

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ СУБМУКОЗНОЇ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

М.А. Флаксемберг

Хмельницький обласний перинатальний центр, м. Хмельницький

Ключові слова:
субмукозна лейоміома матки, репродуктивний вік, гістерорезектоскопія.

Клінічна та експериментальна патологія. 2020. Т.19, №1(71). С.114-118.

DOI:10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.321

E-mail: flakseMBERG.maja@gmail.com

Мета дослідження – Вивчити особливості перебігу субмукозної лейоміоми матки залежно від типу вузлів і ефективність індивідуалізованого підходу до хірургічного лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 38 жінок репродуктивного віку зі субмукозною лейоміомою матки, яким проведено оперативне лікування шляхом гістерорезектоскопії або лапаротомії. Вибір тактики залежав від розмірів, локалізації вузлів та репродуктивних планів пацієнток.

Результати. Для субмукозної лейоміоми матки характерні порушення менструального циклу у вигляді надмірних менструацій (89,5%), дисменореї (52,6%) та аномальних маткових кровотеч (15,8%). Вагітності в анамнезі були у 81,6% жінок, з яких у 87,1% мали місце одні або двоє пологів. На репродуктивні втрати вказували 16,1%, безплідність – 26,3% хворих. Штучні аборти були у 68,4% жінок. Гістерорезектоскопія проведена 31 хворій. У двох випадках з метою контролю і гемостазу після народження великих вузлів 0 типу. У 24 хворих (82,8%) вузли видалено одномоментно, у 5 хворих (17,2%) – у два етапи. Такий підхід дав змогу зменшити частоту порушень менструальної функції майже в чотири рази, а болювого синдрому – у п'ять разів, і сприяв настанню вагітності у 50,3% випадків.

Висновки. Субмукозна лейоміома матки має симптомний перебіг і потребує хірургічного лікування. Гістерорезектоскопія є методом вибору, а індивідуалізований підхід до вибору тактики у кожному випадку сприяє нормалізації менструальної функції у 70,6% і настанню вагітності – у 50,3% жінок.

Ключевые слова:
субмукозная лейомиома матки, репродуктивный возраст, гистерорезектоскопия.

Клиническая и экспериментальная патология. 2020. Т.19, №1(71). С.114-118.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

М.А. Флаксемберг

Цель работы – изучить особенности течения субмукозной миомы матки в зависимости от типа узлов и эффективность индивидуализированного подхода к хирургическому лечению.

Материалы и методы. Обследовано 38 женщин репродуктивного возраста с субмукозной лейомиомой матки, которым проведено оперативное лечение путем гистерорезектоскопии или лапаротомии. Выбор тактики зависел от размеров, локализации узлов и репродуктивных планов пациенток.

Результаты. Для субмукозной миомы матки характерны нарушения менструального цикла в виде чрезмерных менструаций (89,5%), дисменореи (52,6%) и аномальных маточных кровотечений (15,8%). Беременность в анамнезе была у 81,6% женщин, из них у 87,1% имели место одни или двое родов. На репродуктивные потери указывали 16,1%, бесплодие – 26,3% больных. Искусственные аборт были у 68,4% женщин.

Гистерорезектоскопия проведена 31 больной; в двух случаях – с целью контроля и гемостаза после рождения крупных узлов 0 типа. У 24 больных (82,8%) узлы удалены одномоментно, у 5 больных (17,2%) – в два этапа. Такой подход позволил уменьшить частоту нарушений менструальной функции почти в четыре раза, а болевого синдрома – в пять раз, и способствовал наступлению беременности в 50,3% случаев.

Выводы. Субмукозная лейомиома матки имеет симптоматическая течение и требует хирургического лечения. Гистерорезектоскопия является методом выбора, а индивидуализированный подход к выбору тактики в каждом случае способствует нормализации менструальной функции у 70,6% и наступлению беременности – у 50,3% женщин.

Key words:
submucous uterine leiomyoma, reproductive age, hysteroresectoscopy.

PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF SUBMUCOUS LEIOMYOMA OF THE UTERUS IN REPRODUCTIVE AGE WOMEN

М.А. FlakseMBERG

Objective. To study the specific features of submucous uterine leiomyoma clinical course depending on the type of nodes and the effectiveness of an individualized approach to

surgical treatment.

Material and methods. 38 reproductive age women with submucous uterine leiomyoma were examined, who had undergone surgical treatment by hysteroscopy or laparotomy. The choice of tactics depended on the size, nodes location and reproductive plans.

