

Clin.Infect.Dis. – 2000. – V. 31. – P. 927 – 935.

9. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции: Пер. с англ. / Под ред. А. Гриноу, Дж. Осборна, Ш.Сазерленд. – М.: Медицина, 2000. – 288 с.

10. Жадан И. А. Сравнительный анализ частоты и структуры хромосомных aberrаций в соматических

клетках при материнско-плодовой инфекции / И. А. Жадан // Цитология и генетика. – 2004. – № 2. – С. 60 – 64.

11. Моїсеєнко Р. О. Сучасні проблеми охорони здоров'я матерів і дітей України / Р. О. Моїсеєнко // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 65 – 71.

УДК 618.14-006.363.03-08

М.В. Медведєв, В.О. Потапов, Н.К. Рубан

ПРЕДИКТОРИ РЕЦИДИВУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ ПІСЛЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ

Дніпропетровська державна медична академія

ПРЕДИКТОРИ РЕЦИДИВУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ ПІСЛЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ. Лейоміома тіла матки є найпоширенішою доброякісною пухлиною жіночих статевих органів. Розповсюдженість ЛТМ складає 20-30% жінок репродуктивного віку.

Одним з органозберігаючих методів лікування ЛТМ, що швидко розвиваються як в світі, так і в Україні, є емболізація маткових артерій (ЕМА). ЕМА є ефективним лікуванням симптоматичної ЛТМ з ефективністю 85-95%.

Метою дослідження був пошук предикторів рецидивування лейоміоми матки після емболізації маткових артерій.

У дослідженні брали участь 54 жінки репродуктивного віку з лейоміомою матки, що вимагає інвазивного лікування. Всім жінкам до і через 3, 6, 12, 24 місяці після ЕМА було проведено дослідження на ультразвуковому діагностичному сканері Philips HD11XE (Нідерланди) із застосуванням абдомінального і вагінального трансдюсерів та консультація гінеколога. З метою урахування різної тривалості періоду спостереження було використано аналіз виживання (метод Каплана-Мейера). Одновимірні моделі Кокса були використані для виявлення будь-яких зв'язків між можливими предикторами і рецидивом ЛТМ.

У 75,9% пацієнок відзначалося повне зникнення симптомів, асоційованих з міомою. Ще у 5,5% було значне поліпшення симптоматики. Найбільш інформативними незалежними предикторами рецидивування ЛТМ після ЕМА є загальна кількість міоматозних вузлів та об'єм домінантного вузла.

Використання ЕМА при симптомній ЛТМ є ефективною і безпечною альтернативою хірургічним методам лікування з невеликою кількістю ускладнень, що говорить про необхідність подальшого впровадження методу в практику гінекологічної служби України.

ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТКОВЫХ АРТЕРИЙ. Лейомиома тела матки является самой распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов. Распространенность ЛТМ составляет 20-30% женщин репродуктивного возраста.

Одним из быстро развивающихся органосохраняющих методов лечения ЛТМ как в мире так и в Украине является эмболизация маточных артерий (ЭМА). ЭМА является эффективным лечением симптомной ЛТМ с эффективностью 85-95%.

Целью исследования был поиск предикторов рецидивирования лейомиомы матки после эмболизации маточных артерий.

В исследовании принимали участие 54 женщины репродуктивного возраста с лейомиомой матки, которая требовала инвазивного лечения. Всем женщинам до и через 3, 6, 12, 24 месяца после ЭМА было проведено исследование на ультразвуковом диагностическом сканере Philips HD11XE (Голландия) с применением абдомінального и вагінального трансдюсеров и консультація гінеколога. С целью учета различной продолжительности периода наблюдения был использован анализ выживаемости (метод Каплана-Мейера). Одномерные модели Кокса были использованы для выявления каких-либо связей между возможными предикторами и рецидивом ЛТМ.

У 75,9% пациенток отмечалось полное исчезновение симптомов, ассоциируемых с миомой. Еще у 5,5% было значительное улучшение симптоматики. Наиболее информативными независимыми предикторами рецидивирования ЛТМ после ЭМА были общее количество миоматозных узлов и объем доминантного узла.

