

ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМНОЙ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

ORCID: 0000-0002-5498-4143

Н.В. КОСЕЙ

д. мед. н., главный научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

ORCID: 0000-0003-3085-3285

Н.А. РЕДЬКО

научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

ORCID: 0000-0002-7633-4918

Н.В. ЯРОЦКАЯ

младший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

ORCID: 0000-0002-0134-920X

В.А. ДЖУПИН

аспирант отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

ORCID: 0000-0003-1837-1937

Контакты:

Редько Наталья Александровна
ГУ «ИПАГ НАМН Украины»,
отделение эндокринной гинекологии
04050, Киев, П. Майбороды, 8
Тел.: +38 (044) 483 80 87
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

ВВЕДЕНИЕ

Лейомиома матки – самая распространенная доброкачественная опухоль, занимающая одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии. По данным различных авторов, клиническая частота этой патологии колеблется от 30 до 50%, морфологическая частота – до 80%. Несмотря на то, что в последние годы отмечается тенденция к росту миомы среди молодых женщин, чаще всего пик заболевания приходится на перименопаузальный возраст [3, 5].

По нашим данным, лейомиома матки часто сопровождается другими гиперпролиферативными заболеваниями гормонозависимых органов, а именно: у 86% пациенток наблюдается доброкачественная патология молочных желез, около 48% женщин имеют патологию щитовидной железы [3].

Нередко лейомиома матки протекает практически бессимптомно до определенного периода и может быть спонтанно обнаружена при профилактическом осмотре или зачастую иметь один лишь симптом, на который женщины могут не обращать внимания – обильные менструации на протяжении последних месяцев или лет. При этом часто развивается синдром дефицита железа и анемия [1].

Тактика ведения больших лейомиомой матки за последние десятилетия претерпела кардинальные изменения – на смену выжидательному режиму пришло раннее реагирование с момента ее диагностики с учетом индивидуальных клинических и возрастных показателей, а также желание женщины сохранить матку. Задачи лечения на этапе обнаружения – предотвращение дальнейшего роста опухоли, стабилизация или уменьшение ее размеров [3, 8, 10].

В последние годы увеличилась частота родов у женщин после 40 лет, и все больше женщин желают сохранить свою фертильность как можно дольше, отказываясь от радикальных хирургических методов лечения. Поэтому социальный запрос общества приводит к появлению новых методов консервативного лечения данной патологии [4, 7, 8].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Т., 40 лет, обратилась в отделение эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН

Украины» с жалобами на обильные болезненные менструации со сгустками, периодические ноющие боли внизу живота, общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, памяти, головокружение в течение последних двух лет. По поводу вышеперечисленных жалоб за медицинской помощью обратилась впервые.

Из анамнеза: менструации с 12 лет по 5 дней через 28 дней, умеренные, болезненные. В течение двух последних лет длительность менструального кровотечения увеличилась до 7 дней без изменения продолжительности менструального цикла, менструации стали обильными. У пациентки были одни роды двойней через естественные родовые пути после экстракорпорального оплодотворения по поводу вторичного бесплодия, один медицинский аборт. В раннем послеродовом периоде отмечает акушерское кровотечение с последующей инструментальной ревизией полости матки. На данный момент использует барьерную контрацепцию (презерватив). Из гинекологических заболеваний перенесла хронический сальпингоофорит. Из соматической патологии – варикозная болезнь вен нижних конечностей с оперативной коррекцией (кроссэктомия в 2013 г.), узловой зоб. Антикоагулянты, антиагреганты не принимала.

Поступила в клинику в удовлетворительном состоянии. Обращали на себя внимание сухость, а также бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Гемодинамика была стабильной, однако отмечена гипотензия (артериальное давление составляло 90/60 мм рт. ст.) и тахикардия (пульс 90 ударов в минуту). Живот был мягкий, симптомы раздражения брюшины и Пастернацкого отрицательные. Нарушений мочеиспускания и диуреза, а также отеков не было.

При гинекологическом осмотре выявлено увеличение матки до 6–7 недель беременности, матка была плотной, гладкой, подвижной, безболезненной. В остальном гинекологический статус был без особенностей. Обращали на себя внимание обильные бели. Кровянистых выделений на момент обращения не было.

С учетом жалоб, данных анамнеза и осмотра предварительно установлен диагноз «Аномальное маточное кровотечение. Кольпит. Узловой зоб».

С целью уточнения диагноза назначен план обследования согласно унифицированному клиническому протоколу «Аномальные маточные кровотечения»: развернутый анализ крови, определение группы крови и резус-принадлежности, коагулограмма, определение уровня ферритина, печеночные функциональные тесты, исследование уровня гормонов (пролактин, тиреотропный гормон, антитела к тиреопероксидазе), обследование на инфекции, передающиеся половым путем, бактериологический посев урогенитальных выделений.

С целью выявления структурной патологии (полипа эндометрия и/или полипа цервикального канала, аденомиоза, лейомиомы матки, в том числе субмукозной, гиперплазии эндометрия) назначено УЗИ органов малого таза. Учитывая наличие узлового зоба в анамнезе, назначено УЗИ щитовидной железы, с целью скринингового обследования рекомендовано УЗИ молочных желез.

Для объективной оценки объема кровопотери назначен метод оценки количества санитарного материала с учетом степени его промокания с помощью методики РВАС (Pictorial Blood Assessment Chart), предложенной Higham в 1990 г.

Результаты дополнительных методов обследования:

Группа крови и резус-принадлежность: В (III) Rh (-).

