



ЩОДО ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПОСТЕМБОЛІЗАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ



Л.В. КАЛУГІНА

д. мед. н., провідний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології (ІПАГ) НАМН України

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувача відділенням ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

Н.В. КОСЕЙ

д. мед. н., головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

Л.А. ВАСИЛЬЧЕНКО

аспірант відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

ВСТУП

Лейоміома матки є найрозповсюдженішою доброякісною пухлиною статевих органів жінок репродуктивного віку (частота виявлення сягає від 30 до 80%) і залишається однією з найактуальніших проблем сучасної гінекології. Сьогодні дедалі частіше на прийом до гінеколога звертаються пацієнтки раннього репродуктивного віку, які не народжували, із пухлинами матки великих розмірів. Таке «омолодження» пухлин поряд із зростанням їх частоти у жінок, які не народжували, зумовлює збільшення серед пацієнток із лейоміомою матки питомої ваги жінок із нереалізованою фертильною функцією та репродуктивними планами, що робить особливо актуальним розвиток технологій, які дозволяють зберегти дітородний орган та його функцію [10, 11].

Широке впровадження органозберігаючих методик лікування міоми матки безумовно є альтернативою гістеректомії та дозволяє реалізувати репродуктивні задачі молодих жінок. Серед таких методів варто назвати: консервативну (медикаментозну) терапію, консервативну міомектомію (лапаротомічним, лапароскопічним, вагінальним доступами), міолізис (коагуляція міоми) із застосуванням лазерного променя, діатермії, кріо- або радіочастотного впливу лапароскопічним, черезшкірним або внутрішньоматковим доступом, гістероскопічну резекцію міоми, абляцію ендометрію, сфокусований високочастотний ультразвук,

рентгенологічну ендovasкулярну білатеральну емболізацію маткових артерій (ЕМА) [8, 10]. Необхідно зазначити, що у репродуктивному віці медикаментозна терапія міоми матки (агоністами гонадотропних рилізінг-гормонів та антипрогестагенами) здебільшого використовується для підготовки до консервативної міомектомії («золотий стандарт» лікування), а також при поєднанні міоми з аденоміозом.

Консервативна міомектомія, яка полягає у видаленні міоматозних вузлів та збереженні матки як органу, також може зберегти і репродуктивну функцію, однак реконструктивно-пластичні операції з приводу лейоміоми матки на сьогодні виконуються лише у 8–19% хворих. Деякі автори вважають сумнівною доцільність збереження матки при хаотичному і множинному розташуванні вузлів особливо великих розмірів. Адже порівняно з гістеректомією консервативна міомектомія супроводжується ризиком виникнення рецидиву захворювання та інтраопераційними ускладненнями, такими як об'ємна крововтрата, що потребує проведення гемотрансфузії, та супроводжується анестезіологічними та тромбоемболічними ускладненнями [10, 13, 14].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА МЕТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Світовий досвід клінічного використання мінінвазивної ендovasкулярної методики ЕМА з метою лікування міоми матки налічує майже

20 років. Аналізуючи результати досвіду використання органозберігаючих методик у лікуванні міоми матки з 1995 до 2007 рр., **експерти різних країн дійшли висновку, що: «...ЕМА є найзначнішою інновацією у сфері малоінвазивного лікування міом матки...».**

Переваги цього методу лікування такі:

- 🔴 зменшення ризику виникнення анестезіологічних та тромбоемболічних ускладнень;
- 🔴 незначний об'єм інтраопераційної крововтрати;
- 🔴 відсутність великої ранової поверхні та процесу рубцювання тканин та, як наслідок, зменшення вірогідності гістопатичного розриву матки при наступних вагітностях та пологах;
- 🔴 менша тривалість госпіталізації та періоду реабілітації;
- 🔴 менший стресогенний та травмуючий вплив на пацієнтку [10, 11, 14].

