віці обумовлена різноманітними зовнішніми і внутрішніми чинниками, серед яких найбільше значення мають:

- підвищений вплив екзогенних естрогеноподібних речовин;
- збільшення частоти екстрагенітальних захворювань (ожиріння, захворювання ендокринних органів та ін.);
- підвищена частота запальних захворювань органів малого тазу;
- велика кількість абортів та інвазивних втручань на матці та її додатках;
- збільшення кількості жінок старшого віку, які народжують вперше;
- збільшення частоти діагностики міоми під час вагітності за останні 10–15 років, що пов'язане з поліпшенням якості діагностики міоми у вигляді впровадження в практику високоякісних ультразвукових апаратів з використанням трансвагінального сканування, яке дозволяє діагностувати міоматозні вузли менше 5 мм в діаметрі;
- зменшення частоти радикальних операцій з приводу міоми матки у молодому віці;
- збільшення частоти хірургічних і медикаментозних методик, які сприяють видаленню пухлини при збереженні репродуктивного органу, пригніченню темпів зростання пухлини і адекватному відновленню гормонального фону в організмі жінки, що необхідно для виникнення та розвитку вагітності;
- впровадження диспансеризації пацієнток (на часі це краще назвати «зацікавленість жінки у своєму здоров'ї»). Саме пацієнтки, які відмовлялися від своєчасного ефективного гормонального лікування або від його поєднання з оперативним лікуванням, приходять на прийом до лікаря з найбільш складними

клінічними ситуаціями, які легко могли б бути усунені до виникнення вагітності. Доречно вказати, що не завжди великі розміри міоматозних вузлів є причиною безпліддя при міомі.

Характерною особливістю вагітних з міомою є те, що до 2/3 цих пацієток – першовагітні, при цьому лише 67–75% з них були у віці старше 30 років. Саме ці 25–33% пацієток, можливо, мають генетичну схильність до виникнення гормонозалежних пухлин, у тому числі і до міоми матки. Ця схильність реалізується через зміни обміну речовин в організмі жінки, при цьому схильність і індукція цих змін виникають ще внутрішньочеревинно, що потім проявляється збільшенням частоти виникнення міоми в популяції, тенденцією до ожиріння в популяції, тощо. Ці ж пацієтки мають і швидке зростання пухлини (за рахунок порушення механізмів апоптозу та ін.), і вони ж мають максимальну частоту ускладнень вагітності, які пов'язані з міомою. Таким чином, формується група ризику з виникнення акушерських ускладнень за наявності міоми матки: першовагітні пацієтки у віці після 30 років, з наявністю швидкого росту міоми або вперше виявленої міоми великих розмірів (розміри вузла більше 7–8 см), з наявністю гіперандрогенії в анамнезі, кістозних змін яєчників, порушення функції ендокринних органів.

Впродовж останніх 20 років в світі є чітка тенденція до збільшення віку, в якому відбуваються перші пологи. Даний факт супроводжується низкою особливостей. Вплив зовнішніх і внутрішніх чинників за наявності генетичної схильності безумовно повинен реалізовуватися виникненням міоми. Оскільки до 90-х років ХХ сторіччя до моменту діагностики міоми матки жінка зазвичай виконувала «індивідуальну» репродуктивну програму (у віці до 30 років вже мала 2-х дітей), то частота поєднання міоми матки і вагітності була невисокою, а дані випадки входили до розряду унікальних і заслуговували особливої уваги акушерів.

У сучасних умовах пацієтки пізно (після 30–35 років) планують народження дитини і відповідно до цього віку у них може реалізуватися можливість виникнення міоми.

В більшості випадків міоматозні вузли при вагітності мають невеликі розміри (до 2–4 см), вони поодинокі, інтерстиціальної або інтерстиціально-субсерозної локалізації. Дана категорія вагітних зазвичай не знає про існування вузлів до моменту проведення під час вагітності першого УЗД, в процесі якого вони вперше діагностуються. Виникає дилема: 1) чи то ці вузли виникли під час вагітності (що мало ймовірно, оскільки УЗД проводиться в терміні 6–12 тижнів вагітності, а за такий короткий проміжок часу ці вузли з'явитися і збільшитися до таких розмірів не могли, враховуючи той факт, що надалі, впродовж вагітності, ці вузли, як правило, залишаються цих же самих розмірів); 2) чи то пацієнтка неефективно обстежена до вагітності (неякісне проведення УЗД, оскільки бімануально складно визначити означену локалізацію міоми і вказані її розміри) або взагалі не обстежувалась, оскільки ця локалізація міоми не має клінічних проявів, а отже у жінки не було підстав для активних відвідин гінеколога.

Коли йдеться про вплив міоми матки на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду, лікар повинен перш за все враховувати:

- локалізацію міоматозних вузлів (субмукозні, субсерозні, інтерстиціальні, шийкові, шийково-перешийкові, інтралігаментарні);

- розміри міоматозного вузла (великі розміри вузла значимо зменшують об'єм малого тазу і перешкоджають проходженню плода пологовими шляхами; великі розміри субсерозного вузла можуть супроводжуватися симптомами його перекручення або некрозом внаслідок недостатнього живлення вузла при стисненні ніжки між стінкою тазу і маткою; стисненням матки в малому тазу);

- наявність ускладнень, які виникали до вагітності і були пов'язані з наявністю цих вузлів (некроз вузла з його інфікуванням).

5.1. Особливості анамнезу у вагітних з міомою матки

В анамнезі у вагітних з міомою визначено низку особливостей, серед яких найбільше значення мають: низький індекс здоров'я жінки; підвищена частота екстрагенітальних захворювань (перш за все: інфекційні та функціональні вегетативно-судинні розлади, тонзиліт, захворювання шлунково-кишкового

тракту та ін.); гострі і хронічні стресові чинники (психічні травми, часте перенапруження і перевтома); підвищена частота гінекологічних захворювань (хронічні запальні захворювання органів малого тазу, тощо); підвищена захворюваність у дитячому віці і пубертаті; порушення становлення менструальної функції (раннє або пізнє менархе, дисфункціональні маткові кровотечі, гіперпластичні процеси ендометрія), причому частіше спостерігається ця ситуація у жінок з міомою матки, які мають першу вагітність та/або народжують вперше.

Частіше зустрічаються жінки з міомою матки, які народжують вперше (2/3 від загальної кількості), при цьому з них у 2/3 вік більше 30 років.

Встановлено різний преморбідний фон у першо- і повторновагітних з міомою матки.

Визначено, що родинний анамнез по міомі частіше обтяжений у першовагітних. Тривале запобігання від вагітності, коли пологи виникають через 10 і більше років після початку статевого життя, при одночасно підвищеній частоті штучних абортів також є особливістю анамнезу вагітних з міомою.

У повторновагітних з міомою частіше спостерігався ускладнений перебіг вагітності та пологів: мимовільне переривання вагітності за наявності в анамнезі самовільного та штучного переривання вагітності; недоношування вагітності; преєклампсія/еклампсія; кровотечі під час вагітності і пологів; оперативне розродження (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуум-екстракція); висока перинатальна захворюваність і смертність; підвищена частота гнійно-септичних післяпологових захворювань, а надалі – розвиток різних хронічних гінекологічних захворювань (післяпологова недостатність гіпоталамо-гіпофізарної системи; запальні захворювання жіночих статевих органів; дисфункція яєчників; вторинне безпліддя; доброякісні пухлини яєчників; проведення міомектомії перед наступною вагітністю).

Таким чином, в анамнезі у пацієнток з міомою матки визначена тривала пригноблююча дія різноманітних факторів на всі відділи гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи (ГГЯС) на протязі тривалого періоду, починаючи зі спадкової

схильності, особливостей внутрішньочеревного розвитку, пубертату, особливостей гінекологічного анамнезу і перебігу попередніх вагітностей (наприклад, наявність прееклампсії), що призводить до первинного (а можливо, вторинного) функціонального та органічного враження органів ГГЯС, у тому числі з ураженням рецепторного апарату матки. Наслідком цього є виникнення та прогресування міоми.

На нашу думку, не варто боятися пізніх пологів із-за ризику розвитку міоми, а слід своєчасно оглядатися гінекологом для ранньої діагностики міоми і її сучасного лікування з застосуванням консервативних методів або не затягувати з проведенням органозберігаючих хірургічних втручань (лапароскопічної міомектомії або інших методів).