Общий анализ крови: гемоглобин – 86 г/л, эритроциты – $3,17 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 364×10^9 /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 67%, моноциты – 2%, лимфоциты – 26%, скорость оседания эритроцитов – 10 мм/час.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 98%, фибриноген – 4,17 г/л, тромбиновое время – 13,4 сек, международное нормализованное отношение – 1,02.

Биохимический анализ крови: общий белок – 63 г/л, билирубин общий – 11,8 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза – 23 ммоль/чхл, мочевины – 2,4 ммоль/л, креатинин – 69 г/л, глюкоза крови – 4,49 ммоль/л.

Ферритин: 8 нг/мл.

Инфекции, передающиеся половым путем: методом ПЦР не выявлены.

Бактериологический посев урогенитальных выделений: *Escherichia coli* – 10^6 КОЕ/мл.

Гормональное обследование: фолликулостимулирующий гормон – 5,7 мМЕ/мл, лютеинизирующий гормон – 7,7 мМЕ/мл, эстрадиол – 85,86 пг/мл, прогестерон – 12,43 нг/мл, пролактин – 26,77 нг/мл, тиреотропный гормон – 5,1 мМЕ/мл, антитела к тиреопероксидазе – 135,42 МЕ/мл.

Цитологическое исследование: тип 2 – воспалительный тип мазка.

При ультразвуковом обследовании органов малого таза выявлен субмукозный миоматозный узел второго типа по задней стенке у дна размером $41 \times 27 \times 38$ мм (объем = 34 мл) с визуализацией выраженного пери- и интранодулярного кровотока при цветовом доплеровском картировании. В придатках изменений не было. Заключение: ультразвуковые признаки субмукозной лейомиомы матки (рис. 1).

При ультразвуковом исследовании щитовидной железы обнаружены признаки хронического аутоиммунного тиреоидита, узловых образований.

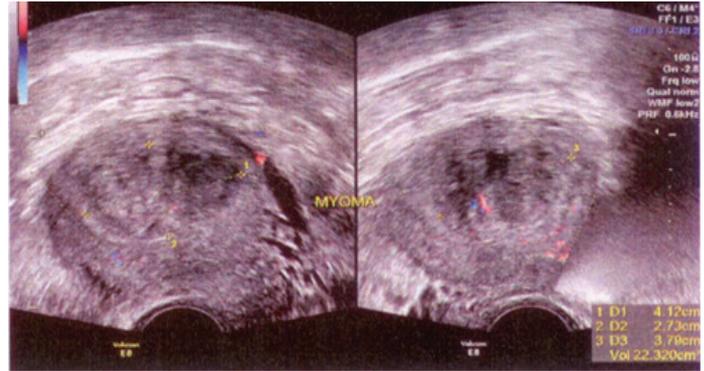


РИСУНОК 1. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАТКИ НА МОМЕНТ ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ В КЛИНИКУ

Объем кровопотери, подсчитанный с помощью методики РВАС, составил 215 баллов (при норме до 100 баллов).

На основании жалоб, данных анамнеза, данных объективного обследования, данных дополнительных методов обследования был установлен следующий **клинический диагноз:** «Субмукозная лейомиома матки. Аномальное маточное кровотечение – LSM. Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Железодефицитная анемия. Гиперпролактинемия. Кольпит. Хронический аутоиммунный тиреоидит. Узловой зоб, гипотиреоз».

Пациентка имеет репродуктивные планы.

Учитывая субмукозную локализацию узла, золотым стандартом лечения которой является гистероскопическая резекция, с целью оценки сложности оперативного вмешательства нами была использована классификация STEP-W, предложенная R.V. Lansmaar и соавторами в 2005 г. [9]. Данная классификация включает пять параметров (табл. 1 и 2):

Размер (size): наибольший диаметр, найденный с помощью любого метода визуализации. При размере узла $\leq 2,0$ см он оценивается в 0 баллов; при размере 2,1–5,0 см – в 1 балл, более 5 см – 2 балла (рис. 2) [2].

ТАБЛИЦА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ СУБМУКОЗНЫХ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ STEP-W

Критерий	Баллы		
	0	1	2
S (size, размер)	≤ 20 мм	20–50 мм	≥ 50 мм
T (topography, расположение)	Нижний этаж	Средний этаж	Верхний этаж
E (extention of the base, ширина основания)	$\leq \frac{1}{3}$ стенки	$\frac{1}{3} - \frac{2}{3}$ стенки	$\geq \frac{2}{3}$ стенки
P (penetration, проникновение)	0%	$\leq 50\%$	$> 50\%$
W (wall, стенка матки)	Передняя или задняя стенка	Латеральная стенка	

ТАБЛИЦА 2. ОЦЕНКА СЛОЖНОСТИ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ УЗЛА СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ STEP-W

Оценка	Группа	Индикация
0–4	I	Низкая сложность
5–6	II	Высокая сложность. Рекомендована медикаментозная подготовка или резекция узла в два этапа
7–9	III	Гистероскопическая резекция узла не показана