Results. Submucous uterine leiomyoma is characterized by irregular menstruation in the form of heavy menstruation (89.5%), dysmenorrhea (52.6%) and AUB (15.8%). Pregnancies were in 81.6% of women, of which 87.1% had one or two births. Reproductive loss was indicated by 16.1%, infertility 26.3% of patients. 68.4% of women had abortions. Hysteroscopy was performed in 31 patients. In two cases, for the purpose of control and hemostasis after the birth of large nodes (type 0). In 24 patients (82.8%), the nodes were removed simultaneously. And in 5 patients (17.2%) - in two stages. This approach has reduced the frequency of menstrual dysfunction by almost four times, and pain by five times and contributed to the onset of pregnancy in 50.3% of cases.

Conclusions. Submucous uterine leiomyoma has a symptomatic course and requires surgical treatment. Hysteroscopy is the method of choice, and an individualized approach to choosing tactics in each case contributes to the normalization of menstrual function in 70.6% and the onset of pregnancy in 50.3% of women.

Clinical and experimental pathology. 2020. Vol.19, №1 (71). P.114-118.

Лейоміома матки (ЛМ) – найбільш розповсюджена доброякісна патологія репродуктивних органів. Трапляється у 20-30% жінок після 30 років [1].

Однією з форм цієї патології є субмукозне розташування вузлів. Відповідно до класифікації FIGO виділяють лейоміому 0 типу, коли вузол знаходиться повністю у порожнині матки, ЛМ I типу, коли більше 50% вузла локалізується в порожнині матки, а також ЛМ II типу, коли більше 50% вузла знаходиться інтрамурально і менша частина – у порожнині матки [2].

Особливої уваги ця патологія заслуговує у контексті порушень репродуктивної функції. У 70% пацієнток спроби екстракорпорального запліднення є неефективними при такій локалізації вузлів [3, 4], тоді як інтрамуральна лейоміома матки впливає негативно у 20%. Наявність субсерозних вузлів не знижує фертильності [5].

Вказана локалізація вузлів супроводжується вираженими порушеннями менструального циклу, зокрема аномальними матковими кровотечами, майже у всіх хворих, і як результат, призводить до анемії різного ступеня тяжкості [6].

Слід зазначити, що єдиним методом лікування цієї патології є хірургічний. Це може бути як використання гістерорезектоскопії, так і більш радикальні методи, включаючи гістеректомію [7].

Мета дослідження

Вивчити особливості перебігу субмукозної міоми матки залежно від типу вузлів, а також ефективність індивідуалізованого підходу до хірургічного лікування.

Матеріали і методи

Обстежено 38 жінок з субмукозною лейоміомою матки (0, I і II типу за класифікацією FIGO). Загальноклінічні обстеження включали вивчення скарг, анамнезу, репродуктивної та генеративної функції, гінекологічний огляд. Ультразвукове дослідження проводили трансабдомінальним датчиком з частотою сканування 4-8 Гц та транспіхвальним з частотою сканування 4-9 Гц з

використанням системи Esoate MyLabSeven.

Гістерорезектоскопію проводили за загально-прийнятою методикою з використанням біполярного гістерорезектоскопа виробництва фірми Olympus (Японія).

Статистичний аналіз проводили з використанням непараметричних та параметричних методів залежно від розподілення показників за допомогою програми MedStat.

Результати дослідження та їх обговорення

У всіх обстежених хворих, за даними УЗД, встановлено субмукозну локалізацію вузлів. Згідно з класифікацією FIGO переважали вузли 0 типу – 23 хворих або 60,5%. Вузли I типу були у 5 хворих (13,2%). Відповідно, II типу – у 10 пацієнток (26,3%). У 17 жінок (44,7%) це був єдиний вузол. У 6 пацієнток (15,8%) було два субмукозних вузли. В інших (15 жінок або 39,5%) мала місце множинна лейоміома матки, поєднана з інтрамуральними вузлами різних розмірів і локалізації.

Розміри субмукозних вузлів коливалися від 10 до 65 мм, у середньому – 20 мм (95% ДІ 18-25 мм). За розміром домінуючого вузла переважали малі – до 20 мм у 21 хворої (55,3%). Середні розміри вузлів (21-50 мм) виявлено у 12 жінок (31,6%) та вузли великих розмірів (більше 50 мм) були наявні в 5 випадках (13,1%).