5.2. Перебіг вагітності за наявності міоми матки

У значної частини пацієток (до 75%) спостерігається неускладнений перебіг вагітності і пологів (навіть за наявності множинних та невеликих (до 3 см вузлів); зберегти вагітність вдається навіть при наявності великих вузлів, якщо вони розташовуються в тілі або дні матки.

Разом з цим, частина дослідників вважає, що вагітність з міомою супроводжується підвищеною частотою невиношування і недоношування вагітності (до 30–75%) за рахунок деформації порожнини матки та гормональної дисфункції яєчників (недостатність жовтого тіла вагітності з формуванням недостатності децидуальної тканини та хоріона при подальшому розвитку плацентарної недостатності). Має значення підвищення скоротливої здатності (активності і збудливості) міоматозно зміненої матки при недостатній здатності її до розслаблення. При міомі матки виникають значні зміни кровообігу в матці, що призводить до порушення живлення вузлів, викиду біологічно активних речовин, спазму судин міо- і ендометрія, тобто до погіршення умов імплантації плодового яйця, виникнення дегенеративних змін в нервових закінченнях. У ділянках, розташованих над пухлиною, виявлена осередкова або дифузна атрофія

ендометрія, крововиливи, розширення вен в базальному і функціональному шарі ендометрія.

Частота мимовільного переривання вагітності достовірно не пов'язана з особливостями пухлини, її розмірами, локалізацією, ступенем важкості міоматозних змін матки. Це ще раз свідчить про єдність або спільність (тобто про односторонню направленість з різною мірою пенетрантності і експресивності) змін, що відбуваються при міомі матки. Орган уражений внаслідок поразки всього організму на генетичному і нейроендокринному рівнях, а частота виникнення і ступінь тяжкості ускладнень вагітності залежатиме від стану компенсації як всього організму (наприклад, підвищена частота прееклампсії), так і від змін на органному рівні (наприклад, порушення живлення вузла – підвищена продукція біологічно активних речовин – підвищена активність міометрія – підвищена частота невиношування). Отже, необхідно дивитися на пацієнтку в цілому, а не лише на те, що в її матці є міома, від якої, як традиційно вважається, всі біди. Саме компенсація всього організму забезпечує сприятливий перебіг вагітності і пологів.

Разом з тим деякі автори вважають, що частота переривання вагітності підвищена за наявності міоматозних вузлів великих розмірів і субмукозних вузлів; а також вузлів, які розташовані в області перешийка, оскільки при цьому відмічена підвищена біоелектрична активність міометрія.

Специфічне ускладнення для вагітних з міомою матки – порушення кровопостачання (живлення) міоматозних вузлів, клінічним проявом якого є больовий симптом. Він спостерігається у 40–90% вагітних з міомою у вигляді болю різного характеру в області міоматозних вузлів. Причини больового симптому: подразнення парієтальної очеревини, яка покриває підочеревинні вузли, напруга капсули пухлини, порушення крово- і лімфообігу при стисненні пухлини або перекрученні ніжки вузла, виникнення лімфостазу і порушення капілярного кровообігу, що може вести до збільшення розмірів пухлини. Звідси наші рекомендації по вживанню препаратів, які підвищують тонус вен та посилюють лімфатичний обіг під час вагітності.

Причини порушення кровопостачання в міоматозних вузлах під час вагітності:

- механічні (перекручення, перегин, стиснення пухлини);
- особливості гемодинаміки в матці під час вагітності;
- висока частота вегетативно-судинних і гемодинамічних змін в області малого тазу у цих пацієнток поза вагітністю;
- сприяючий чинник – це збільшення розмірів вузлів в процесі збільшення матки під час вагітності;
- у всіх міоматозних вузлах, незалежно від їх локалізації, виявляються зміни, обумовлені гормональними впливами (гіпертрофія м'язових елементів, розпушування і набряк проміжної тканини). Вважається, що структурні зміни в вузлах, обумовлені вагітністю, після неї можуть піддаватися повністю зворотному розвитку;
- розвиток різних дистрофічних процесів в міоматозних вузлах під час вагітності (набряк, крововилив, гіалінове переродження, дегенерація, вогнища некрозу), хоча описана досить характерна дегенеративна зміна під час вагітності – карнеусна дегенерація (некроз з просоченням гемолізованою кров'ю). Всі ці види дегенерації можуть виникати не лише унаслідок перекручення ніжки міоматозного вузла, а і в результаті ішемії, венозного застою, множинного тромбоутворення в міжм'язових вузлах пухлини. Дегенеративні зміни у вузлах часто клінічно не виявляються.

Вплив вагітності на ріст вузлів залишається достатньо дискусійним питанням. Так, одні автори вважають, що вагітність сприяє росту вузлів за рахунок посилення кровонаповнення матки і наявності набряку вузлів у зв'язку з процесами гіпертрофії і гіперплазії м'язової і сполучної тканини, які властиві вагітності. Згідно з іншою точкою зору розвиток вагітності не завжди викликає збільшення розмірів міоми. Деякі автори відмічають, що ріст вузлів спостерігається в першій половині вагітності, а після 20 тижнів їх розміри стабільні.

Рідкі ускладнення вагітності у жінок з міомою: перекручення міоматозно зміненої матки довкола своєї осі; стискання вагітної матки або великого вузла в малому тазу; розрив капсули міоми з крововиливом в черевну порожнину; спонтанний розрив матки під час вагітності після видалення міжміязових вузлів, особливо якщо воно супроводжувалось розтином порожнини матки; при поєднанні міоми і вад розвитку матки (сідлоподібна, дворога). Причини спонтанного розриву матки – погіршення розтяжності матки, оскільки є чимала ділянка дегенеративно зміненого міометрія, який не гіпертрофується під впливом вагітності. Додатковий несприятливий фактор: у цю ділянку можуть проростати ворсини хоріону, внаслідок чого відбувається розрив матки.

5.2.1. Особливості першого триместру вагітності

Основний постулат, який дозволяє пояснити особливості перебігу вагітності у жінок з міомою матки: «Хвора мати – хворе потомство».

При захворюваннях матері, у тому числі при міомі, може спостерігатися аномальна імплантація і плацентація, порушення структурної повноцінності плаценти, її ділянок та окремих елементів. Наслідком цих патологічних змін є зниження основних функцій плаценти, тобто плацентарна недостатність.

У вагітних з міомою можуть бути добре розвинені адаптаційні і компенсаторні механізми: до 2/3 вагітних мають неускладнений перебіг 1-го триместру. Особливо часто це спостерігається у соматично здорових вагітних віком до 35 років, коли вузли розташовані субсерозно, при невеликих розмірах пухлини під час вагітності (до вагітності розміри матки до 8–9 тижнів, найбільший розмір вузла до 4 см), при невеликій тривалості захворювання (до 5 років).

В 1-му триместрі часто досить легко бімануально виявити міому у вигляді щільних вузлів на тлі збільшеної і розм'якшеної матки, особливо при субсерозних вузлах. У інших випадках – виникає ряд труднощів.

Основний діагностичний метод визначення міоми під час вагітності – УЗД трансвагінальним і трансабдомінальним шляхом. Поєднання цих 2-х підходів під

час УЗД дозволяє краще скласти уявлення про топографію вузлів та їхню структуру. УЗД дозволяє визначити локалізацію плаценти, особливо це важливо за наявності вузлів, які деформують порожнину матки.

У відповідь на формування первинної плацентарної недостатності у вагітних діагностується зниження концентрації плацентарного лактогену і хоріонічного гонадотропіну у першому триместрі.

При неускладненому перебігу вагітності у хворих з міомою матки немає жодної необхідності в призначенні гормональної терапії для профілактики мимовільного викидня. Відмічено, що при недостатності прогестерону поза вагітністю при виникненні вагітності і по мірі її розвитку рівні гормонів поступово зростають і не відрізняються від показників при фізіологічному перебігу вагітності.

Навіть при фізіологічному перебігу вагітності існує небезпека розвитку специфічних для міоми ускладнень, пов'язаних з наявністю порушення кровопостачання міоматозних вузлів. Клініка цього ускладнення: поява больового синдрому у спокої або при пальпації матки, помітне збільшення розмірів пухлини. Характер і локалізація болю залежать від локалізації вузла. По передній стінці – болі носять локальний характер або поширюються в нижні відділи живота. При розташуванні на задній стінці вагітні частіше скаржаться на болі розлитого характеру в області крижів і попереку, при цьому наголошується на частому підвищенні тонуусу матки за відсутності інших симптомів загрозливого переривання вагітності, при якому болі і підвищення тонуусу матки достатньо легко лікуються спазмолітиками.