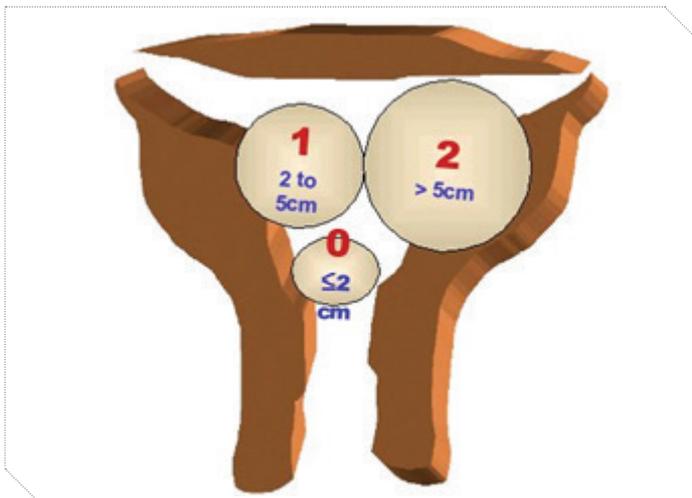


РИСУНОК 2. ОЦЕНКА РАЗМЕРА СУБМУКОЗНОГО МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ПО КЛАССИФИКАЦИИ STEP-W

Расположение (topography): определяется этажом полости матки, в которой находится миома. Если это нижняя треть полости матки, узлу дают оценку 0 баллов, средняя треть – 1 балл, верхняя – 2 балла (рис. 3) [2].

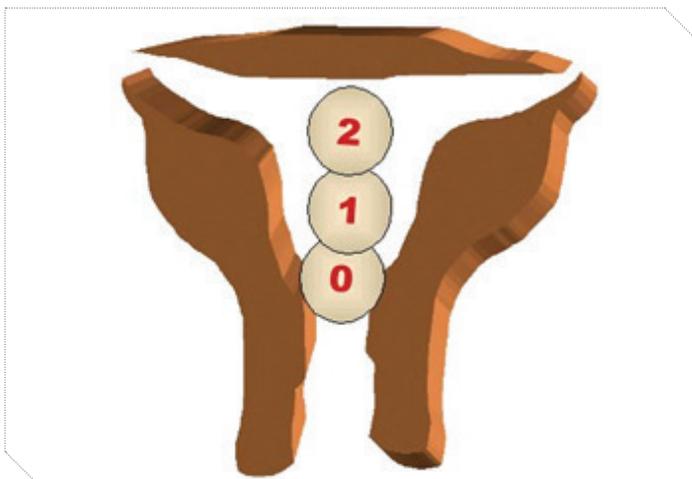


РИСУНОК 3. ОЦЕНКА РАСПОЛОЖЕНИЯ СУБМУКОЗНОГО МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ПО КЛАССИФИКАЦИИ STEP-W

Ширина основания (extention of the base): если протяженность основания миоматозного узла занимает 1/3 боковой стенки матки или менее, узел получает оценку 0 баллов, от 1/3 до 2/3 – 1 балл, более 2/3 стенки матки – 2 балла (рис. 4) [2].

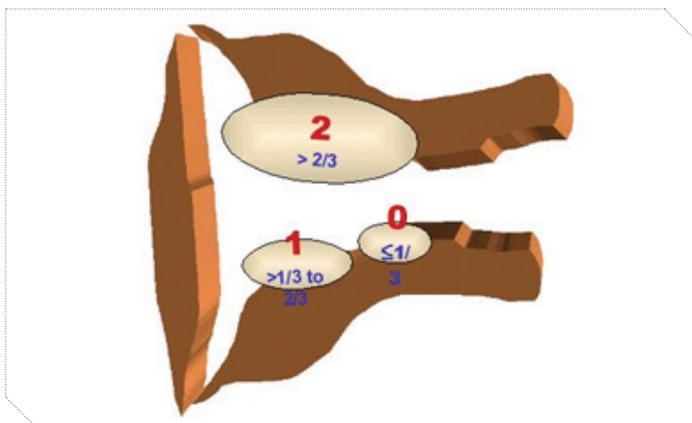


РИСУНОК 4. ОЦЕНКА ШИРИНЫ ОСНОВАНИЯ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ОТНОСИТЕЛЬНО ЛАТЕРАЛЬНОЙ СТЕНКИ МАТКИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ STEP-W

Проникновение (penetration) миоматозного узла в миометрий: если узел полностью находится в полости матки, ему дают оценку 0 баллов, если большая часть узла находится в полости – 1 балл, если большая часть узла расположена в миометрии – 2 балла (рис. 5) [2].



РИСУНОК 5. ОЦЕНКА ПРОНИКНОВЕНИЯ СУБМУКОЗНОГО МИОМАТОЗНОГО УЗЛА В МИОМЕТРИЙ ПО КЛАССИФИКАЦИИ STEP-W

Стенка матки (wall): добавляется 1 дополнительный балл, если миома расположена по латеральной стенке матки (рис. 6) [2].

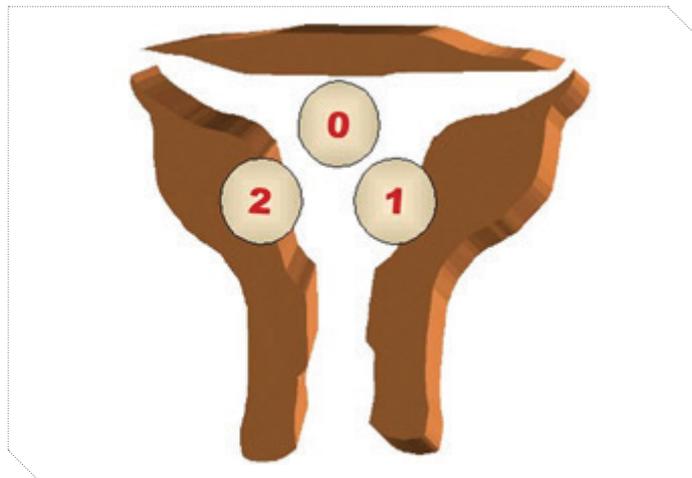


РИСУНОК 6. ОЦЕНКА МИОМАТОЗНОГО УЗЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО СТЕНКИ МАТКИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ STEP-W

Заключительная сумма баллов, полученных при оценке лейомиомы матки, определяет класс субмукозной миомы матки (табл. 2). К классу I (0–4 балла) относятся гистероскопические миомэктомии низкой сложности; к классу II (5–6 баллов) – миомэктомии повышенной сложности, когда рекомендована медикаментозная подготовка, а также возможна двухэтапная миомэктомия; при классе III (7–9 баллов) гистероскопическая миомэктомия не рекомендуется [2, 9].