Использование ЭМА при симптомной ЛТМ является эффективной и безопасной альтернативой хирургическим методам лечения с небольшим количеством осложнений, что говорит о необходимости дальнейшего внедрения метода в практику гинекологической службы Украины.

PREDICTORS OF RECIDIVISM OF UTERINE LEIOMYOMA AFTER EMBOLIZATION OF UTERINE ARTERIES. Uterine leiomyoma is the most common benign tumor of female genital tract. It's prevalence is 20-30% of women of reproductive age.

One of the most rapidly developing leiomyoma treatment in the world and in Ukraine is uterine artery embolization (UAE). UAE is an effective treatment for symptomatic leiomyoma with an efficiency of 85-95%.

The aim of the study was to find predictors of recurrence of uterine leiomyoma after uterine artery embolization.

The study involved 54 women of reproductive age with uterine leiomyomas, which required invasive treatment. All women before and after 3, 6, 12, 24 months after UAE were observed in gynecologist and ultrasound examination was performed on diagnostic scanner Philips HD11XE (Netherlands). To account varying lengths of the observation period was used survival analysis (Kaplan-Meier). Univariate Cox models were used to identify any links between possible predictors of uterine leiomyoma relapse.

In 75.9% of the patients noted complete disappearance of symptoms associated with fibroids. In 5,5% was significant improvement of symptoms. The most informative independent predictors of fibroid recurrence after UAE were the total number of myoma nodules and the volume of the dominant node.

The use of UAE in symptomatic uterine myoma is an effective and safe alternative to surgical methods of treatment with few complications, suggesting the need for further implementation of the method in practice of gynecologic services in Ukraine.

Ключові слова: лейоміома матки, рецидив, емболізація маткових артерій, прогнозування.

Ключевые слова: лейомиома матки, рецидив, эмболизация маточных артерий, прогнозирование.

Key words: uterine leiomyoma, relapse, uterine arteries embolization, prognosis.

ВСТУП. Лейоміома тіла матки (ЛТМ) є найпоширенішою доброякісною пухлиною жіночих статевих органів. Розповсюдженість ЛТМ складає 20-30% жінок репродуктивного віку. Своєчасне лікування ЛТМ є необхідною умовою збереження репродуктивної функції [1, 2].

На жаль, на сьогодні найбільш поширеним методом лікування лейоміоми матки є гістеректомія, яка негативно впливає на соматичне і психічне здоров'я пацієнток, а також не залишає шансів на материнство [3].

Одним з органозберігаючих методів лікування ЛТМ, що швидко розвиваються як в світі, так і в Україні, є рентген-ендоваскулярна емболізація маткових артерій (ЕМА). ЕМА є ефективним лікуванням симптоматичної ЛТМ з ефективністю 85-95% [4]. Ускладнення ЕМА та ранні клінічні невдачі добре документовані, але існує обмаль інформації про рецидиви після ЕМА та фактори, які могли би допомогти в прогнозуванні рецидивів та невдач [5].

Щоб бути в змозі запропонувати ЕМА жінкам молодшого віку, особливо з неплідністю, необхідно вивчити частоту рецидивів протягом тривалого терміну. Також необхідно знати, які існують потенційні предиктори прогресування ЛТМ після ЕМА з метою вибору найбільш відповідного лікування для кожної пацієнтки.

Метою дослідження був пошук предикторів рецидивування лейоміоми матки після емболізації маткових артерій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Дослідження проводилися на базі обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова та міської лікарні № 4 міста Дніпропетровська. У дослідженні брали участь 54 жінки репродуктивного віку з лейоміомою матки, що вимагає інвазивного лікування (великі розміри, швидке зростання, геморагічний і больовий синдром, а також симптоми стиснення суміжних органів).

Всім жінкам до і через 3, 6, 12, 24 місяці після ЕМА було проведено дослідження на ультразвуковому діагностичному сканері Philips HD11XE (Нідерланди) із застосуванням абдомінального і вагінального трансдюсерів та консультація гінеколога.