Навіть при неускладненій вагітності у першому триместрі є порушення регіонарної гемодинаміки: зниження інтенсивності кровообігу і кровонаповнення, підвищення судинного тонуусу, зменшення швидкості кровонаповнення артеріального і венозного русла, затримка венозного відтоку крові, тобто збільшення периферійного опору артеріол і уповільнення капілярного кровообігу, підвищення тонуусу судин, у тому числі і малого калібру, затримка венозного відтоку. Особливо ці зміни виражені в області міоматозних вузлів. На тлі цих змін

відбувається посилення збудливості і скоротливої активності міометрія, що може бути однією з причин мимовільного абортів або передчасних пологів (навіть у випадках нормальної плацентації плодового яйця і незміненої функції плаценти).

Ці судинні зміни допомагають пояснити можливі причини виникнення порушення кровопостачання в міоматозних вузлах (на додаток до механічних причин, на які було вказано вище). Наявність подібних гемодинамічних змін лягла в основу лікувальної тактики: у першому триместрі при порушенні живлення – спазмолітики; у другому та третьому триместрах – токолітики; у всіх триместрах – венотоніки.

Особливостями реоенцефалографії (РЕГ) при неускладненому перебігу першого триместру у вагітних з міомою матки є зменшення кровонаповнення головного мозку на тлі значної зміни тону мозкових судин, що схоже з даними РЕГ, які характерні для перехідної стадії гіпертонічної хвороби.

При електроенцефалографії (ЕЕГ) у вагітних з міомою матки у першому триместрі встановлена наявність патологічних процесів в гіпоталамічних структурах, зниження функціональної активності кори головного мозку, порушення центральної регуляції судинного тону. Будь-яка лікувальна дія в ці терміни вагітності має бути направлена на підвищення регулюючого впливу ЦНС.

Ускладнений перебіг вагітності у першому триместрі спостерігається у 33% вагітних. Переважно це жінки старше 35 років, за наявності великих міжм'язово розташованих міоматозних вузлів (розміри матки до виникнення вагітності відповідали величині 10–13 тижнів), при виражених міоматозних змінах матки і деформації її порожнини, тривалості захворювання більше 5 років.

Найбільше значення має ступінь міоматозного ураження матки, а саме: значні розміри міжм'язово розташованих вузлів, їх велика кількість, підслизова або центріпетальна локалізація. Менш важливе значення має субсерозна локалізація вузла.

Частота загрози переривання вагітності у першому триместрі досягає 25%; болі в області міоматозних вузлів – до 20%. Важлива прогностична ознака – розташування плодового яйця по відношенню до міжм'язово розташованого

міоматозного вузла. При загрозі викидня у 2/3 пацієнок плодове яйце розташовувалося в області міоматозних вузлів.

При УЗД виявлено зміни в структурі і ехогеності вузла (особливо у випадках викидня, що стався): ознаки набряку або дегенерації вузла, деформація порожнини матки. Слід ще раз наголосити, що УЗД – це найбільш інформативний метод оцінки стану плодового яйця і структури міоматозних вузлів у першому триместрі.

Відзначено, що зміни гормонального профілю у першому триместрі у пацієнок з міомою матки не мають специфічних особливостей, а залежать від поєднання дії та кількості зовнішніх і внутрішніх чинників (див. вище). Взагалі незалежно від етіологічних і патогенетичних факторів (у тому числі за наявності анатомічних змін матки) при ускладненому перебігу вагітності у ембріонів жіночої статі встановлено порушення морфо-функціональних взаємин аденогіпофіза (а також визначена його функціональна неповноцінність), щитовидної залози, кори надниркових залоз, яєчників. Виявлені також всілякі порушення розвитку фетальної матки, маткових труб, артеріальних судин за наявності несприятливих умов в антенатальному періоді (розвиток вагітності в умовах гіпертензії, гіпоестрогенії, анатомічних змін матки).

Означені антенатальні пошкодження, природжена функціональна неповноцінність деяких структур нейроендокринної системи і статевих органів (яєчники, матка) можуть стати основою для виникнення захворювань і дисгормональних порушень в процесі постнатального розвитку індивідуума. Не без підстави треба вважати, що деякі гінекологічні захворювання (кістозна гіперплазія яєчників, деякі форми порушення репродуктивної функції людини) є наслідком внутрішньочеревного ураження статевих органів плоду (і не лише статевих).

У дітей жінок з міомою матки відмічено функціональну неповноцінність аденогіпофіза, природжену неповноцінність вегетативно-судинної системи (у кожної третьої), порушення формування скелета в дитячому і юнацькому віці, відхилення у фізичному і статевому розвитку дівчаток 11–18 років.

Міома матки, яку вперше діагностовано під час вагітності, частіше виникає на тлі обтяженої спадковості (міома у матері та її родичів), порушених гормональних співвідношень в пубертатному і постпубертатному періодах, генітального інфантилізму, первинного ендокринного безпліддя.

Мимовільні аборти у першому триместрі вагітності найчастіше виникають при виражених міоматозних змінах матки і деформації її порожнини, при розташуванні плодового яйця в нижніх відділах матки, під крупними міоматозними вузлами, що супроводжується порушенням розвитку плодового яйця, зниженням гормональної функції трофобласту, порушенням пропорції зростання вагітної матки.

Переривання вагітності найчастіше обумовлено імплантацією плодового яйця в області міжм'язово або поблизу субмукозно розташованих вузлів, в нижніх відділах матки, за наявності деформації її порожнини, множинних міоматозних змін міометрія.

Інші можливі причини переривання вагітності у першому триместрі: пізній вік жінок, які народжують вперше, перенесені аборти і багаточисельні гінекологічні захворювання, значна тяжкість міоматозних змін в матці і довга тривалість захворювання. Ці фактори обумовлюють зниження пристосувальних і компенсаторних механізмів, направлених на створення оптимальних умов для імплантації і розвитку плодового яйця. В результаті цього у низки жінок з міомою імплантація плодового яйця і розвиток плаценти відбувається в патологічно змінених ділянках матки.

Важлива роль в механізмах переривання вагітності відводиться розвитку вторинних змін у вузлах пухлини (набряк, дегенеративні зміни), порушенню гемодинаміки органів малого тазу та матки, розладам мікроциркуляції міометрія, що супроводжуються порушенням і підвищенням тонуусу матки.

Певне значення має зниження функціональної активності головного мозку. Наявність патологічної біоелектричної активності мозку при ЕЕГ, виражена асиметрія судинного тонуусу, неадекватність судинних реакцій і схильність до

вазоконстрикції, що визначено при РЕГ, свідчить про зниження регулюючої ролі ЦНС під час вагітності у жінок з міомою.

5.2.2. Особливості другого триместру вагітності

При загрозі переривання у другому триместрі та передчасних пологів виявлено виражене зниження пульсового кровонаповнення, зменшення швидкості наповнення артеріального і венозного русла (як системно, так і локально), а також виражене підвищення судинного тону, локальне зростання периферійного опору.

У другому триместрі найменші ризики перебігу вагітності при міомі спостерігаються при субсерозній локалізації вузлів, при невеликих розмірах пухлини і незначній тривалості захворювання. У другому триместрі у жінок з міомою матки, аналогічно соматично здоровим вагітним, спостерігається синхронне і інтенсивне зростання плоду і плаценти.

Компенсаторно-приспосувальними механізмами фетоплацентарного комплексу є збільшення товщини плаценти і помірне підвищення вмісту в крові плацентарного лактогену.

Ускладнений перебіг вагітності у другому триместрі найчастіше спостерігається у жінок з міомою за наявності ускладненого перебігу першого триместра, у жінок старше 35 років, при переважно міжмязовій локалізації вузлів великих розмірів, при тривалості захворювання понад 5 років.

При неускладненому перебігу вагітності у другому триместрі у жінок з міомою спостерігається нормалізація регіонарної гемодинаміки при збереженні затримки венозного відтоку крові. При загрозі пізнього викидня і передчасних пологах у таких вагітних встановлено значне зниження амплітудних значень пульсового кровонаповнення і кровообігу; найбільш низькі показники притоку артеріальної крові до матки і швидкості наповнення венозного русла виявлені в зоні пухлинного вузла.