Сумма баллов у пациентки Т. составила 6 (табл. 3). Согласно приведенной выше классификации, данный миоматозный узел относится ко II группе сложности и требует предварительного уменьшения размеров перед оперативным вмешательством или проведения гистероскопической резекции узла в два этапа.

ТАБЛИЦА 3. ОЦЕНКА СЛОЖНОСТИ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ УЗЛА У ПАЦИЕНТКИ Т. ПО КЛАССИФИКАЦИИ STER-W

Критерий	Баллы		
	0	1	2
S (size, размер)	≤ 20 мм	20–50 мм	≥ 50 мм
T (topography, расположение)	Нижний этаж	Средний этаж	Верхний этаж
E (extension of the base, ширина основания)	≤ 1/3 стенки	1/3 – 2/3 стенки	≥ 2/3 стенки
P (penetration, проникновение)	0%	≤ 50%	> 50%
W (wall, стенка матки)	Передняя или задняя стенка	Латеральная стенка	

Учитывая наличие анемии, а также II группу сложности гистероскопической резекции узла, была выбрана следующая тактика ведения данной пациентки:

1. Эсмия (улипристала ацетат) 5 мг по 1 таблетке 1 раз в день в непрерывном режиме 12 недель.
2. Антианемическая терапия: мальтофер (гидроксида железа трехвалентного полимальтозный комплекс) 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день.
3. Комплексная этиотропная противовоспалительная терапия, включая местную санацию мирамистином в форме суппозитория.
4. Коррекция гиперпролактинемии: проводилась растительным препаратом на основе прутняка обыкновенного в течение 30 дней.
5. Гистероскопическая резекция узла.
6. Консультация эндокринолога.

На фоне приема улипристала ацетата и мальтофера аномальное маточное кровотечение у пациентки прекратилось в течение недели, уровень гемоглобина за это время повысился до 103 г/л.

В течение 3 месяцев приема улипристала ацетата наблюдалась аменорея. В течение 1 месяца уровень гемоглобина составил 122 г/л, уровень ферритина – 16 нг/мл. Миоматозный узел уменьшился в размерах до 25,5 мм в диаметре (объем = 9 мл, уменьшение объема узла составило 75%) (рис. 7).

Через 12 недель от начала приема улипристала ацетата была выполнена гистероскопия с резекцией миоматозного узла. Учитывая выраженное кровоснабжение узла, во время операции наблюдалась повышенная кровопотеря, которая была

купирована с помощью внутривенного капельного введения терлипрессина, транексамовой кислоты.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, противовоспалительная, рассасывающая терапия. В этот период у пациентки также наблюдалась гематометра. Дополнительно назначена санация полости матки раствором антисептика, дренирование полости матки с помощью катетера Фолея (рис. 8–10).

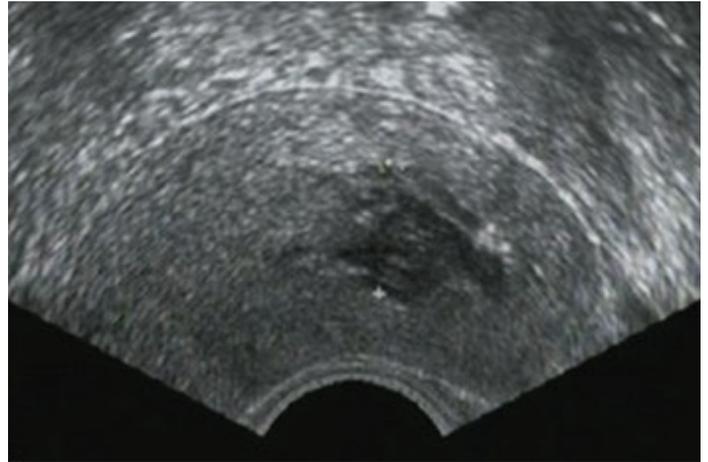


РИСУНОК 8. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 5 ДНЕЙ ПОСЛЕ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ УЗЛА



РИСУНОК 9. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 8 ДНЕЙ ПОСЛЕ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ УЗЛА (В ПОЛОСТИ МАТКИ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ РАЗДУТЫЙ КОНЕЦ КАТЕТЕРА ФОЛЕЯ)