Усі обстежені пацієнтки були репродуктивного віку: від 28 до 49 років. Середній вік – 40,03±0,87 років. Основними скаргами були порушення менструального циклу. На затяжні надмірні менструації вказували 34 хворих (89,5%). І тільки у 4 хворих (10,5%) менструація була помірна з тривалістю до 7 днів. При цьому серед них в однієї жінки буда дисменорея (2,6%), у двох пацієнток (5,3%) – перименструальні кров'янисті виділення і тільки в однієї (2,6%) не було порушень.

Серед інших порушень менструальної функції у кожної другої (20 жінок, 52,6%) траплялася дисменорея. Аномальні маткові кровотечі (АМК) турбували 6 хворих (15,8%). Ще три жінки вказували на нерегулярний цикл, що становило 7,9%. Больовий

синдром зафіксовано у половини хворих (19 жінок, 50%).

Отже, основними проявами субмукозної міоми матки були порушення менструального циклу у вигляді надмірних менструацій та АМК.

Що стосується генеративної функції, то у 7 хворих (18,4%) не було жодної вагітності. Одна вагітність була у 6 пацієток (15,8%), дві – у 7 жінок (18,4%), три – у 12 жінок (31,6%), а чотири і більше – у 6 хворих (15,8%).

Серед жінок, які вагітніли, пологи були у переважної більшості (27 хворих або 87,1%). Більше половини (16 пацієток або 51,6%) народжували один раз. Інші 11 жінок (35,5%) – два рази. Трьох і більше пологів у цій групі не було.

Слід зазначити високу частку штучних абортів. Так, на одне переривання вагітності в анамнезі вказувала кожна друга жінка (16 жінок або 51,6%), а у кожній третій було в анамнезі два аборти (10 хворих або 32,3%).

Репродуктивні втрати траплялися значно рідше – у 5 хворих (16,1%). А саме: мимовільні викидні були у 4 жінок (12,9%), у двох (6,5%) – позаматкова вагітність і в одній (2,6%) – викидень, що не відбувся. Безплідність мала місце у кожній четвертій жінки. По 5 хворих (13,2%) страждали на первинну і вторинну безплідність.

Усім хворим проведено оперативне лікування. Із них у 31 хворій (81,6%) – гістерорезектоскопія. Причому, у двох жінок (5,3%) на першому етапі видалено вузли великих розмірів, що утворювалися, а потім, із метою контролю гемостазу, видалення ніжки вузла та коагуляції ложа, проводилася гістерорезектоскопія.

Семи пацієткам (18,4%) проведено втручання лапаротомічним доступом. Із них у чотирьох випадках (10,5%) виконана неповна гістеректомія за наполяганням хворих. Це були жінки пізнього фертильного віку, що реалізували репродуктивну функцію з вузлами II типу, АМК, які призводили до вираженої анемізації. Трьом жінкам (7,9%) виконано консервативну міомектомію лапаротомічним доступом у зв'язку з вузлами понад 60 мм II типу у поєднанні з множинною лейоміомою матки і наявністю великих інтрамуральних вузлів.

Проведення гістерорезектоскопії залежало від типу вузла та його розмірів.

Так, за наявності вузла 0 типу округлої форми, видалення проводилося гістерорезектоскопічною петлею одномоментно. При продовгуватій формі вузол викручували механічним шляхом з наступною коагуляцією ложа, що значно зменшувало час втручання. Інколи округлі вузли спочатку обрізали петлею з подальшим механічним видаленням.

Лейоматозні вузли I типу невеликих розмірів (до 20 мм) також видаляли одномоментно на фоні інфузії 5 ОД окситоцину, що призводило до скорочення матки і народження інтрамуральної частини вузла в матку. У такий же спосіб видаляли субмукозну частину вузлів II типу. При великих розмірах вузлів, особливо II типу, через неможливість одномоментного видалення втручання проводили у два етапи. На першому етапі

гістерорезектоскопічною петлею видаляли доступну частину вузла. Потім здійснювали ін'єкцію аналога ГнРГ і через місяць проводили гістерорезектоскопію з видаленням частини вузла, що залишалася. Після першого етапу та використання аГнРГ зазвичай вузол зменшувався в розмірах та переміщався в порожнину матки, що полегшувало його видалення.

