

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ

Ревенько О.О.<sup>1</sup>, Ревенько О.М.<sup>2</sup>, Обухова Г.Ю.<sup>1</sup>, Трохимович О.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

<sup>2</sup> - Запорізький державний медичний університет

**Актуальність:** Актуальність проблеми пошуку патофізіологічних механізмів розвитку лейоміоми матки та розробки ефективних методів консервативного лікування пухлинного процесу в міометрії обумовлена двома обставинами: по-перше, широкою поширеністю захворювання серед жінок і, по-друге, високою частотою оперативного лікування цієї доброякісної пухлини матки. Це призводить до виражених гормональних порушень, втрати менструальної функції, вегетосудинних реакцій і психоемоційних розладів. Окрім того, після проведеної радикальної операції, або навіть органозберігаючого хірургічного втручання, стійко втрачається репродуктивна функція жінок.

**Мета** нашого дослідження полягала у визначенні ефективності комбінованого лікування лейоміоми матки у жінок фертильного віку з метою збереження репродуктивної функції.

**Матеріали та методи:** Під спостереженням перебували 50 жінок віком від 27 до 45 років. Комплексне обстеження включало вивчення анамнезу та скарг пацієнток, загальний і гінекологічний огляд, проведення ультрасонографії органів малого таза. Дослідження гормонального гомеостазу передбачало визначення концентрацій гонадотропних та статевих гормонів: ФСГ, ЛГ, Е2, прогестерону в динаміці менструального циклу. Для підвищення ефективності діагностики здійснювалась біопсія ендометрія з наступним патогістологічним та імуногістохімічним дослідженням біоптату. Усім пацієнткам за наявності доброякісного характеру біоптатів та наявності міоматозних вузлів розмірами 5 см і більше проводилася передопераційна підготовка шляхом призначення аГнРГ та комбінованого препарату, який містить Індол-3-карбінолу з епігаллокатехін-3-галатом по 1 таблетці 2 рази на добу протягом місяця з метою зменшення розмірів вузлів та інтраопераційної крововтрати. Після операції 25 хворим продовжили гормональну терапію шляхом застосування агоністів аГнРГ (група порівняння, II група) протягом 2-3 місяців. Іншим 25 жінкам протирецидивна терапія призначалась (основна, I група) у вигляді поєднання агоністів аГнРГ та комбінованого препарату, який містить Індол-3-карбінолу з епігаллокатехін-3-галатом по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 3-6 місяців.

**Результати дослідження та їх обговорення:** Вік обстежених жінок в середньому становив  $32,5 \pm 0,3$  року в основній групі та  $35,2 \pm 0,4$  року в групі порівняння. Основними скаргами був больовий синдром, який відзначали 61% жінок I групи та 66% – II групи. Біль мав ниючий, періодичний характер з переважною локалізацією внизу живота, середньої інтенсивності. Серед порушень менструальної функції жінки найчастіше вказували на рясні

менструації, а саме – 32% пацієнок I групи та 34% – II групи. Подовження тривалості менструації понад 7 днів відзначали 26% та 24% жінок відповідно.

Проведений ультразвуковий моніторинг дозволив виявити анатомічні зміни матки: переважали інтерстиціальні лейоміоми. Проте, майже у половини пацієнок були перешийкова і інтралігаментарна локалізація вузлів. При ехографії у 19,8 % пацієнок нами були виявлені ознаки дистрофічних змін в лейоміоматозних вузлах у вигляді набряку, кістозної і жирової дегенерації, з наявністю кальцифікатів і звапнення. При оцінці кровотоку в маткових артеріях виявлено підвищення індексу резистентності який склав  $(0,81 \pm 0,02)$ , що вирогідно відрізнялось від контрольних показників  $(0,67 \pm 0,01)$ ,  $(p < 0,05)$ .

Під час дослідження біоптатів ендометрія у пацієнок виявлений виражений дисхроноз експресії рецепторів естрогенів в ядрах епітелія. Також спостерігалась значна експресія рецепторів прогестерону. Були виявлені порушення функціонування гіпофізарно-яєчникової системи, які проявлялися високими рівнями гонадотропних гормонів протягом менструального циклу, монотонним ритмом їх секреції без овуляторного піку. Рівень естрадіолу протягом менструального циклу в даного контингенту пацієнок залишався високим, а рівень прогестерону, що був високим у першу фазу циклу і особливо в періовуляторний період, незначно зростав у лютеїнову фазу циклу і не досягав рівнів, що були у здорових жінок.