5.2.3. Особливості третього триместру вагітності

Як правило, при підочеревинній локалізації вузла і невеликих розмірах пухлини перебіг вагітності у третьому триместрі неускладнений. Разом з тим має місце зниження функціональної активності головного мозку, порушення центральної регуляції судинного тону, що вказує на зменшення компенсаторних можливостей судинної системи у таких вагітних.

У нормі при фізіологічному перебігу вагітності показники кровообігу периферійних судин збільшуються у першому і другому триместрах, а знижуються у третьому триместрі. При міомі під час вагітності відмічено значне зниження кровообігу в матці, особливо виражене в області міжм'язового вузла, підвищення судинного тону, переважно в судинах малого калібру, виражена затримка венозного відтоку, зниження швидкості кровонаповнення артеріального і венозного русла. Клінічним проявом змін гемодинаміки матки є симптоми підвищення тону міометрія, легка збудливість матки, наявність больового симптому (тягнучого, ниючого, спастичного характеру). Ці зміни, зазвичай, усуваються прийомом спазмолітиків.

Ускладнений перебіг третього триместру вагітності спостерігаються у кожній третій пацієнтки, при цьому їх середній вік – 36-37 років, діаметр найбільшого міоматозного вузла 8–8,5 см, тривалість захворювання 5–6 років.

У третьому триместрі звертає увагу підвищення частоти емоційної напруженості, постійне відчуття тривоги, дратівливість, стомлюваність, невпевненість в сприятливому результаті пологів.

Найбільш поширені ускладнення третього триместру вагітності з міомою: загроза передчасних пологів до 20% (частіше у жінок з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом, які народжують вперше); прееклампсія/еклампсія – до 12%; анемія вагітних – 12%; болі в області міоматозних вузлів – до 15%; затримка росту плода – у 25%-33%.

Часте поєднання загрози переривання із затримкою росту плода у вагітних з міомою – це свідчення провідної ролі порушень матково-плацентарного кровообігу.

Виявлена залежність частоти затримки росту плода від розташування плаценти на вузлі, а також від наявності великих міжм'язових вузлів, множинної міоматозно зміненої матки, у жінок більш старшого віку.

Для морфо-функціональної будови плаценти пацієнток з вираженими міоматозними змінами матки характерне невелике зменшення середньої маси плаценти, наявність атрофічних змін і збільшення кількості фібриноїду в її периферійній зоні. Ці особливості виявляються при локалізації плаценти над крупними міжм'язовими вузлами, особливо при центріпетальному рості пухлини. Як компенсаторно-присосовні чинники при розташуванні плаценти на міоматозному вузлі слід розглядати гіперплазію капілярів в кінцевих ворсинках хоріону і збільшення кількості синцитіальних вузликів. В той же час у плаценті пацієнток з міомою матки спостерігається зменшення кількості або відсутність судин в колагенізованих ворсинках, зменшення вмісту РНК в хоріальному епітелії, що відображає зменшення інтенсивності метаболізму в плаценті.

При локалізації плаценти поза інтрамуральним вузлом її структурні і морфологічні зміни в основному відповідають мікроскопічній будові і гістохімічним особливостям плаценти при неускладненій доношеній вагітності. Результати гістологічного і гістохімічного дослідження плаценти показують, що їх структурні і морфо-функціональні зміни залежать від розташування плаценти по відношенню до міжм'язових вузлів. У плаценті, розташованій над міжм'язовими вузлами (з центріпетальним ростом), виявляють наступні зміни: підвищення накопичення фібриноїду, атрофічні і дистрофічні процеси, проявом яких служить зменшення товщини плаценти, фіброз строми ворсин хоріону різного калібру, невелика кількість в них кровоносних судин, зниження рівня метаболізму в хоріальному епітелії і периферійному цитотрофобласті. Ці зміни спостерігаються в зоні плаценти, яка розташована над вузлом пухлини. Збереженню життєздатності плоду сприяють виражена компенсаторна гіперплазія капілярів в кінцевих ворсинках, збільшення кількості синцитіальних вузликів, що містять велику кількість РНК, в інших ділянках периферійної зони плаценти і деяких центральних її відділах.

Збільшення кількості фібриноїду можна розглядати, з одного боку, як доцільну реакцію, яка запобігає вrostанню ворсин хоріону в міометрій, з іншого боку – як патологічну, яка, до певної міри, порушує структуру і функцію плаценти.

Патологічні інволютивно-дистрофічні процеси в плаценті супроводжуються зниженням процесів обміну речовин і зниженням мембранної функції плаценти, що супроводжується затримкою росту плоду і народженням дітей з низькою масою тіла (до 25–35% у вагітних з міомою матки групи високого ризику).

До певної міри розвитку компенсаторних реакцій може сприяти так звана міграція плаценти, що полягає в зміні її розташування по відношенню до вузлів. Цей феномен особливо виражений при терміні вагітності 30–35 тижнів, коли відбувається максимальне розтягування матки. Причини міграції плаценти:

- унаслідок збільшення нижнього сегменту матки;
- нерівномірність збільшення і розтягування окремих ділянок тіла матки у міру збільшення терміну вагітності;
- основна причина – динаміка міоматозних вузлів на протязі вагітності, тобто можливість відносного переміщення міжм'язових вузлів в підочеревинний простір з відділів матки, що пролягають нижче, у відділи, розташовані вище площини входу в малий таз.
- зміна щільності вузлів, вони стають м'якшими, більш рухливими, втрачають чіткі контури.

Встановлено особливості величини і розташування міоматозних вузлів залежно від терміну вагітності:

- збільшення вузлів спостерігається із збільшення терміну вагітності;
- у міру збільшення терміну вагітності частіше виявляють підочеревинну локалізацію вузлів або переміщення інтрамуральних вузлів в підочеревинну область;
- у 1/3 пацієток збільшення вузлів впродовж вагітності не виявлено;
- найбільш виражене збільшення вузлів спостерігається у другому триместрі;

– у 1/3 жінок (як правило з пухлинами великих розмірів) виявлені ознаки дегенеративних змін ехоструктури міоми (наявність набряку та ін.);

– при збільшенні терміну вагітності число жінок з низьким розташуванням вузлів зменшувалося (до 3% в порівнянні з 8% у першому триместрі);

– на початок пологів у переважної більшості пацієнток міоматозні вузли розташовуються вище площини входу в малий таз, що не є перешкодою для просування голівки плода, тобто наявність вузлів в області нижнього сегменту не може служити причиною для планування кесарева розтину вже з першого триместру вагітності;

– при шийковій локалізації міоми міграція плаценти не відбувається, що вимагає лише оперативного розродження шляхом операції кесарева розтину.

Складно пояснити механізми змінення локалізації міоматозних вузлів під час вагітності. Однак вважається, що під впливом процесів гіпертрофії і гіперплазії матки, виникнення змін її сітчасто-волокнистої структури та розтягування стінок значно трансформується структура і архітектоніка вагітної матки, що не може не відбитися на розмірах і локалізації вузлів. Підвищення збудливості і скоротливої активності неуражених ділянок міометрія сприяє переміщенню вузлів, які оточені шаром сполучної тканини, у бік периметрію або в порожнину матки (центріпетальний напрямок). Цією властивістю не володіє шийка матки, де майже немає активної зовнішньої зони міометрія, тому шийкові міоми, хоча і можуть збільшуватися в розмірах під час вагітності або зменшуватися після пологів, ніколи не міняють своєї локалізації, що має важливе практичне значення при виборі методу розродження.

До теперішнього часу не ясно, чому одні вузли збільшуються під час вагітності, а інші – ні; точніше, спостерігається вельми різна зміна їх розмірів. Можливі причини цих явищ: різний ступінь порушення кровопостачання; неоднорідність дії гормонів на міоматозні вузли, які розташовані в різних шарах міометрія. Неоднорідна дія гормонів на рецепторну систему матки обумовлює різну функціональну активність шарів міометрія, з яких кожен має специфічний, властивий лише йому тип спонтанної активності. Ці особливості гормонального

впливу викликають певні зміни включених в той або інший шар міометрія міоматозних вузлів. У зв'язку з цим деякі вузли збільшуються в розмірах, а інші залишаються без змін.

Таким чином, неоднорідність змін міоматозних вузлів під час вагітності можливо обумовлена їх різною будовою (перевагою сполучної, фіброзної або м'язової тканини) і розташуванням по відношенню до шарів і відділів матки (дистальний, проксимальний).