У результаті такого індивідуалізованого підходу під час гістерорезектоскопії одномоментно видалено лейоматозні вузли у 24 хворих із 29, що становило 82,8%. У 5 хворих (17,2%) втручання проводили двічі.

Менструальна функція нормалізувалася у 24 хворих (70,6%). Окрім того, 15 пацієток перестали турбувати болі, що значно покращило якість їх життя. Частота больового синдрому зменшилася з 50% до 10,5%. Серед 20 хворих, що планували народження дитини, в 11 жінок (50,3%) настала вагітність.

Унаслідок проведених досліджень встановлено, що субмукозна лейоміома матки має симптомний перебіг з порушеннями менструального циклу у вигляді надмірних затяжних менструацій та АМК, що призводять до анемізації хворих. У половини жінок має місце больовий синдром, що разом із порушеннями менструального циклу негативно впливало на якість життя хворих і призводило до безплідності у кожній четвертій жінки.

Враховуючи високу частоту штучних абортів (83,9%), можна зробити висновок, що внутрішньоматковий втручання є фактором ризику, сприяючи розвитку лейоміоми матки, зокрема її субмукозному росту. Серед репродуктивних втрат найчастіше трапляються мимовільні викидні, що обумовлено розташуванням вузла і деформацією порожнини матки.

Оскільки субмукозна лейоміома матки, як і взагалі це захворювання, може дуже сильно відрізнитися у хворих як за розташуванням вузлів відносно порожнини матки, так і за розмірами та поєднанням різних форм; це спонукає лікаря індивідуально підходити до вибору тактики у кожному конкретному випадку.

Така локалізація погано піддається консервативній терапії, що пояснюється, в основному, простою лейоміомою матки за гістологічною будовою з великою кількістю сполучної тканини. А зниження експресії прогестеронових та естрогенових рецепторів робить її нечутливою до впливу медикаментозної терапії. З іншого боку, симптомний перебіг спонукає до необхідності хірургічного видалення вузлів. Хоч патологія, згідно з нашими даними, частіше трапляється у жінок більш пізнього репродуктивного віку, які народили хоча б одну дитину, збереження органа є пріоритетним завданням, незважаючи на те, що проведення гістерорезектоскопічного видалення вузлів вимагає наявності спеціального обладнання і високої кваліфікації спеціалістів, а також є обмеженим у часі у зв'язку з можливою гіперволемією. Проте ця операція легше переноситься пацієтками, зменшується тривалість відновлювального періоду. Відсутність рубця на матці запобігає розриву

Клінічна та експериментальна патологія. 2020. Т.19, №1(71)

матки при вагітності і дає шанс жінці народжувати самостійно. Отже, гістерорезектоскопія є методом вибору при лікуванні субмукозної лейоміоми матки.

Для успішного результату потрібно серйозно віднести до етапу діагностики, а саме: точного встановлення розмірів та локалізації вузлів. З цією метою, окрім УЗД у різні фази циклу, можна використовувати дослідження із введенням фізіологічного розчину, зображення в 3D режимі та МРТ. Від якості діагностики залежить вибір тактики та ефективність лікування.

Зокрема, при вузлах 0 типу і невеликих вузлах I типу перевага надається одномоментному видаленню лейоміоми матки гістерорезектоскопічною петлею або механічним способом залежно від форми вузла. При великих вузлах I і II типу операція може проводитися у два етапи, між якими вводиться аГнРГ. Це сприяє зменшенню розмірів вузла та народженню його у порожнину матки.

Такий індивідуалізований підхід сприяє нормалізації менструального циклу, зменшенню частоти больового синдрому та настанню вагітності.

Висновки

1. Субмукозна лейоміома матки – це симптомна патологія, що призводить до тривалих затяжних менструацій, АМК і, як наслідок, анемії різного ступеня.

2. Штучний аборт, що супроводжується внутрішньоматковим втручанням, є фактором ризику субмукозного росту вузлів.

3. Діагностичний етап, а саме встановлення точного розміщення вузлів відносно порожнини матки та їх розмірів, є відповідальним моментом і підвищує ефективність правильного вибору тактики лікування.

4. Гістерорезектоскопія є методом вибору при лікуванні субмукозної лейоміоми матки. Індивідуалізований підхід до кожного випадку дає змогу ефективно видалити вузли найкращим способом за менш короткий час, покращити клінічні показники та сприяє настанню вагітності у 50,3% жінок.