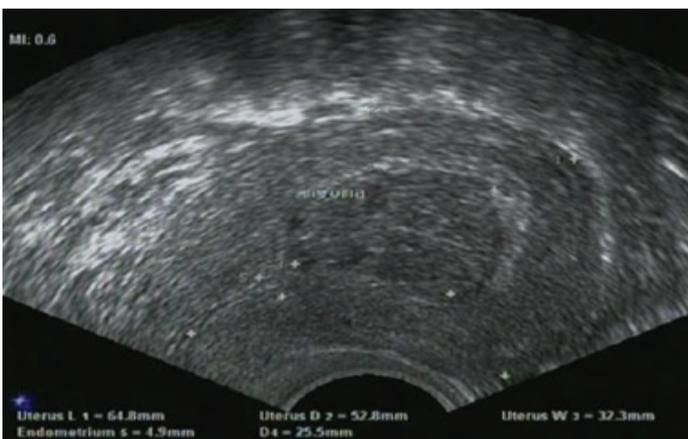


РИСУНОК 7. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 12 НЕДЕЛЬ НА ФОНЕ ПРИЕМА ЭСМИИ

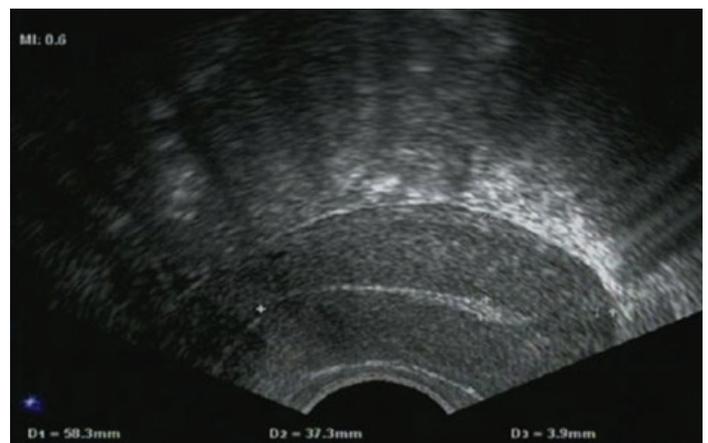


РИСУНОК 10. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 14 ДНЕЙ ПОСЛЕ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ УЗЛА

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

В рамках проведения научно-исследовательской работы пациентке было проведено ультразвуковое, доплерографическое, морфологическое, а также иммуногистохимическое исследование эндометрия в первую фазу менструального цикла через 6 месяцев после оперативного вмешательства. Были получены следующие результаты: при ультразвуковом исследовании толщина и структура эндометрия соответствовали фазе менструального цикла (рис. 11); при доплерографическом исследовании эндометрия диагностирован 3-й тип кровоснабжения (сосуды достигали внутреннего гиперэхогенного слоя) (рис. 12).

Морфологически эндометрий также соответствовал фазе менструального цикла. При проведении иммуногистохимического исследования не выявлено проявлений хронического эндометрита (рис. 13) (экспрессия CD138 – отрицательная) и изменений экспрессии маркера макрофагальной реакции CD68 в стромальных структурах эндометрия (рис. 14). Кроме того, не отмечалось достоверной разницы показателей натуральных киллеров CD16 (рис. 15) и CD56, а также экспрессии CD45 (рис. 16) по сравне-