При органозберігаючому лікуванні лейоміоми матки методом ЕМА відбувається припинення кровопостачання міоматозних вузлів, наслідком чого є дегенеративні процеси, які призводять до зменшення розмірів пухлини. На мікроскопічному рівні лейоміоматозні вузли піддаються дегідратації, коагуляційному некрозу, гіалінозу і в подальшому кальцифікуються, при цьому вузол чітко відмежовується від навколишнього здорового міометрію [11, 14].

Лікувальний ефект органозберігаючого методу ЕМА розрахований на розвиток коагуляційного (асептичного) некрозу, але в той же час залишається ризик розвитку в післяемболізаційному періоді некрозу вузла за типом колікваційного або септичного. Треба зазначити, що основними причинами розвитку інфекційних ускладнень після даної операції можуть бути хронічні запальні процеси органів малого тазу та порушення мікроценозу піхви, а також вторинне інфікування при наявності некротичної тканини у випадках неповного народження вузла [10, 12].

Також доведено є роль запальних процесів геніталій у розвитку лейоміоми матки, що, відповідно, може бути причиною рецидиву захворювання. Однак роль тих чи інших бактерій у патогенезі цієї патології досліджена недостатньо і висвітлена фрагментарно в поодиноких літературних джерелах [9]. Анаеробні мікроорганізми в незначних концентраціях (10^2 – 10^3 колонієутворюючих одиниць на мілілітр [КУО/мл]) вважаються сапрофітною мікрофлорою піхви, однак за умов збільшення рівня контамінації піхви даними мікроорганізмами на тлі зниження резистентності організму до інфекції вони набувають властивостей патогенних і можуть бути збудниками запальних процесів. Відомо, що анаероби в процесі життєдіяльності вивільняють фермент фосфоліпазу A_2 , яка стимулює синтез арахідонової

кислоти з наступною продукцією простагландинів. У свою чергу надлишок останніх відіграє важливу роль у розвитку пухлинних процесів, адже зміни їх рівня можуть спричинити супресію імунітету, що на тлі хронічної персистенції того чи іншого інфекційного агенту може прискорювати процеси проліферації [1].

Однак хоча значення анаеробів як ко-патогенів у виникненні запальних процесів статевих органів на сьогодні вже доведено, провідна етіопатогенетична роль, на думку більшості дослідників, належить найбільш вірулентним мікроорганізмам родини *Enterobacteriaceae* (перш за все *Escherichia. coli*), стафілококам, мікробним асоціаціям та інфекціям, що передаються статевим шляхом [7, 8].

Ушкоджений біологічний бар'єр сприяє зниженню місцевого імунітету і зростанню ймовірності висхідного шляху інфікування в післяопераційному періоді, тим самим збільшується ризик гнійно-запальних ускладнень у післяемболізаційному періоді. Саме такі ускладнення можуть бути спричинені анаеробними мікроорганізмами, що розвиваються за відсутності в навколишньому середовищі вільного кисню. Факультативні та облігатні анаероби, які належать до умовно патогенної і патогенної мікрофлори, виявляються практично у всіх зразках патологічного матеріалу за умов розвитку гнійно-запальних захворювань. Основну частину анаеробів складають бактероїди і фузобактерії, пептострептококи і спорові грампозитивні палички. На частку бактероїдів припадає майже половина гнійно-запальних процесів, спричинених анаеробними бактеріями. Збільшення кількості бактероїдів групи *Fragilis*, особливо *Bacteroides fragilis*, свідчить про наявність патології геніталій. Бактерії уражують глибокі тканини, викликаючи активізацію запального процесу. Розвитку запалення сприяє гіпоксія через недостатність кровообігу. Тому бактерії особливо активно розмножуються в ушкоджених і некротизованих тканинах, а також у зонах ішемії. Тканинна деструкція збільшується за умов прогресування запального процесу і підсилює кисневу недостатність, яка стимулює розмноження анаеробів. Цьому також сприяють сторонні тіла і те, що в осередках ураження бактероїди зазвичай співіснують з аеробними та факультативно-анаеробними бактеріями, які, поглинаючи кисень, посилюють анаеробіоз. А при поглибленні гіпоксії анаероби стають провідним фактором деструктивного (некротичного) процесу [2–4].