5.3. Особливості перебігу пологів при міомі матки

Результати досліджень особливостей перебігу пологів при міомі матки досить суперечні. У більшості жінок пологи відбуваються фізіологічно через природні пологові шляхи. Навіть за наявності субмукозних вузлів, які апіорі мали би привести до передчасного переривання вагітності, зумовити неправильне положення плоду і кровотечі в пологах, інколи не трапляється жодних ускладнень, а наявність таких вузлів виявляють як випадкову знахідку в післяпологовому періоді. Далеко не завжди удається визначити залежність частоти і характеру ускладнень від ступеня тяжкості міоматозних змін матки і величини вузлів.

На думку інших авторів, при міомі матки частота ускладнень в пологах висока і складає 35–80%. Найчастіше ускладнення виникають при великих розмірах пухлини і розташуванні вузлів в порожнині малого тазу. Несприятливий вплив на перебіг пологів і післяпологового періоду спостерігається при міжм'язових і субмукозних вузлах.

Пологи у роділь з міомою найчастіше ускладнюються передчасним розривом плодових оболонок і аномаліями пологової діяльності. Передчасне та раннє відходження навколоплідних вод спостерігається у 30–40% жінок. У жінок з первинною слабкістю пологової діяльності величина вузлів була різною, але у більшості роділь мали місце крупні міоматозні вузли.

Причини аномалій пологової діяльності наступні: структурні і функціональні зміни міометрія, у тому числі дегенеративні зміни периферійних

нервових елементів матки, що призводять до порушення розповсюдження хвилі збудження і координації скорочень різних відділів матки; зменшення біоелектричної активності міоматознозміненого міометрія; дистоція шийки матки; можливо, наслідки нейроендокринних порушень, які обумовлювали виникнення міоми.

Ряд авторів вважає, що слабкість пологової діяльності розвивається рідко; для її лікування вони використовують стимуляцію окситоцином.

Деякі автори вважають, що при міомі скоротлива активність матки навпаки підвищена, що пов'язано з накопиченням в ній біологічно активних речовин, які підсилюють тонус гладкої мускулатури. Цей патогенетичний механізм – можлива причина передчасних пологів, які спостерігаються у 20–40% вагітних з міомою, а за даними окремих дослідників – до 60–70%. У вагітних з міомою встановлено збільшення частоти тазових передлежань (4,5–10%), поперечних і косих положень (1–3%), особливо за наявності міжм'язових або субмукозно розташованих вузлів. Частіше зустрічаються розгинальні передлежання голівки плоду (навіть при тазовому передлежанні), які можливо обумовлені не лише неправильною формою матки. Разом з цим, не можна виключити механічні чинники в етіології аномалій положення і передлежання плоду, що пов'язане з порушенням тонуусу різних відділів матки.

У жінок з міомою спостерігається підвищена частота передлежання плаценти (2% при загальній частоті 0,01–0,9%) і передчасного відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНRP). Причиною ПВНRP може бути порушення кровообігу в самій плаценті при її розташуванні в області міжм'язових або поблизу субмукозних вузлів. Ряд авторів вважає, що при міомі матки частота виникнення відшарування плаценти не змінюється.

Найбільш грізне ускладнення під час пологів у жінок з міомою – розрив матки, причинами якого є зменшення товщини стінки матки при міжм'язовому розташуванні вузла, при локалізації міоми в нижньому сегменті або шийці матки, коли вузол перешкоджає просуванню плода.

Можливість розриву матки після міомектомії обумовлена характером і об'ємом операції, ускладненим перебігом післяопераційного періоду.

Створюють передумови для неспроможності рубця наступні клінічні ситуації: видалення міжм'язово розташованих вузлів, розтин порожнини матки під час операції, наявність запальних та склеротичних змін в міометрії. У зоні рубців на матці часто знаходять виражені структурні зміни міометрія: локальний склероз, дифузне розростання сполучної тканини, зменшення товщини і дегенерація міофібрил, хоріоамніоніт.

Також особливу увагу потрібно приділяти послідовому і ранньому післяпологовому періодам. Парадоксальним є факт акушерської тактики, коли акушери не бояться багатогодинної стимуляції пологів, але при цьому побоюються в послідовому і післяпологовому періодах вводити утеротоніки з метою профілактики гіпотонічної кровотечі, оскільки вони, на їхню думку, можуть викликати ішемію і некроз міоматозних вузлів.

Помилковою вважається тактика проведення у всіх пацієнток ручного обстеження порожнини матки з метою діагностики підслизової міоми, а також як профілактичного методу післяпологової кровотечі. Частота кровотечі у вказані періоди досягає 20–35%. На розвиток ускладнень в ці періоди швидше за все впливає не величина вузлів, а їх переважна локалізація. При міжм'язовому та, особливо, при підслизовому розташуванні вузлів гіпотонія матки розвивається значно частіше, особливо за наявності в них дегенеративних змін, оскільки запальні зміни міометрія супроводжуються порушенням скоротливої здатності матки.

За даними деяких авторів, гіпотонія матки може розвиватися під час операції кесарева розтину. Інші автори вказують, що зниження скоротливої здатності в ці періоди спостерігається лише у жінок з великими пухлинами, незалежно від переважної локалізації міоматозних вузлів і наявності в них вторинних змін.

У жінок з міомою мають місце ускладнення, які можуть супроводжуватися материнською летальністю: розрив міоматозно зміненої матки, коли один з вузлів

став перешкодою для пологів через природні пологові шляхи; атонічна кровотеча; сепсис; перитоніт після кесарева розтину і енуклеації вузла.

Клінічно фізіологічний перебіг пологів спостерігається у 70% хворих на міому. У більшості з них фізіологічному перебігу пологів передував фізіологічний перебіг вагітності. Це характерно для пацієток з переважно субсерозним розташуванням вузлів і міжм'язовими вузлами невеликих розмірів.

У жінок з міомою матки встановлено збільшення частоти кесарева розтину (до 40%–70%), вакуум–екстракції, акушерських щипців.

Під час кесарева розтину недоцільно проводити розширення об'єму операції у вигляді міомектомії в зв'язку з високим ризиком гнійно-септичних та тромбоемболічних ускладнень. Видалення цих вузлів створює передумови для неспроможності післяопераційного рубця, не усуває супутніх міомі функціональних порушень в системі гіпоталамус–гіпофіз–яєчники–матка і не виключає рецидиву захворювання.

Показання до кесарева розтину у жінок з міомою: наявність неповноцінного рубця після раніше проведеної міомектомії, при якій стався розтин порожнини матки, ускладнений перебіг післяопераційного періоду, видалення великих міжм'язових і множинних (до 10) вузлів. У частини пацієток показаннями може бути: клінічно вузький таз, основною причиною якого були розгинальні передлежання і асинклітичне вставлення голівки плоду (в тому числі при нормальній формі і розмірах тазу). Більше 1/3 пацієток кесарів розтин виконується за поєднаними акушерськими показаннями (вік жінок, які народжують вперше; невчасне відходження навколоплідних вод; відсутність достатньої біологічної готовності організму до пологів; наявність тазового передлежання).

При шийковій локалізації міоматозного вузла після кесарева розтину потрібно виконати екстирпацію матки. У частини пацієток кесарів розтин виконується у зв'язку ПВНРП, з наявністю прееклампсії, аномалій пологової діяльності, передлежання плаценти.

У жінок, які народжують вперше, найчастіше спостерігається поєднання несприятливих акушерських чинників, що створюють загрозу для народження живої здорової дитини. У повторновагітних жінок, які народжують вперше, показанням для кесарева розтину були тазове передлежання у поєднанні з несприятливою акушерською ситуацією (невчасне відходження навколоплідних вод, переносена вагітність, недостатня біологічна готовність організму до пологів і наявність обтяженого акушерського анамнезу); у них частіше зустрічається ПВНПП і шийкове розташування вузлів.

Техніка кесарева розтину, як правило, типова – в нижньому сегменті поперечним розтином; рідше – істміко-корпоральний кесарів розтин з наступною стерилізацією.

Показання до видалення матки під час кесарева розтину: множинна міома матки, підслизова локалізація і центріпетальний напрямок росту пухлини, шийкове розташування міоматозних вузлів.