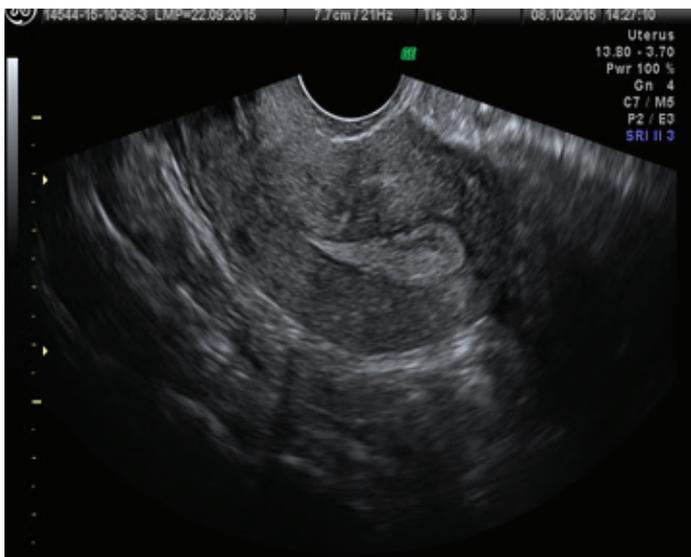


РИСУНОК 11. ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ УЗЛА

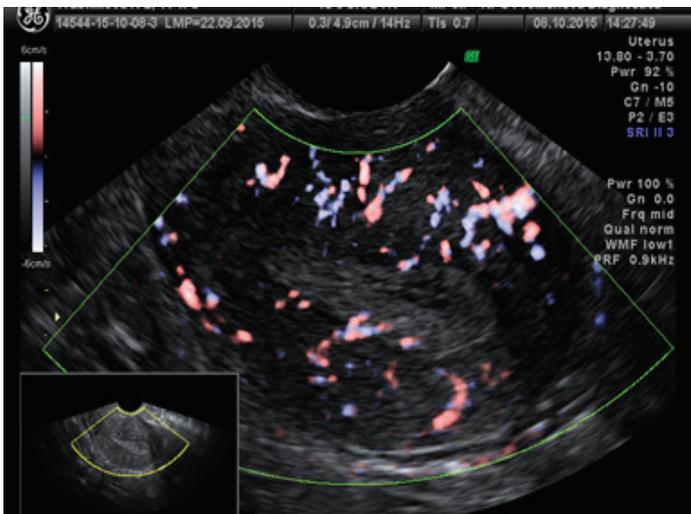


РИСУНОК 12. ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ УЗЛА

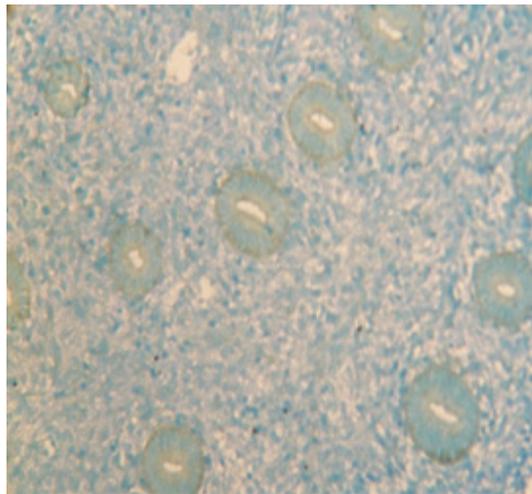


РИСУНОК 13. ЭКСПРЕССИЯ CD138 В СТРОМЕ ЭНДОМЕТРИЯ

Непрямой стрептавидин-пероксидазный метод выявления экспрессии с моноклональными антителами к CD138. Микрофотография. Окуляр 10, объектив 20.

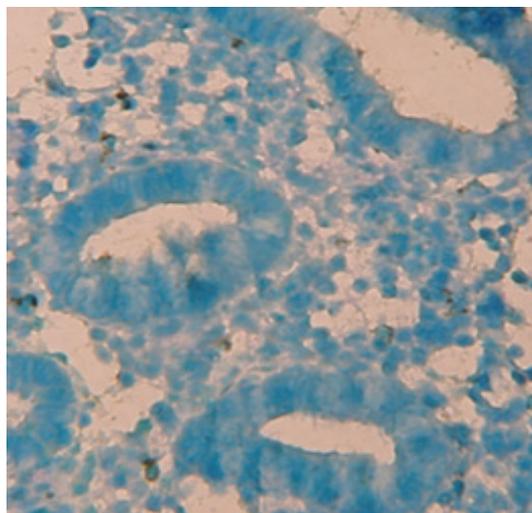


РИСУНОК 14. ЭКСПРЕССИЯ CD68 В СТРОМЕ ЭНДОМЕТРИЯ

Непрямой стрептавидин-пероксидазный метод выявления экспрессии с моноклональными антителами к CD68. Микрофотография. Окуляр 10, объектив 20.

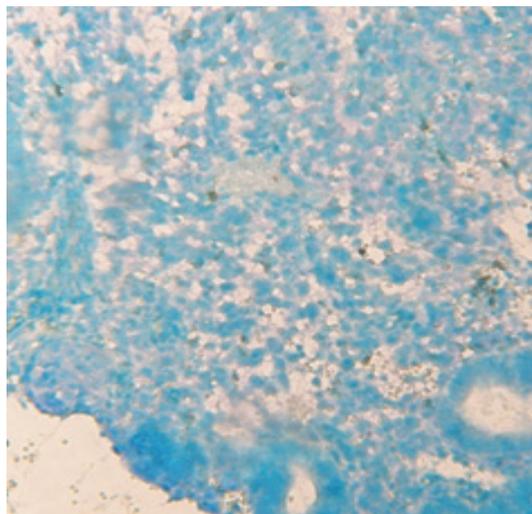


РИСУНОК 15. ЭКСПРЕССИЯ НАТУРАЛЬНОГО КИЛЛЕРА CD16 В СТРОМЕ ЭНДОМЕТРИЯ ВОКРУГ ЖЕЛЕЗ

Непрямой стрептавидин-пероксидазный метод выявления экспрессии с моноклональными антителами к CD16. Микрофотография. Окуляр 10, объектив 10.



РИСУНОК 16. ЭКСПРЕССИЯ CD45 В СТРОМЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПОД ПОВЕРХНОСТНЫМ ЭПИТЕЛИЕМ

Непрямой стрептавидин-пероксидазный метод выявления экспрессии с моноклональными антителами к CD45. Микрофотография. Окуляр 10, объектив 10.

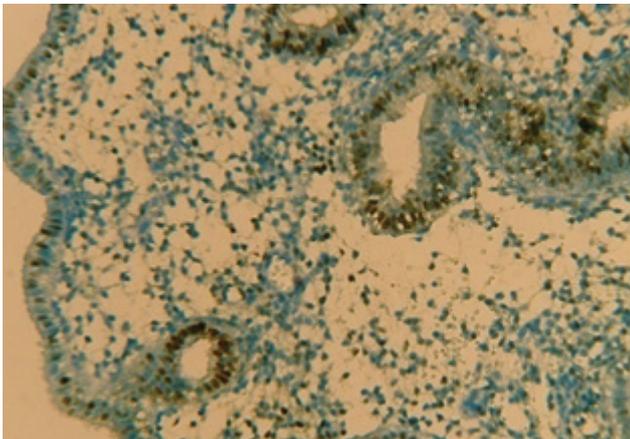


РИСУНОК 17. ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ В ЯДРАХ ЭПИТЕЛИЯ ЖЕЛЕЗ И СТРОМЫ

Непрямой стрептавидин-пероксидазный метод выявления экспрессии с моноклональными антителами к эстрогеновым рецепторам. Микрофотография. Окуляр 10, объектив 10.

нию с эндометрием группы контроля. В то же время отмечалось неравномерное очаговое снижение экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона в ядрах эпителия желез и стромы (рис. 17).