Накопичений нашою клінікою шістнадцятирічний досвід використання ЕМА у лікуванні лейоміоми матки дозволив нам систематизувати деякі дані щодо цього методу, визначити показання та протипоказання до нього, а та-



Порівняно з гістеректомією консервативна міомектомія супроводжується ризиком виникнення рецидиву захворювання та інтраопераційними ускладненнями



Експерти різних країн дійшли висновку, що ЕМА є найзначнішою інновацією у сфері малоінвазивного лікування міом матки

кож обґрунтувати необхідність передопераційної санації джерел інфекції та проведення профілактичної антибактеріальної терапії у післяемболізаційному періоді [10].

Безсумнівно, від оптимального вибору антибактеріального засобу у післяопераційному періоді залежать тривалість післяопераційного субфібрилітету, больового синдрому і, як наслідок, подальша репродуктивна функція. Також перебіг постемболізаційного періоду значною мірою визначає ризик розвитку рецидивів лейоміоми матки.

Особливістю профілактики гнійно-септичних ускладнень у післяопераційному періоді є введення антибіотиків з урахуванням ступеня ризику інфекційних ускладнень та індивідуальних результатів клініко-лабораторних обстежень. Найоптимальнішими у гінекологічній практиці вважаються комбінації антибактеріальних лікарських засобів, що включають препарати з групи похідних 5-нітроїмідазолу, серед яких метронідазол широко впроваджений у медичну практику із 1960 року, а сучасні фармацевтичні розробки дозволили запропонувати такі засоби, як орнідазол [5].

Варто зазначити, що нітроїмідазоли активні по відношенню до більшості грампозитивних та грамнегативних облигатних анаеробних бактерій, спороутворюючих та неспороутворюючих бактерій, а також по відношенню до анаеробних коків. Найбільше значення має їх висока активність до бактероїдів, у першу чергу по відношенню до *Bacteroides fragilis*, та різних представників *Clostridium spp.* Однак широке застосування метронідазолу у практичній медицині впродовж тривалого часу (понад 40 років) закономірно призвело до зниження ефективності бактеріальної профілактики і терапії. За даними літератури, у європейських країнах частота первинної резистентності до метронідазолу становить від 6 до 40%, в Україні цей показник найбільший з країн Європи та складає майже 40% [6]. Висока частота побічних ефектів (нудота і блювання) та необхідність триразового введення препарату також значно знижують комплаєнтність пацієнтів до терапії.

З цих позицій досить перспективною альтернативою виступає сучасний похідний нітроїмідазолів – Орнігіл (орнідазол, виробник ТОВ «ЮРІЯ-ФАРМ», Україна) – ДНК-тропний препарат з вибірковою активністю щодо мікроорганізмів, які мають ферментні системи, здатний відновлювати нітрогрупу і каталізувати взаємодію білків групи феридоксинів з нітросполуками. Препарат ефективний щодо *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* (*Giardia intestinalis*), а також деяких анаеробних бактерій, таких як *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* та *Clostridium spp.*, *Fusobacterium*

та анаеробних коків. Чинить також проти-протозойну дію на *Balantidium coli*, *Blastocystis hominis*, *Trichomonas vaginalis*, *Trichomonas foetus*, *Giardia intestinalis* і *Entamoeba histolytica*.