5.4. Особливості післяпологового періоду у жінок з міомою матки

Ведення післяпологового періоду у цього контингенту має деяку складність, що пов'язане з підвищеною частотою ускладненого перебігу пологів, значною кількістю оперативних втручань, наявністю міоматозно зміненої матки. Частішими ускладненнями в післяпологовому періоді є субінволюція матки, ендоміометрит, післяпологові кровотечі.

Специфічною патологією є порушення живлення міоматозних вузлів (аж до некрозу), яке може спостерігатися в процесі зворотного розвитку післяпологової матки.

Інфекція з порожнини матки або частки некротизованого вузла можуть потрапити в судини плацентарного ложа, внаслідок чого виникають різні гнійно-септичні захворювання. Гарячковий перебіг післяпологового періоду найчастіше спостерігається при підслизовій локалізації міоми, перекрученні ніжки підчеревинного вузла, порушенні кровообігу в вузлах, а також за наявності тривалого безводного періоду. Деякі автори відмітили, що небезпека некрозу

вузлів виникає не лише після патологічних, але і після фізіологічних пологів, якщо в післяпологовому періоді застосовують утеротоніки.

Зміни в лактації, які пов'язані з тенденцією до гіпогалакції, встановлені низкою вітчизняних вчених, проте ці дослідження відносяться до періоду, коли дітей годували через рівний проміжок часу.

Особливості післяпологової субінволюції матки залежать від розмірів міжм'язово розташованих вузлів. У породіль з міоматозними вузлами великих розмірів (8–10 см в діаметрі), яким не призначали утеротонічних засобів, відмічено зниження показника скоротливої активності матки і темпу зменшення висоти стояння дна матки над лоном. Це пояснюється виключенням функції плаценти після пологів (як залози внутрішньої секреції), що приводить у частини породіль до клінічних проявів порушеного гормонального балансу, характерного для пацієток з міомою матки. Це до певної міри відбивається на функції лактації і післяпологової інволюції матки.

У кожної 5-ї породіллі в післяпологовому періоді спостерігається локальна болючість в області міоматозних вузлів, яка у більшості жінок зникає після збільшення дози спазмолітиків.

При правильному раціональному веденні післяпологового періоду не спостерігається помітного збільшення частоти післяпологових захворювань.

У післяпологовому періоді зберігається порушення гемодинаміки міоматозно зміненої матки, яке проявляється в зменшенні та уповільненні артеріального кровообігу, підвищенні судинного тону, венозному застої. Застосування окситоцину у поєднанні із спазмолітиками сприяє правильному процесу післяпологової інволюції міоматознозміненої матки. Тривале використання спазмолітиків є важливим чинником в попередженні некрозу вузлів. При раціональному веденні післяпологового періоду у хворих з міомою матки кількість післяпологових ускладнень, в тому числі інфекційних, не перевищує частоту ускладнень серед породіль без міоми матки.

5.5. Зміна розмірів пухлини у віддалені періоди після пологів

Віддалені результати спостережень свідчать про сприятливий вплив гестаційного процесу і післяпологової інволюції матки на стабілізацію і зменшення розмірів вузлів у перші 1–3 роки після пологів.

Зменшення розмірів пухлини і відсутність зростання міоми у більшості жінок у віддалені після пологів терміни (1–8 років) свідчать про припустимість вагітності, а у низки хворих і про сприятливий її вплив на припинення подальшого розвитку міоми матки. Більшою мірою це відноситься до жінок з неускладненим перебігом вагітності, розродженням через природні пологові шляхи, при збереженні функції лактації.

Вагітних з міомою не можна розглядати як однорідну групу хворих, однозначно рекомендуючи всім збереження вагітності. Переважна локалізація і розміри пухлини, ступінь патологічних змін міометрія, тривалість захворювання, стан здоров'я жінки, вік жінки, яка народжує вперше, визначають різний ступінь ризику перебігу вагітності і пологів для матері і плоду.

До групи низького ризику відносяться хворі з міомою у віці до 35 років, з переважно підчеревиною локалізацією вузлів, невеликими розмірами пухлини (до вагітності величина матки відповідає 8–9 тижням), невеликій тривалості захворювання (до 5 років з часу виявлення пухлини).

У групу високого ризику входять хворі з міомою матки старше 35 років, з переважно міжм'язовим розташуванням вузлів великих розмірів (до вагітності величина матки відповідає 10–13 тижням) за наявності центріпетального росту, підслизової і шийкової локалізації пухлини, ознак порушення кровопостачання в будь-якому вузлі, тривалості захворювання більше 5 років. У цю групу віднесені також жінки після міомектомії, особливо з розтином порожнини матки, енукліацією міжм'язових вузлів, ускладненим перебігом післяопераційного періоду.

Розділення хворих на групи ризику дозволяє диференційовано вирішувати питання про доцільність збереження вагітності, проводити відповідне клініко–лабораторне обстеження і профілактичні заходи щодо попередження ускладнень.

Віддалені результати (через 5–10 років після пологів) свідчать про те, що у більшості пацієнток не спостерігається подальшого зростання міоми. У частини жінок з пухлинами невеликих розмірів відбувається зменшення її величини в порівнянні з початковою. Подальше зростання пухлини спостерігається в 10–12% обстежених, переважно у жінок, які мали порушення лактації, що вказує на необхідність збереження лактації, яка сприяє інволюції міоми матки.

5.6. Ведення вагітності, пологів і післяпологового періоду у пацієнток з міомою матки

Труднощі ведення вагітних з міомою матки обумовлені різноманітністю клінічних варіантів пухлини; літнім віком жінок, які народжують вперше; наявністю обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу; багаточисельними супутніми екстрагенітальними захворюваннями. Необхідно враховувати зниження репродуктивної функції після появи міоми матки, яке не завжди дозволяє сподіватися на повторне настання вагітності, безперечну шкоду абортів і небезпеку посилення нейроендокринних порушень, які передують і супроводжують розвиток пухлини.

Складна нейроендокринна перебудова організму жінки в період вагітності, становлення і розвиток фетоплацентарної системи, збільшення продукції гормонів, у тому числі прогестерону, виражені інволютивні процеси в матці в післяпологовому періоді можуть призводити до припинення подальшого росту міоми матки.

Для оцінки ступеня ризику необхідно брати до уваги наступні чинники: вік жінки, яка народжує вперше; стан здоров'я жінки та наявність супутніх захворювань; локалізацію і розміри пухлини, ступінь тяжкості міоматозних змін матки; наявність обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу (безпліддя, абортів, порушення менструальної функції, операції на матці і придатках), наявність обтяженого родинного анамнезу (міома в матері і близьких родичок); тривалість захворювання з часу виявлення пухлини; розташування плодового яйця і плаценти по відношенню до міжм'язових вузлів.

Міома матки не виникає у здорових жінок, а її розвитку передують і часто супроводжують різні порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка.

До групи з низьким ризиком виникнення акушерських ускладнень відносяться жінки з міомою віком до 35 років, без важких екстрагенітальних захворювань, з переважно підочеревинною локалізацією вузлів (на широкій основі), міжм'язово розташованою пухлиною невеликих розмірів (до вагітності величина матки відповідає 8–9 тижням), тривалістю захворювання не більше 5 років з часу виявлення пухлини.

До групи з високим ризиком виникнення акушерських ускладнень відносяться жінки з міомою, які народжують вперше, у віці 36 років і старше, з переважно міжм'язовим розташуванням вузлів великих розмірів (до вагітності величина матки відповідає 10–13 тижням), за наявності центріпетального росту, субмукозною та шийковою локалізацією пухлини, при ознаках порушення кровообігу в будь-якому вузлі, при тривалості захворювання більше 5 років, а також жінки після міомектомії, що супроводжувалась розтином порожнини матки або ускладненим перебігом післяопераційного періоду.

Зберігати вагітність рекомендують жінкам групи низького ризику, оскільки у більшості з них вагітність, пологи і післяпологовий період протікають без ускладнень, а фізичний і нервово-психічний розвиток новонароджених відбувається без відхилень.

Рішати питання про збереження вагітності у жінок з групи високого ризику необхідно строго індивідуально, враховуючи можливість порушення функції плаценти при виражених міоматозних змінах матки або локалізації плаценти в області міжм'язового вузла пухлини, при небезпеці порушення кровообігу в вузлах, необхідності лише оперативного розродження при несприятливому розташуванні пухлини (в області шийки матки). За наявності соматичних, нейроендокринних і супутніх гінекологічних захворювань у поєднанні з міоматозною зміною матки посилюється напруга компенсаторно–приспосовних механізмів в плодово-плацентарній системі, несприятливо відбиваючись на розвитку і стані плоду.