ВЫВОДЫ

Таким образом, приведенный выше клинический случай позволяет оценить высокую эффективность комбинации улипристала ацетата в дозе 5 мг и гидроксида железа (III) полимальтозного комплекса (мальтофера) в лечении симптомной лейомиомы матки у пациенток репродуктивного возраста с целью подготовки к оперативному лечению. Данное сочетание лекарственных препаратов позволило не только быстро устранить клиническую симптоматику, но и создать условия для органосохраняющего хирургического лечения миомы матки, повысить безопасность и эффективность операции, а также избежать осложнений в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ендина, А.В.
Регуляция обмена железа у женщин репродуктивного возраста с доброкачественной патологией тела матки, осложненной кровотечением / А.В. Ендина, Г.П. Гладиллин // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 7. – С. 87–90.
Endina, A.V., Gladilin, G.P.
“Regulation of iron metabolism in women of reproductive age with benign uterine body pathology, complicated by bleeding.” *Basic Research 7* (2013): 87–90.
2. Заболотнов, В.А.
Современная классификация лейомиомы матки / В.А. Заболотнов, А.Н. Рыбалка, В.Й. Шатила, Н.В. Косолапова // *Здоровье женщины*. – 2015. – № 1 (97). – С. 70–73.
Zabolotnov, V.A., Rybalka, A.N., Shatila, V.Y., Kosolapova, N.V.
“Modern classification of the uterus leiomyoma.” *Women’s Health 1.97* (2015): 70–73.
3. Косей, Н.В.
Лейомиома матки (клініка, патогенез, діагностика та лікування): автореф. дис. ... д. мед. н.: спец. 14.01.01 / Н.В. Косей // К., 2009. – 36 с.
Kosei, N.V.
Uterine leiomyoma (clinic, pathogenesis, diagnosis and treatment): dissertation thesis for a MD degree. Sciences specialty 14.01.01. Kyiv (2009): 36 p.
4. Татарчук, Т.Ф.
Новое в гормональной регуляции развития миомы матки / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. – 2015. – № 7 (93). – С. 21–27.
Tatarchuk, T.F., Kosei, N.V.
“New in the hormonal regulation of uterine fibroids.” *Medical aspects of women’s health 7.93* (2015): 21–7.
5. Татарчук, Т.Ф.
Современные принципы лечения лейомиомы матки / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей // *Здоров’я України. Тематичний номер*. – Грудень 2012. – С. 10–13.
Tatarchuk, T.F., Kosei, N.V.
“Modern principles of treatment of uterine leiomyoma.” *Health of Ukraine, December thematic issue* (2012): 10–13.
6. Татарчук, Т.Ф.
Сучасні принципи діагностики та лікування лейомиоми матки / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей // *Сімейна медицина*. – 2005. – № 4. – С. 67–73.
Tatarchuk, T.F., Kosei, N.V.
“Modern principles of diagnosis and treatment of uterine leiomyoma.” *Family Medicine 4* (2005): 67–73.
7. Cook, H., Ezzati, M., Segars, J.H., McCarthy, K.
“The impact of uterine leiomyomas on reproductive outcomes.” *Minerva Ginecologica 62.3* (2010): 225–36.
8. Donnez, J., Tomaszewski, J., Vazquez, F., et al. PEARL II Study Group.
“Ulipristal acetate versus leuprolide acetate for uterine fibroids.” *N Engl J Med 366* (2012): 421–32.
9. Lasmar, R.B., et al.
“Hysteroscopic Myomectomy STEP-W Classification.” *J Minim Invasive Gynecol 12.4* (2005): 308–11.
10. Uterine myoma, myomectomy and minimally invasive treatments. Ed. by A. Tinelli, A. Malvasi.
Springer International Publishing (2015): 281 p.
DOI: 10.1007/978-3-319-10305-1

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМНОЙ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., профессор, член-корр. НАМН Украины, зам. директора по научной работе, зав. отделением эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»
Н.В. Косей, д. мед. н., гл. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»
Н.А. Редько, науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»
Н.В. Яроцкая, мл. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»
В.А. Джупин, аспирант отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

Лейомиома матки – самая распространенная доброкачественная опухоль. Клиническая частота этой патологии колеблется от 30 до 50%, морфологическая частота – до 80%. Нередко лейомиома матки протекает практически бессимптомно до определенного периода и может быть спонтанно обнаружена при профилактическом осмотре или зачастую иметь один лишь симптом, на который женщины могут не обращать внимания – обильные менструации на протяжении последних месяцев или лет. При этом часто развивается синдром дефицита железа и анемия.

Тактика ведения больных лейомиомой матки за последние десятилетия претерпела кардинальные изменения – на смену выжидательному режиму пришло раннее реагирование с момента ее диагностики. Задачи лечения на этапе обнаружения – предотвращение дальнейшего роста опухоли, стабилизация или уменьшение ее размеров.

В статье приведен клинический случай органосохраняющего хирургического лечения симптомной субмукозной лейомиомы матки, сопровождающейся аномальными маточными кровотечениями с последующим развитием постгеморрагической анемии средней степени тяжести у пациентки репродуктивного возраста. При оценке сложности гистероскопической резекции узла по классификации STEP-W данный субмукозный узел отнесен ко II группе, что потребовало предварительного уменьшения его размеров перед проведением хирургического вмешательства. С данной целью был назначен препарат группы селективных модуляторов прогестероновых рецепторов – улипристала ацетат в дозе 5 мг. С целью лечения постгеморрагической железодефицитной анемии был применен препарат гидроксида железа (III) полимальтозный комплекс (мальтофер). Данное сочетание лекарственных препаратов позволило не только быстро устранить клиническую симптоматику, но и создать условия для проведения органосохраняющего оперативного лечения миомы матки, повысить безопасность и эффективность операции, избежать осложнений в послеоперационный период. Оценка состояния эндометрия через 6 месяцев после проведения гистероскопической резекции миоматозного узла на фоне подготовки вышеперечисленными препаратами показала его соответствие фазе менструального цикла, хорошее кровоснабжение, отсутствие маркеров воспаления и лишь незначительное снижение экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона.