Орнідазол (α-(хлорометил)-2-метил-5-нітроїмідазол-1-етанол) виявляє виражену бактерицидну дію щодо широкого спектру анаеробних коків і бактерій, у випадку змішаної флори діє синергічно з іншими антибіотиками відносно аеробних збудників. Мікроорганізми, що нечутливі до метронідазолу, не мають перехресної стійкості до орнідазолу. Окрім того, фармакокінетичні параметри препарату найбільше відповідають вимогам, що пред'являються до оптимального антимікробного засобу для передопераційної профілактики: препарат добре проникає у біологічні рідини та тканини організму, досягаючи бактерицидних концентрацій; слабо сполучається із білками плазми крові (майже 13%), а його період напіввиведення становить у середньому 13 годин, що є достатньо для підтримки бактерицидної концентрації у крові і тканинах впродовж усієї операції [5, 6].

Метою дослідження була оптимізація ведення постопераційного періоду після ЕМА, враховуючи етіологічну роль хронічного запального процесу у розвитку пухлини та необхідність адекватної антибіотикотерапії у післяопераційному періоді.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням знаходилось 63 жінки віком від 24 до 38 років, що перебували на лікуванні у 2013–2014 рр. у відділенні ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України, яким була виконана ЕМА з приводу вузлової лейоміоми матки. Жінки були розділені на 2 групи: основну склали 30 жінок, яким з метою профілактики ускладнень запального характеру у післяопераційному періоді призначався Орнігіл по 500 мг двічі на добу доведено (розчин для внутрішньовенних інфузій по 100 мл) – 48 годин із подальшим пероральним прийомом препарату протягом трьох днів, а також призначалися ципрофлоксацин, флуконазол та анальгезуюча терапія (у дозуваннях згідно загальних рекомендацій); контрольну групу склали 33 пацієнтки, які в якості антибактеріальної терапії отримували метронідазол (по аналогічній схемі), ципрофлоксацин, флуконазол та анальгезуючу терапію.

Групи були порівняні за віком, індексом маси тіла та об'ємом матки до операції (середній об'єм матки до операції у основній групі склав $698,5 \pm 16,4$ см³, в контрольній – $705,3 \pm 17,4$ см³).

Вивчення особливостей гінекологічного анамнезу продемонструвало, що в обох гру-

пах у переважній більшості пацієнток були запальні процеси жіночих статевих органів – у 18 (60,0%) жінок основної групи та у 19 (57,57%) пацієнток контрольної групи.

Серед екстрагенітальної патології переважали захворювання шлунково-кишкового тракту – у 12 (40,0%) жінок основної та у 18 (54,54%) – контрольної групи, патологія щитовидної залози – відповідно у 8 (26,66%) та 9 (27,27%) пацієнток, а також дисгормональні захворювання молочних залоз – відповідно у 7 (23,33%) та у 6 (18,18%) жінок ($p > 0,05$). Таким чином, за даними соматичного анамнезу, статистично значимої різниці між групами не було виявлено.

Основними скаргами до оперативного лікування у жінок були: менометроррагії у 12 (40,0%) пацієнток основної та у 14 (46,65%) жінок контрольної групи, симптоми компресії суміжних органів – у 15 (45,45%) жінок як основної, так і контрольної груп, больовий синдром – у 15 (50,0%) пацієнток основної групи та у 18 (54,54%) жінок контрольної, непліддя – у 14 (36,66%) пацієнток основної та у 8 (24,24%) жінок контрольної групи.

Обстежені жінки мали показання до оперативного лікування, але відмовилися від нього, наполягаючи на проведенні ЕМА, та були поінформовані про можливі ускладнення, небажані ефекти внаслідок втручання, підписали поінформовану згоду. Усі хворі перед проведенням втручання були ретельно обстежені згідно запропонованої схеми, розробленої на основі попереднього аналізу ускладнень [10].

В ході дослідження оцінювали перебіг післяемболізаційного синдрому: ступінь вираженості та тривалість больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) та тривалість перебування хворих у стаціонарі. Пацієнткам проводили бактеріологічні дослідження мікробіоценозу піхви і оцінювали частоту висівання мікроорганізмів у клінічних концентраціях – більш ніж 10^4 КУО/мл.