Клінічні симптоми (маткові кровотечі, біль в ділянці таза і симптоми стиснення) були класифіковані як погіршення, без змін, поліпшення або зникнення. Розмір ЛТМ, об'єм, локалізація і васкуляризація були визначені за допомогою УЗД. У випадках, коли була виконана гістеректомія, було проведено гістологічне дослідження.

Клінічна невдача була визначена як збереження симптомів протягом трьох місяців подальшої діяльності, а рецидив – як повернення симптомів, що потребують подальшого лікування.

Статистична обробка даних проводилась із застосуванням персонального комп'ютера та статистичного пакета Statistica 8 (Statsoft, США). З метою урахування різної тривалості періоду спостереження було використано аналіз виживання (метод Каплана-Мейєра). У дослідженні було прийнято рівень статистичної значущості менше 0,05 ($P < 0,05$). Перемінні обрано як можливі фактори ризику: вік, індекс маси тіла (ІМТ), розмір міоми, розташування вузлів, їх кількість і васкуляризація, рівень гемоглобіну до операції, наявність клінічних симптомів (менорагія, біль і симптоми стиснення). Одновимірні моделі Кокса були використані для виявлення будь-яких зв'язків між цими перемінними і рецидивом ЛТМ.

Перед проведенням ЕМА всі пацієнтки були ознайомлені з методикою та можливими ускладненнями процедури, після чого підписали інформовану згоду. Ендоваскулярний доступ проводився за стандартною методикою через праву стегнову артерію. Проводилася білатеральна катетеризація маткових артерій з застосуванням катетерів 4 або 5F собра. Виконувалася серія ангиограм з метою оцінки патологічної васкуляризації міоматозних вузлів. Емболізація проводилася за допомогою часток поліуретану розміром 400-750 і 1000-1600 мкм (Ендомед, Україна). Ефективність емболізації оцінювали за стагнації частинок емболізата в маточному капілярному руслі і за відсутності маткового кровотоку після ін'єкції контрастного розчину в клубові артерії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік жінок склав ($38 \pm 4,1$)

року. У 39 (72,2%) жінок був виражений геморагічний синдром, у 19 (35,2%) – больовий. Пацієнтки не отримували гормональної терапії щонайменше 1 місяць до ЕМА.

За даними ультразвукового дослідження, середній обсяг матки склав ($336,4 \pm 31,5$) см³, середній обсяг доміантного вузла ($153,2 \pm 9,2$) см³, середня кількість вузлів ($3,2 \pm 0,24$). Вузли мали переважно інтрамуральне і субсерозне розташування і найчастіше локалізувалися по передній стінці матки і у дна – 34 (63,0%) жінок. Як представлено на рисунку 1, протягом 12

місяців після ЕМА спостерігалася виражена позитивна динаміка зменшення розмірів матки і міоматозних вузлів. Причому до кінця терміну спостереження середній обсяг матки зменшився на 59,6%, середній обсяг доміантного вузла на 53,6%. Кількість вузлів залишилося колишнім. Слід відмітити незначне збільшення середнього об'єму матки та доміантного вузла через 24 місяці спостереження порівняно з 12 місяцями. Це пов'язано з прогресуванням або рецидивуванням ЛТМ у деяких пацієнток. Але ця різниця не була статистично вірогідною.