Проведені ультразвукові дослідження у жінок після проведеного лікування дали наступні результати. Розміри матки в середньому склали  $(65,5 \pm 2,2)$  см<sup>3</sup> після видалення множинних вузлів, при одиничній міомектомії –  $(62,3 \pm 2,3)$  см<sup>3</sup>. Форма матки з чіткими рівними контурами була виявлена у 89,3 % пацієнок II групи і у 95,2 % жінок I групи. Неоднорідна структура міометрія відзначена у 52 (61,9 %) II групи і у 40 (47,6 %) жінок I групи. Після курсу лікування повторно проводилась гістероскопія з біопсією ендометрія. Проведені імуногістохімічні дослідження показали значне зниження експресії як рецепторів естрогенів так і прогестерона. У результаті лікування в жінок обох груп відзначалася нормалізація рівнів гонадотропних гормонів, а саме: зниження концентрацій ФСГ та ЛГ в першу та другу фази менструального циклу. Рівні естрадіолу залишалися підвищеними у пацієнок обох груп, проте достовірно вищим був рівень гормону у жінок групи порівняння на 7-й день менструального циклу  $(0,40 \pm 0,03)$  нмоль/л у II групі проти  $0,24 \pm 0,07$  нмоль/л у здорових; протягом усього менструального циклу, тоді як у пацієнок, що не отримували монотерапію, рівень гормону в лютеїнову фазу залишався достовірно нижчим  $(9,8 \pm 1,7)$  нмоль/л у II групі проти  $14,4 \pm 1,7$  нмоль/л у I та  $15,2 \pm 1,5$  нмоль/л в контрольній групі;  $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Отже, комбінований підхід до лікування вузлової форми лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку, які планують вагітність, що включає передопераційну підготовку шляхом призначення агоністів ГР-РГ та консервативну міомектомію, дозволяє нормалізувати менструальну функцію у 90% жінок та призводить до нормалізації функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи.

З метою профілактики рецидиву захворювання необхідно проводити реабілітаційну терапію, ефективним методом якої є використання комбінації агоністів ГР-РГ з препаратами антипроліферативної дії. Це дозволило запобігти рецидиву лейоміоми матки та покращити якість життя у всіх обстежених жінок.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МАГНІЄВОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Сенчук А.Я., Дранка І.А., Чермак В.І.  
ПВНЗ «Київський медичний університет»  
кафедра акушерства та гінекології

До найзагрозливіших ускладнень вагітності належить преєклампсія вагіт-них, частота якої не має тенденції до зниження (від 1,5 до 23,3% усіх вагітно-стей) і яка визначає показники материнської та дитячої патології і смертності.

Провідне місце в етіопатогенезі преєклампсії належить дефіциту магнію. Під час вагітності спостерігається значне підвищення потреби в магнії (на 20-30%), лабораторно підтверджений нормальний рівень магнію в сироватці крові вагітних не виключає наявності внутрішньоклітинного дефіциту і в 2/3 випадків супроводжується клінічними проявами дефіциту магнію. Недостатність магнію призводить до збільшення концентрації альдостерона, затримки рідини в організмі, набряків. Виникає відносна гіперестрогенемія, яка призводить до гіперпродукції печінкою ангіотензину, який підвищує рівень альдостерона у крові та підвищує артеріальний тиск.

**Метою** нашого дослідження було виокремлення пацієток із клінічними ознаками дефіциту магнію серед вагітних із групи ризику розвитку преєклампсії і вивчення ефективності застосування в них препаратів магнію для профілактики преєклампсії.

**Матеріали і методи.** Нами здійснені обстеження і комплексна перораль-на магнієва профілактика пізнього гестозу у 100 вагітних із групи ризику ви-никнення цього ускладнення вагітності. Визначення факторів ризику і базова профілактика проводилися згідно Протоколу «Гіпертензивні розлади під час вагітності», Наказ № 676 МОЗ України. Результати порівнювали із даними спостереження за 50-ма вагітними з групи ризику виникнення пізнього гестозу, яким до профілактичного комплексу пероральні препарати магнію не додавали.

Наявність дефіциту магнію визначали за результатами вивчення анкети для дослідження дефіциту магнію у вагітних, яка містила дані про наявність у пацієтки ознак соматичної патології, патології нервової системи, обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу, особливостей харчування, способу життя і загального самопочуття, ускладненого перебігу даної вагітності тощо.