Перспективи подальших досліджень

Вбачаються у подальшому вдосконаленні діагностики та лікування субмукозної лейоміоми матки.

Список літератури

1. Корнацька АГ, Вовк ІБ, Чубей ГВ. Репродуктивне здоров'я жінок з лейоміомою матки на тлі запальних захворювань органів малого таза. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. 2016;(2):234-9.
2. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3–13. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011

3. Коренная ВВ, Пучков КВ. Сравнительный анализ использования внутриматочного шейвера и гистерорезектоскопии в лечении пациенток с субмукозной миомой матки. *Акушерство и Гинекология Санкт-Петербурга.* 2017;(3):47-50.
4. Подзолкова НМ, Колода ЮА, Коренная ВВ, Кайибханова КН. Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий при миоме матки (обзор литературы). *Гинекология.* 2015;17(2):60–4.
5. Джемлиханова ЛХ, Ниаури ДА, Абдулкадырова ЗК. Миома матки и эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий. *Журнал акушерства и женских болезней.* 2016;65(6):79-87 doi: 10.17816/JOWD65679-87
6. Laberge PY, Murji A, Vilos GA, Allaire C, Leyland N, Singh SS. Guideline No. 389-Medical Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas – An Addendum. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(10):1521-4. doi: 10.1016/j.jogc.2019.01.010
7. Yendru KS, Yelamanchi SD, Vaddiraju GB. Hysteroscopic Resection of Submucous Fibroids in Symptomatic Women. *J Obstet Gynecol India.* 2019;69(3):166–72. doi: 10.1007/s13224-018-1139-z

References

1. Kornatska A, Vovk I, Chubei G. Reproduktyvne zdorov'ia zhinok z leiomiomoiu matky na tli zapalnykh zakhvoriuvan orhaniv maloho taza [Reproductive health of women with uterine leiomyoma and inflammatory diseases of the pelvic organs]. *Collection of Scientific Works Association of Obstetricians-Gynecologists of Ukraine.* 2016;(2):234-9. (in Ukrainian)
2. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3–13. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011
3. Korennaya VV, Puchkov KV. Sravnitel'nyy analiz ispol'zovaniya vnutrimatochnogo shejvera i gisterorezektoskopii v lechenii pacientok s submukoznoj miomoi matki [Comparative analysis of intrauterine shaver and hysteroscopy for submucosal myoma treatment]. *Akušerstvo i Ginekologîa Sankt-Peterburga.* 2017;(3):47-50. (in Russian)
4. Podzolkova NM, Koloda YuA, Korennaya VV, Kayibkhanova KN. Jеffektivnost' vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij pri miome matki (obzor literatury) [The efficacy of assisted reproductive technologies in patients with uterine fibroids (review)]. *Gynecology.* 2015;17(2):60–4. (in Russian)
5. Dzhemlikhanova LKh, Niauri DA, Abdulkadyrova ZK. Mioma matki i jeffektivnost' programm vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij [Uterine fibroids and efficiency of in vitro fertilization programs]. *Journal of Obstetrics and Womans Diseases.* 2016;65(6):79-87 doi: 10.17816/JOWD65679-87 (in Russian)
6. Laberge PY, Murji A, Vilos GA, Allaire C, Leyland N, Singh SS. Guideline No. 389-Medical Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas – An Addendum. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(10):1521-4. doi: 10.1016/j.jogc.2019.01.010
7. Yendru KS, Yelamanchi SD, Vaddiraju GB. Hysteroscopic Resection of Submucous Fibroids in Symptomatic Women. *J Obstet Gynecol India.* 2019;69(3):166–72. doi: 10.1007/s13224-018-1139-z

Відомості про авторів:

Флаксемберг М.А. – к. мед. н., Хмельницький обласний перинатальний центр, м. Хмельницький.
orcid.org/0000-0002-7419-0180.

Сведения об авторах:

Флаксемберг М.А. – к. мед. н., Хмельницький областной перинатальный центр, г. Хмельницкий.
orcid.org/0000-0002-7419-0180.

Information about the authors:

Flaksemberh M.A. – Candidate of medical sciences, Khmelnytskyi Regional Perinatal Center, Doctor Resident of the Gynecological Department 1, Pilotskaia Street, Khmelnytskyi, 29000.
orcid.org/0000-0002-7419-0180.

Стаття надійшла до редакції 21.01.2020

Рецензент – проф. Кравченко О.В.

© Флаксемберг М.А., 2020