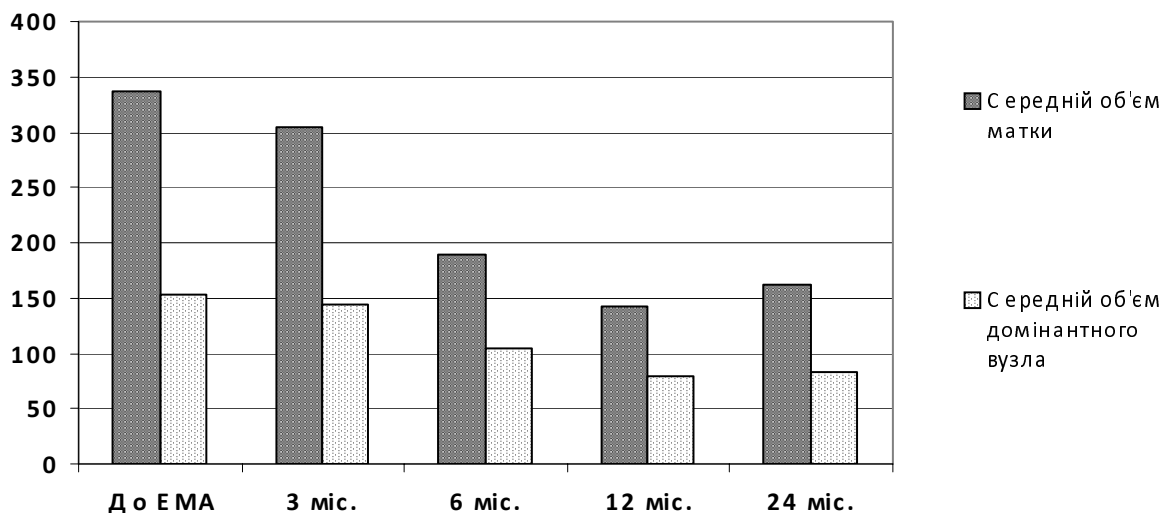


Рис. 1. Розміри матки і доміантного вузла до і після ЕМА, см³.

Повне зникнення геморагічного синдрому спостерігалася у 27 (69,2%) жінок, значне поліпшення – у 3 (7,7%), включно 2 пацієнтки, яким вдалося зробити односторонню ЕМА через анатомічні особливості артерії з одного боку (гіпоплазія). Три пацієнтки не відзначили зменшення геморагічного синдрому, що змусило виконати гістеректомію. Больовий синдром зник повністю у 9 пацієнток (47,4%), значно зменшився у 4 (21,1%) і залишився без змін у 6 пацієнток, дві з яких надалі піддалися гістеректомії. При гістологічному дослідженні матки у всіх трьох жінок діагностовано аденоміоз. Слід зазначити, що найбільш швидко купірувався геморагічний синдром. Вже перша менструація після ЕМА була без менорагії у 38 жінок (70,4%). У 4 пацієнток (7,4%) відзначена аменорея після ЕМА. Слід зазначити, що всі вони належали до старшої вікової групи серед досліджуваних жінок (43, 44, 44 і 45 років).

Постемболізаційний синдром з вираженими болями, підвищенням температури тіла, у ряді випадків нудотою і блювотою спостерігався у 33 жінок (61,1%). Симптоматика купірувалася нестероїдними протизапальними засобами та гідратацією на третю добу після ЕМА у 25 пацієнток. У 8 жінок зазначалося періодичне підви-

щення температури тіла до субфебрильних цифр і помірний больовий синдром більше 14 днів після ЕМА. У трьох з них відбулося народження субмукозних міоматозних вузлів через 25, 38 і 67 днів після ЕМА, яке не потребувало госпіталізації та хірургічного втручання.

Відновлення симптоматики та/або рецидив ЛТМ спостерігалася у 9 жінок (16,7%) протягом 24 місяців спостереження. У 7 жінок під час УЗД було виявлено нові міоматозні вузли.

Застосування одновимірних моделей Кокса дозволило виявити три вірогідних фактори, які впливають на рецидив ЛТМ: збільшення на 100 см³ об'єму міоматозного вузла – підвищення частоти рецидивування у 1,42 раза ($P < 0,05$); підвищення розміру доміантного вузла на 1 см – підвищення частоти рецидивування у 1,25 раза ($P < 0,05$); кожний додатковий міоматозний вузол підвищував частоту рецидивування у 1,63 раза ($P < 0,05$) – найбільш потужний предиктор у даному дослідженні.

Порівняння результатів пошуку предикторів рецидивування з нашим дослідженням у жінок після консервативної міомектомії вказує на наявність двох спільних незалежних предикторів для обох процедур – розмір міоматозного вузла та кількість вузлів, що говорить про можливі

спільні механізми розвитку рецидивів лейоміоми матки після інвазивних органозберігаючих методів лікування [6].