Крім того, кожній пацієнтці до оперативного лікування та через 7 днів після операції виконувалися клініко-лабораторні обстеження: загальний аналіз сечі, загальний та біохімічний аналізи крові, імунологічне дослідження крові.

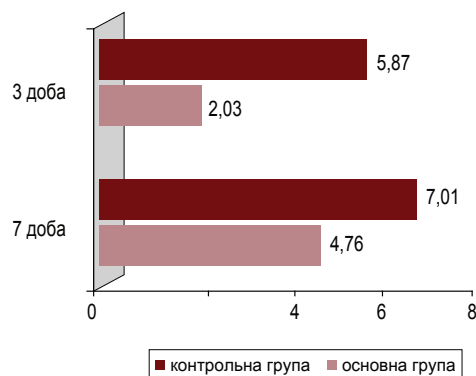
Для статистичної обробки використовували параметричні методи статистичного аналізу: непарний та парний двосторонні критерії Стюдента (для рівних та нерівних дисперсій – перевіряли відповідно до критеріїв Левене та Фішера). Для встановлення розбіжностей між відсотковим відображенням частоти певної ознаки серед двох статистичних вибірок використовували спеціальний статистичний метод – кутове фі-перетворення Фішера. Більшість статистичних розрахунків здійснювали

за допомогою ліцензійної копії комп'ютерної програми Primer of Biostatistics Version 4.03 (by S.A. Glanz, 1998) та Past (O. Hammer, D. Harper, P.D. Ryan, 2001).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічний перебіг раннього післяопераційного періоду у жінок після ЕМА звично характеризується больовим синдромом, підвищенням температури, субфібрилітетом та іноді мажучими кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. Порівняння особливостей його перебігу у виділених групах виявило певні відмінності: зокрема різну важкість післяемболізаційного синдрому, залежно від проведеної терапії. Так, в основній групі мала місце менша питома вага жінок з тяжким перебігом післяемболізаційного синдрому (6,66%) за рахунок збільшення кількості жінок з післяемболізаційним синдромом легкого ступеня до 40,0%. У контрольній зафіксовано суттєве переважання синдрому з тяжким перебігом в 27,27% випадків, тоді як легку його ступінь виявлено лише у 18,18% хворих. Перебіг синдрому з середнім ступенем вираженості відмічено у 54,55% жінок контрольної групи та у 53,34% жінок основної групи.

Оцінюючи середній показник болю за шкалою ВАШ (рис. 1), виявлено переважання больового синдрому у контрольній групі жінок як на третю добу післяопераційного періоду ($7,01 \pm 0,31$ проти $5,87 \pm 0,35$ балу в основній групі, $p < 0,05$), так і на сьому добу після ЕМА (відповідно $4,76 \pm 0,29$ проти $2,03 \pm 0,24$ балу, $p < 0,05$), що може свідчити про більш виражений больовий синдром у жінок, яким проводилася традиційна профілактична антибактеріальна терапія.



Також необхідно зазначити про зниження в 1,3 рази в основній групі тривалості больового синдрому (за його інтенсивності більше 5 балів, згідно шкали ВАШ), що склало $7,23 \pm 0,65$ днів порівняно з показниками контролю, які склали $9,47 \pm 1,22$ днів ($p < 0,05$).



Результати проведеного дослідження свідчать, що адекватна антибіотикопрофілактика запальних ускладнень після ЕМА із застосуванням орнідазолу оптимізує перебіг післяопераційного періоду

РИСУНОК 1. СЕРЕДНІЙ ПОКАЗНИК БОЛЮ, ЗА ШКАЛОЮ ВАШ, У ОБСТЕЖЕНИХ ЖІНОК У ДИНАМІЦІ (БАЛИ)