У кожної 2–3-ї жінки з міомою, яка віднесена до групи високого ризику, під час вагітності існує загроза мимовільного викидня або передчасних пологів. В 10–12% з них розвивається прееклампсія/еклампсія. Частим ускладненням (до 27–40%) є плацентарна недостатність, наслідком якої є затримка росту плоду. У пологах у кожної другої-третьої роділлі спостерігається порушення пологової діяльності, виникає необхідність у застосуванні акушерських операцій. Передумовами до розвитку цих ускладнень є:

- зниження функціональної активності головного мозку, порушення центральної регуляції судинного тону, зменшення компенсаторних можливостей судинної системи при функціональних навантаженнях в період вагітності, пологів і післяпологового періоду;

- порушення гемодинаміки матки за наявності в ній вузлів (зменшення кровообігу і кровонаповнення, підвищений тонус судин, особливо малого калібру, венонний застій);

- підвищена збудливість і порушення скоротливої активності міоматознозміненого міометрія;

- дистрофічні зміни в плаценті, особливо виражені при її локалізації в області крупних міжм'язових вузлів;

- зниження функціональної активності хоріону, трофобласту і плаценти, яке обумовлене частковою атрофією слизової оболонки матки, неповноцінністю децидуальних перетворень, структурними змінами в субплацентарній зоні міометрія поблизу вузлів пухлини.

Вивчення стану дітей, народжених жінками з міомою, дозволило встановити виражену пряму залежність показників фізичного і нервово-психічного розвитку від особливостей клінічного перебігу вагітності і пологів у їх матерів і підтвердило доцільність розподілення цього контингенту жінок на групи ризику.

Діти, які народжені жінками з міомою, із сприятливим перебігом антенатального періоду свого розвитку, але наявністю захворювань в

неонатальному і ранньому періоді життя, також є групою ризику з соматичного і статевого розвитку.

Обмеження рекомендацій зберігати вагітність у хворих з міомою матки групи високого ризику, своєчасне вживання профілактичних і коригуючих заходів по відношенню до вагітних і породіль з міомою матки, а також їх новонародженим є умовою поліпшення здоров'я матері та її дитини, попередження подальшого зростання міоми і, можливо, поширення цього захворювання в популяції.

Для вирішення питання про збереження вагітності жінок групи високого ризику рекомендується направляти в стаціонари 3-го рівня надання медичної допомоги.

Протипоказаннями до збереження вагітності є:

- підозра на злоякісне переродження пухлини;
- швидке збільшення розмірів міоматозних вузлів;
- великі розміри міоматознозміненої матки, коли її величина до вагітності відповідає 14 тижням і більше.

У боротьбі за здоров'я матері і плоду велике значення мають правильна оцінка всіх чинників ризику, раціональна підготовка до пологів, вибір оптимального методу розродження. Якщо пологи представляють велику небезпеку, то слід передбачити можливість проведення кесарева розтину.

Показання до розродження шляхом операції кесарева розтину в плановому порядку:

- розташування вузлів в порожнині малого тазу (шийкові міоми);
- наявність великих множинних внутрішньом'язових вузлів;
- поєднання міоми матки з іншими захворюваннями і ускладненнями вагітності, які є показаннями до цієї операції;
- загрозовий стан плода;
- наявність рубця на матці після консервативної міомектомії з розтином порожнини матки і ускладненим перебігом післяопераційного періоду;

– міоматозні вузли, що перешкоджають нормальному вставлянню голівки і просуванню плоду (центріпетальний ріст і підслизова локалізація пухлини).

Показання до міомектомії під час кесарева розтину:

- лише при її підочеревинному розташуванні на ніжці;
- при виявленні невеликого вузла по лінії розрізу матки.

Показання до видалення матки під час кесарева розтину:

- шийкова міома (виконують екстирпацію матки);
- некроз вузла (також виконують екстирпацію матки);
- наявність великих множинних міоматозних вузлів (об'єм операції визначають в процесі її проведення);
- субмукозна локалізація та центріпетальний рост пухлини (екстирпація матки або ампутація матки – залежно від локалізації і розмірів вузла пухлини).

5.7. Ведення пологів у пацієток після міомектомії

Для вирішення питання про метод розродження після міомектомії необхідно з'ясувати наступне: провести оцінку анамнезу, соматичного стану і акушерсько-гінекологічного статусу жінки, отримати точні відомості про характер операції, вивчити результати гістологічного дослідження видалених вузлів, а також дані про перебіг післяопераційного періоду.

Об'єм проведеної міомектомії міг бути різним: від пересічення ніжки підочеревинного вузла до видалення глибоко розташованих міжм'язових міом з розтином порожнини матки. У зв'язку з цим характер операції на матці має визначальне значення при виборі тактики ведення пологів.

Якщо були видалені лише підочеревинні вузли, то пологи ведуть через природні пологові шляхи.

Після видалення міжм'язово розташованих вузлів, розтину порожнини матки, при ускладненому перебігу післяопераційного періоду розродження має бути проведене лише шляхом кесарева розтину в плановому порядку.

Після міомектомії субсерозно–інтерстиціальної локалізації необхідно ретельно оцінити спроможність рубця в кожному окремому випадку.

Для встановлення прогнозу щодо тактики пологів потрібно за допомогою УЗД визначити розташування плаценти по відношенню до зони міомектомії.

На жаль, поки відсутні точні і абсолютно надійні критерії оцінки повноцінності рубця на матці при її міоматозному переродженні. На додаток до цього, міомектомія не усуває супутніх міоматозних порушень в організмі, і часто зростання і новоутворення вузлів продовжуються.

Необхідно пам'ятати, що може виникати зменшення товщини міометрія поблизу інтрамуральних вузлів, розвиток довкола них сполучної тканини. Спостерігається локальний склероз і запальні зміни, частіша і глибша хоріальна інвазія в області рубцевої тканини. Все це, з одного боку, може бути причиною ускладненого перебігу пологів, з іншого боку – створює передумови до розриву матки.

Вести пологи після консервативної міомектомії необхідно з великою обережністю, ретельно оцінюючи акушерську ситуацію.

Пологи через природні пологові шляхи можна почати вести лише при повній упевненості в повноцінності міометрія і рубця на матці, відповідності голівки плода і тазу матері, хорошій біологічній готовності організму до пологів, головному передлежанні і цілком задовільному стані плоду.

При веденні пологів необхідно стежити за характером пологової діяльності, координованістю перейм, наявністю фізіологічних критеріїв пологової діяльності (мала болючість, хороше розслаблення матки між переймами).

При необхідності знеболення використовують лише інгаляційні, легко керовані анестетики (закисно-киснева анестезія і ін.).

За наявності рубця на матці будь-якого походження після відділення посліду показане контрольне ручне обстеження післяпологової матки.

Патологічний початок і аномальний розвиток пологової діяльності, що свідчить про порушення нейроендокринної регуляції пологів, про неповноцінність структурних перетворень в міометрії або про неповноцінність маткового рубця, мають служити підставою для того, щоби змінити тактику консервативного ведення пологів на користь кесарева розтину.

Розширення показань до кесарева розтину у жінок після міомектомії (навіть субсерозних вузлів) здійснюється за наявності крупного плоду, перенесеній вагітності, тазовому передлежанні, розташуванні плаценти «на вузлі» або в області міомектомії, при плацентарній недостатності.

Повторний розтин передньої черевної стінки зазвичай супроводжується технічними труднощами, які обумовлені спайковим процесом, тому операцію має виконувати досвідчений хірург.

5.8. Тактика ведення пацієток при порушенні кровопостачання міоматозних вузлів під час вагітності

Клінічним проявом цих порушень служить виникнення больового синдрому (у спокої або при пальпації), помітне збільшення розмірів пухлини (набряк вузла), підвищення температури тіла, лейкоцитоз, зрушення формули крові, зміна загального стану жінки, поява симптомів загрозливого переривання вагітності.

Характер та іррадіація болю залежать від локалізації пухлини. При розташуванні вузлів на передній стінці матки біль носить локальний характер або направлений в нижні відділи живота. При розташуванні вузлів на задній стінці матки і недоступності для пальпації виникають болі різного, неясного характеру в крижах і попереку.