ВИСНОВКИ. Підсумовуючи описані дані, слід сказати, що у 75,9% пацієток відзначалося повне зникнення симптомів, асоційованих з міомою. Ще у 5,5% було значне поліпшення симптоматики.

Найбільш інформативними незалежними предикторами рецидивування ЛТМ після ЕМА є загальна кількість міоматозних вузлів та об'єм домінуючого вузла.

Використання ЕМА при симптомній ЛТМ є

ефективною і безпечною альтернативою хірургічним методам лікування з невеликою кількістю ускладнень, що говорить про необхідність подальшого впровадження методу в практику гінекологічної служби України.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Подальше вивчення перспективних методів та зокрема органозберігаючих, що швидко розвиваються як в світі, так і в Україні є рентген-ендоваскулярна емболізація маткових артерій.

Залишається актуальним дослідження предикторів рецидивування лейоміоми матки після емболізації маткових артерій.

Література

1. Parker W.H. Uterine myomas: management // Fertil Steril. – 2007. – Vol.88, №2. – P. 255-271.
2. Современные аспекты органосохраняющей терапии лейомиомы матки / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, Д.М. Могилевский и соавт. // Репродуктивное здоровье женщины. - 2006. – Т.25, №1. С. 123-129.
3. И.З. Гладчук, В.Д. Лищук Лапароскопическая миомэктомия // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2005. – №9. – С. 29-32.
4. Bratby M.J., Belli A.M. Radiological treatment of symptomatic uterine fibroids // Best Pract Res Clin Obstet

Gynaecol. – 2008. – Vol.22, №4. – P. 717-734.

5. Analysis of prognostic factors for patients with leiomyoma treated with uterine arterial embolization / Isonishi S., Coleman R.L., Hiram M. et al. // Am J Obstet Gynecol. – 2008. – Vol.198, №3. – P. 270.

6. Предиктори рецидивування лейоміоми матки після міомектомії / М.В. Медведєв, В.О. Потапов, П.І. Польщіков, В.І. Івах та співавт. // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2008. – С. 193-195.

УДК 618.333-08-039.76-036-092

А. Н. Тищенко

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАВМЕРЛУ ВАГІТНІСТЬ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАВМЕРЛУ ВАГІТНІСТЬ. Обстежено 64 жінки з порушенням репродуктивної функції, після перенесеної завмерлої вагітності, у яких був виявлений хронічний ендометрит з наявністю бактеріально – вірусних асоціацій. Виявлено зменшення рецепторів естрогену і прогестерону в залозах і стромі ендометрію. Функціональна неповноцінність ендометрію оцінювалася зменшенням рівня АМГФ в змивах з порожнини матки на 21 день МЦ. Застосування нового препарату фетоплацентарного комплексу дозволило оптимізувати лікування НЛФ, для планування наступної вагітності.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАМЕРШУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ. Обследовано 64 женщины с нарушением репродуктивной функции, после перенесенной замершей беременности, у которых был выявлен хронический эндометрит с наличием бактериально – вирусных ассоциаций. Выявлены уменьшения рецепторов эстрогена и прогестерона в железах и строме эндометрия. Функциональная неполноценность эндометрия оценивалась уменьшением уровня АМГФ в смывах из полости матки на 21 день МЦ. Применение нового препарата фетоплацентарного комплекса позволило оптимизировать лечение НЛФ, для планирования последующей беременности.

SOME ASPECTS OF THE STATUS WOMEN WHO HAD PREVIOUS MISSED ABORTION. A total of 64 women with reproductive dysfunction, after suffering a missed abortion, which was revealed chronic endometritis with the presence of bacterial – viral associations. It was revealed a decrease of estrogen and progesterone receptors in endometrial glands and stroma. Functional disability was assessed by reducing the level of the endometrium AMGF in washings from the uterine cavity on day 21 M C. Application of a new drug placenta is allowed to optimize treatment NLF for planning subsequent pregnancy.