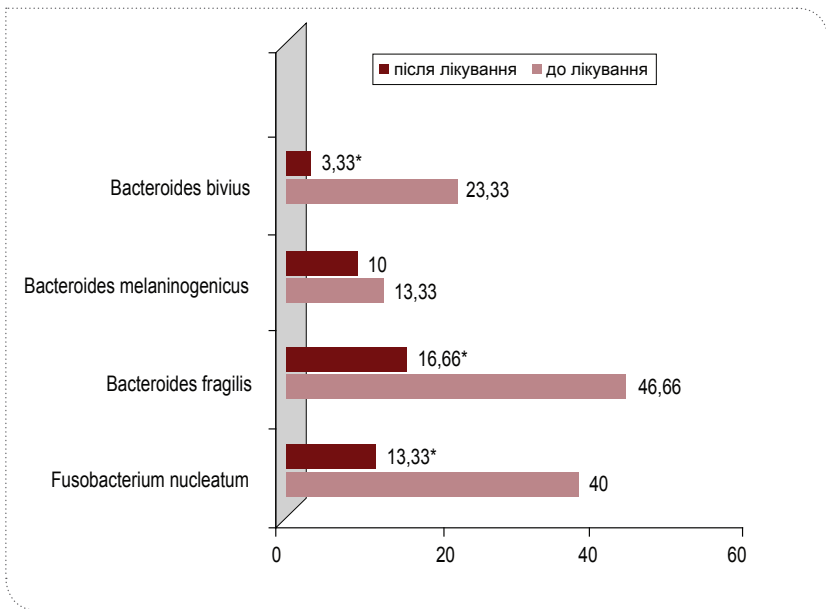


РИСУНОК 2.
ЧАСТОТА ВИСІВАННЯ
ГРАМНЕГАТИВНИХ
ОБЛІГАТНИХ
НЕКЛОСТРИДІАЛЬНИХ
АНАЕРОБНИХ
МІКРООРГАНІЗМІВ В
ОСНОВНІЙ ГРУПІ, %
 * різниця вірогідна відносно показника до лікування ($p < 0,05$)

Співставлення результатів бактеріологічного дослідження мікробіоценозу піхви до та після проведеної ЕМА показало, що запроваджена комплексна доопераційна підготовка призвела до ерадикації таких збудників, як *Mycoplasma*, *Ureaplasma* і *Chlamydia*, та низької частоти виявлення аеробно-анаеробних асоціацій (*Corynebacterium xerosis*, *E. coli*, *Str. viridans*, *Str. faecalis* та *S. epidermidis* з гемолітичними властивостями) – лише у 30,43% обстежених жінок обох груп.

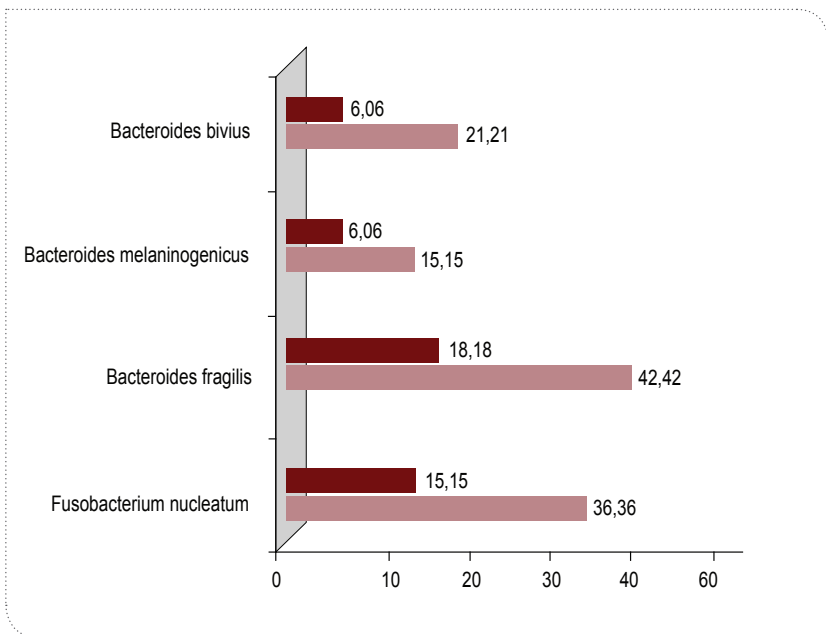


РИСУНОК 3.
ЧАСТОТА ВИСІВАННЯ
ГРАМНЕГАТИВНИХ
ОБЛІГАТНИХ
НЕКЛОСТРИДІАЛЬНИХ
АНАЕРОБНИХ
МІКРООРГАНІЗМІВ У
КОНТРОЛЬНІЙ ГРУПІ, %