Лікування порушення кровопостачання вузлів міоми матки проводять препаратами спазмолітичної дії (а з 14-го по 36 тиждень вагітності – одночасно з токолітиками) у поєднанні з антибактеріальними, дезінтоксикаційними, дезагрегаційними (пентоксифілін, ін.) і десенсибілізуючими засобами. Контроль за лікуванням здійснюють з урахуванням клінічних симптомів, даних термометрії (кожні 3 години), загального аналізу крові в динаміці.

За відсутності ефекту від терапії протягом 2–3 днів, посилення болю і інтоксикації показане оперативне лікування. Видаленню підлягають лише субсерозно розташовані вузли. При енуклеації міжм'язових вузлів під час вагітності має місце високий ризик її переривання, а також ризик розвитку важких гнійно–септичних і тромбоемболічних ускладнень. В даний час не можна

рекомендувати енуклеацію між□язово розташованих вузлів під час вагітності, а потрібно виконувати кесарів розтин з наступною екстирпацією матки.

Показаннями до видалення вагітної матки є наступні: некроз вузла, перитоніт, підозра на злоякісне переродження міоми матки (виконується тільки екстирпація матки), порушення кровообігу в інтрамуральних вузлах, стискання матки в малому тазу, розрив капсули вузла, швидке збільшення розмірів вузлів (проводиться екстирпація матки; як виняток – ампутація матки), а також наявність протипоказань до збереження вагітності при неможливості зробити штучний аборт.

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Таким чином, вагітність, пологи і післяпологовий період у пацієнок з міомою матки створюють певну небезпеку для матері і плоду. Проте диференційований підхід до рекомендації збереження вагітності у жінок з різними клінічними проявами міоми матки, ведення вагітних відповідно до груп ризику, ретельне спостереження за розвитком вагітності і станом плоду, вживання патогенетично обґрунтованої профілактики і лікування ускладнень сприяють значному зниженню їх частоти у матері і плоду, зменшенню кількості оперативних втручань, поліпшенню показників перинатальної захворюваності та смертності.

5.9. Контрольні питання до розділу 5

1. Назвіть особливості анамнезу у вагітних з міомою матки.
2. Які особливості перебігу вагітності в залежності від триместру спостерігаються у пацієнок з міомою матки?
3. Які особливості перебігу пологів при міомі матки та як такі пологи необхідно вести?
4. Які показання до проведення кесарева розтину в плановому порядку у вагітних з міомою матки?

5. В яких випадках під час кесарева розтину проводиться міомектомія?
6. Назвіть показання до видалення матки при проведенні кесарева розтину.
7. Назвіть ускладнення, які можуть спостерігатись у пацієнток з міомою матки в післяпологовому періоді.
8. Як змінюються розміри міоматозних вузлів у віддалені періоди після пологів?
9. Які особливості ведення пологів у пацієнток після міомектомії?
10. Визначте тактику при порушенні кровообігу в міоматозних вузлах під час вагітності.

6. БІБЛІОГРАФІЧНИЙ ОПИС

1. Акушерство от десяти учителей: Пер. с англ. / Под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. – 17-е изд. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 464 с.
2. Беженарь В.Ф. Миома матки. Споры и сомнения при выборе метода лечения. Доклад на международной конференции «Ведение пациенток с миомой матки: от гистерэктомии к сохранению матки». Киев, 19–20 декабря 2008 г.
3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
4. Гаспаров А.С. Ремедиум. – 2005. – №1-2. – с. 50-54.
5. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практ. руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазяна. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 448 с.
6. Коханевич Е.В. и соавт. Патология шейки и тела матки: Руководство для врачей / Под ред. проф. Е.В. Коханевич. – Нежин: Гидромакс, 2009. – 352 с.
7. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. Руководство для врачей. – М.: «Медицина», 1990. – 464 с.
8. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 342 с.
9. Ланчинский В.И., Ищенко А.И. и др. Генетика и молекулярная биология миомы матки // Акушерство и гинекология. – 2004. – №2. – С. 14-17.
10. Лейомиома матки. Клінічний протокол. (затверджено наказом МОЗ України №582 від 16.12.2003 р.).
11. Персианинов Л.С. Оперативная гинекология. – М.: «Медицина», 1971. – 552 с.
12. Плеханов А.Н., Стрижелецкий В.В. Лапароскопически ассистированная гистерэктомия у пациенток с миомой матки больших размеров / Эндоскопическая хирургия. – М.:Изд-во МедиаСфера, 2005. – С. 112-126.
13. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). – СПб.: «ЭЛБИ», 2000. – 236 с.
14. Самойлова Т. Е. Проблемы репродуктологии. – 2003. – Т. 9, №4. – с. 32-36.

15. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 256 с.
16. Сидорова И.С. Миома матки и беременность. – М.: Медицина, 1985. – 195 с.
17. Сидорова И.С., Ардус Н.В. Современные патогенетические аспекты миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2002. – №3. – С. 26-29.
18. Сократительная деятельность матки при беременности. Биохимические механизмы / Е.Н. Карева, Н.Д. Гаспарян, Н.В. Кирпичникова и др. // Акушерство и гинекология. – 2002. – №2. – С. 31-37.
19. Татарчук Т.Ф. Эмболизация маточных артерий у пациенток с миомой матки. Доклад на международной конференции «Ведение пациенток с миомой матки: от гистерэктомии к сохранению матки». Киев, 19–20 декабря 2008 г.
20. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В. Лейомиома матки. Современные принципы лечения. // Дайджест професійної медичної інформації «Зростай малюк!» - 2009. - №22-23. – С. 1-24.
21. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Новый принцип лечения миомы матки (методическое руководство для врачей акушеров-гинекологов). – Москва, 2006. – 48 с.
22. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 432 с.
23. Фролова М.А. Гипотеза патогенеза формирования и развития миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2002. – №1. – С. 56-58.

7. ДОДАТКИ

Додаток № 1

Обстеження хворих перед лапаротомічними та вагінальними операціями

1. За 7-10 днів до оперативного втручання необхідно провести повне загальноклінічне обстеження: розгорнутий загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма, гемостазіограма, глюкоза крові, загальний аналіз сечі, RW, ВІЛ, Hbs-антиген, рентгенограма органів грудної порожнини, електрокардіограма.
2. Визначення групи крові та резус-фактора.
3. Дослідження вагінального мазка на ступінь чистоти.
4. Цитологічне дослідження вагінального вмісту на атипові клітини, проведення кольпоскопії, а при необхідності – біопсії шийки матки.
5. Проведення фракційного вишкрібання матки та оцінка результатів його патогістологічного дослідження.
6. За показаннями проводять гістероскопію з діагностичним вишкрібанням слизової оболонки матки.
7. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
8. При поєднанні міоми матки з патологією яєчників, ендометрія, прямої кишки, сечового міхура необхідно проведення: ректороманоскопії, фіброгастроскопії, екскреторної урографії та інших досліджень.
9. При наявності супутніх захворювань – консультації суміжних фахівців та корекція екстрагенітальної патології.
10. Огляд пацієнтки терапевтом, стоматологом, хірургом, отоларингологом.

Додаток № 2

Обстеження хворих перед ендоскопічними операціями

(за Клінічним протоколом «Лапароскопія»)

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Визначення групи крові та резус-фактору.
3. Аналіз крові на RW, ВІЛ, Hbs–антиген.
4. Загальний аналіз крові і сечі.
5. Глюкоза крові.
6. Бактеріологічний аналіз виділень із статевих шляхів (уретра, цервікальний канал, піхва), обстеження на папіломавірус людини.
7. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, креатинін, білірубін, печінкові проби).
8. Коагулограма.
9. Цитологічне дослідження мазків з шийки матки і цервікального каналу або морфологічне дослідження (за показаннями).
10. Кольпоскопія.
11. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
12. Діагностичне вишкрібання ендометрія.
13. Електрокардіограма.
14. Флюорографія або рентгенографія органів грудної клітини.
15. Огляд терапевта, огляд молочних залоз, щитовидної залози.
16. Огляд профільними спеціалістами за показаннями.
17. Гастроскопія, колоноскопія.
18. Онкологічні маркери (за показаннями) або біопсія ендометрія (гістероскопія).

Додаток № 3

Обстеження хворих перед проведенням емболізації маткових артерій

1. Обстеження відповідно додатку №2 пункти 1-16.
2. Консультація ендovasкулярного хірурга та радіолога.
3. Консультація інших фахівців (за показаннями).
4. Магнітно-резонансна томографія (за показаннями).