Ключевые слова: субмукозная лейомиома матки, классификация STEP-W, гистероскопическая резекция узла, аномальное маточное кровотечение, железодефицитная анемия, улипристала ацетат, гидроксида железа (III) полимальтозный комплекс, эндометрий.

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ СИМПТОМНОЇ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ У ПАЦІЕНТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заст. директора з наукової роботи, зав. відділенням ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»
Н.В. Косей, д. мед. н., гол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»
Н.О. Редько, наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»
Н.В. Яроцька, мол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»
В.О. Джупін, аспірант відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

Лейомиома матки – найпоширеніша доброякісна пухлина. Клінічна частота цієї патології коливається від 30 до 50%, морфологічна частота – до 80%. Нерідко лейомиома матки протікає практично безсимптомно до певного періоду і може бути спонтанно виявлена під час профілактичного огляду або часто мати лише один симптом, на який жінки можуть не звертати уваги – ясні менструації протягом останніх місяців або років. При цьому часто розвивається синдром дефіциту заліза й анемія.

Тактика ведення хворих лейомиомою матки за останні десятиліття зазнала кардинальних змін – на зміну вичікувальному режиму прийшло раннє реагування від моменту її діагностики. Завдання лікування на етапі виявлення – запобігання подальшому зростанню пухлини, стабілізація або зменшення її розмірів.

У статті наведено клінічний випадок органозберігаючого хірургічного лікування симптомної субмукозної лейомиоми матки, що супроводжується аномальними матковими кровотечами з подальшим розвитком постгеморрагічної анемії середнього ступеня тяжкості у пацієнтки репродуктивного віку. При оцінці складності гістероскопічної резекції вузла за класифікацією STEP-W даний субмукозний вузол був віднесений до II групи, що вимагало попереднього зменшення його розмірів перед проведенням хірургічного втручання. З цією метою був призначений препарат групи селективних модуляторів прогестеронових рецепторів – улипристалу ацетат в дозі 5 мг. З метою лікування постгеморрагічної залізодефіцитної анемії був застосований препарат гідроксиду заліза (III) полімальтозного комплексу (мальтофер). Дане поєднання лікарських препаратів дозволило не тільки швидко усунути клінічну симптоматику, але й створити умови для проведення органозберігаючого оперативного лікування міоми матки, підвищити безпеку і ефективність операції, уникнути ускладнень в післяопераційному періоді. Оцінка стану ендометрія через 6 місяців після проведення гістероскопічної резекції міоматозного вузла на фоні підготовки вищезазначеними препаратами показала його відповідність фазі менструального циклу, добре кровопостачання, відсутність маркерів запалення і лише незначне зниження експресії рецепторів естрогенів і прогестерону.

Ключові слова: субмукозна лейомиома матки, класифікація STEP-W, гістероскопічна резекція вузла, аномальна маткова кровотеча, залізодефіцитна анемія, улипристалу ацетат, гідроксиду заліза (III) полімальтозний комплекс, ендометрій.

CONSERVING THERAPY FOR SYMPTOMATIC UTERINE LEIOMYOMA IN PATIENT OF REPRODUCTIVE AGE

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, Deputy Director for Research Work, Chief of the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"
N.V. Kosei, MD, chief researcher at the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"
N.A. Redko, researcher at the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"
N.V. Iarotska, junior researcher at the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"
V.A. Dzhupin, postgraduate student at the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

Uterine leiomyoma is the most common benign tumor. The clinical incidence of this disease varies from 30 to 50%, morphological rate is up to 80%. Often uterine leiomyoma occurs asymptomatic until a certain period and can be spontaneously detected during routine examination and often have only one symptom which women can ignore – heavy menstruation over the past months or years. It is often develop iron deficiency syndrome and anemia.

Management of patients with uterine leiomyoma in the last decades has dramatically changed – expectant management replaced early response since its diagnosis. Prevention of further tumor growth, stabilization or decrease its size are objectives of treatment at the detection stage.

A clinical case of organ-saving surgical treatment of symptomatic uterine submucosal leiomyoma accompanied by abnormal uterine bleeding with subsequent development of post-hemorrhagic anemia of moderate severity in patients of reproductive age is described in the article. According to STEP-W classification the submucous node assigned to group II, which required preliminary reducing its size prior to surgery. Ulipristal acetate 5 mg as a preparation of selective progesterone receptor modulators was administered. For the post-hemorrhagic treatment of iron deficiency anemia drug iron hydroxide (III) complex polymaltose (maltofer) was used. This combination of drugs is not only possible to quickly eliminate clinical symptoms, as well as to create conditions for the organ-surgical treatment of uterine fibroids, increase the safety and efficiency of operations, to avoid complications in the postoperative period. Evaluation of the endometrium 6 months after hysteroscopic resection of myoma node after administration these drugs showed conformity with the phase of the menstrual cycle, a good blood supply, the absence of inflammation markers and a slight decrease of estrogen and progesterone receptors expression.

Keywords: submucous leiomyoma of the uterus, STEP-W classification, hysteroscopic resection of node, abnormal uterine bleeding, iron deficiency anemia, ulipristal acetate, hydroxide iron (III) complex polymaltose, endometrium.