Проведений аналіз частоти висівання облигатної анаеробної мікрофлори вагіни в діагностично значимих концентраціях (маркер ризику розвитку запальних ускладнень) у динаміці профілактичної антибіотикотерапії підтвердив обґрунтованість вибору препарату орнідазол для ведення постемболізаційного періоду пацієнок із лейоміомою матки (рис. 2 та 3). Висока ефективність Орнігілу порівняно з метронідазо-

лом по відношенню до даної групи мікроорганізмів також сприяла легшому перебігу постемболізаційного синдрому у жінок основної групи.

У динаміці показників загально клінічних лабораторних досліджень (загальний аналіз крові та сечі, біохімічне дослідження крові) до операції та через 7 днів після операції суттєвої різниці між групами не було виявлено.

Відповідно до отриманих показників середньої тривалості перебування в стаціонарі після проведення ЕМА, що склали у контрольній групі $7,78 \pm 0,29$ доби та у основній групі $5,39 \pm 0,47$ доби ($p < 0,05$), можна стверджувати про ефективність проведення удосконаленої схеми профілактичної антибіотикотерапії після ЕМА, адже це сприяє скороченню терміну стаціонарного лікування і більш ранній виписці з відділення.

Необхідно також відзначити, що важливим позитивним моментом застосування орнідазолу порівняно з метронідазолом був режим дозування: внутрішньовенна інфузія Орнігілу здійснюється двічі на добу, а метронідазолу – тричі на добу (кожні 8 годин). Така особливість сприяє не лише зменшенню навантаження на персонал, потреби у витратних матеріалах, але й підвищує комплаєнтність хворих до лікування, а також знижує ризик появи ускладнень, що пов'язані з частими пункціями судин.

ВИСНОВОК

Результати проведеного дослідження свідчать, що адекватна антибіотикопрофілактика запальних ускладнень після ЕМА із застосуванням препарату Орнігіл (орнідазол) оптимізує перебіг післяопераційного періоду і, відповідно, сприяє відновленню репродуктивного здоров'я жінки.



ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Буянова С.М., Мгелиашвили М.В., Петракова С.О.
Современное представление о этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки // Русский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 6. – С. 45–51.
2. Коптюх В.І., Бегош Б.М., Шадрина В.С.
Застосування антибіотиків в терапії післяопераційних ускладнень // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2012. – № 1. – С. 42–44.
3. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г.
Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 1. – С. 3–6.
4. Ничитайло М.Е., Булик Л.М.
Применение Орнигила в периоперационной профилактике и терапии инфекционных осложнений после абдоминальных операций // Клінічна хірургія. – 2012. – № 4. – С. 65–67.
5. Нікітіна І.М., Маркевич В.В.
Оцінка ефективності застосування орнігілу у профілактиці гнійно-септичних ускладнень після кесарського розтину // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – Т. 14. – № 3. – С. 142–144.
6. Рахматулина М.Р.
Терапия ассоциированных урогенитальных инфекций // Вестник дерматолога-венеролога. – 2012. – № 4. – С. 112–117.
7. Щербина Н.А., Кузьмина И.Ю., Плахотная И.Ю., Карташова М.А.
Современные подходы к терапии маточных кровотечений на фоне гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузальном периоде // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. – 2013. – С. 417–421.
8. Тарабрина О.П., Потатуркина Н.И.
Ассоциация миомы матки с инфицированием уреоплазмами // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90. – № 3. – С. 15.
9. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Кондратюк В.А., Альтман И.В.
Эндоваскулярная билатеральная эмболизация маточных артерий в органосохраняющем лечении лейомиомы матки // Репродуктивная эндокринология. – 2011. – № 1. – С. 10–16.
10. Луценко Н.С., Олейник Н.С., Руденко Д.Ю. и др.
Эмболизация маточных артерий: новые технологии в лечении миомы матки // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 16. – № 2. – С. 134–136.
11. De Blok, S. De Vries, C. Prinssen, H. M. et al.
«Fatal sepsis after uterine fibroid embolization with microspheres.» J Vasc Interv Radiol,14(2003):779-783.
12. Edwards, R.D. Moss, J.G. Lumsden, M.A. et al.
«Uterine-artery embolization versus surgery for symptomatic uterine fibroids.» N Engl J Med,25(356) (4)(2007):360-370.
13. Kooij, S.M. Hehenkamp, W.J.K. Volkers, N.A. et al.
«Uterine artery embolization vs hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: 5-year outcome from the randomized EMMY trial.» Am J Obstet Gynecol,203(105)(2010):1-13.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Л.В. Калугина, д. мед. н., отделение эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., профессор, член-корр. НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Н.В. Косей, д. мед. н., главный научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Л.А. Васильченко, аспирант отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Современные взгляды на патогенез миомы матки учитывают роль хронического воспалительного процесса в росте опухоли, что делает актуальным вопрос выбора препаратов для проведения профилактической антибактериальной терапии после органосохраняющих операций.

Проведено исследование с целью оптимизация ведения постоперационного периода после эмболизации маточных артерий. Под наблюдением находились 63 женщины в возрасте от 24 до 38 лет, которым была выполнена эмболизация маточных артерий по поводу узловой миомы матки. Женщины методом рандомизации были разделены на 2 группы: основную составили 30 женщин, которым назначался орнидазол, а также ципрофлоксацин, флуконазол и анальгезирующая терапия; контрольную группу составили 33 пациентки, в качестве антибактериальной терапии получали метронидазол, ципрофлоксацин, флуконазол и анальгезирующую терапию.

Выполненное исследование продемонстрировало высокую эффективность включения в комбинированную антибактериальную терапию орнидазола, что позволяет оптимизировать ведение постэмболизационного периода и способствует восстановлению репродуктивной функции женщины.

Ключевые слова: эмболизация маточных сосудов, лейомиома матки, орнидазол.

PREVENTION OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS AT THE POSTEMBOLIZATION PERIOD IN WOMEN WITH UTERINE LEIOMYOMAS

L.V. Kalugina, MD, Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, Deputy Director for Research Work, Head of the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

N.V. Cossey, MD, chief researcher, Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

L.A. Vasilchenko, Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

Modern views on the pathogenesis of uterine fibroids account for the role of chronic inflammation in tumor growth that makes relevant the question of the drugs choice for prophylactic antibiotic therapy after organ-saving operations.

The study to optimize management of the postoperative period after uterine artery embolization was performed. The study involved 63 women aged 24 to 38 years who underwent uterine artery embolization for node uterine fibroids. Women were randomly divided into 2 groups: the main group consisted of 30 women who intake ornidazole, ciprofloxacin, fluconazole and analgesic therapy; control group consisted of 33 patients who received metronidazole, ciprofloxacin, fluconazole and analgesic therapy.

This study demonstrated a high efficiency of supplement a combination antibiotic therapy by ornidazole to optimize management of the postembolization period and contributes to the restoration of female reproductive function.

Key words: uterine artery embolization, uterine leiomyoma, ornidazole.

www.reproduct-endo.com.ua

На сайте вы найдете все, что публикуется на страницах нашего журнала.

Материалы подаются на украинском, русском и английском языках.

Заполнив удобную форму, можно оформить подписку на текущий год!

