



**Львівська  
медична  
спільнота**

**МЕДИЧНА НАУКА ТА ПРАКТИКА  
В УМОВАХ СУЧАСНИХ  
ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ**

**м. Львів**

**23–24 квітня 2021 р.**

**Громадська організація  
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ**

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНА НАУКА ТА ПРАКТИКА  
В УМОВАХ СУЧАСНИХ  
ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ»**

**23-24 квітня 2021 р.**

**Львів  
2021**

**Чермак І. І.**  
*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри акушерства та гінекології  
післядипломної освіти*

**Макаренко М. В.**  
*доктор медичних наук,  
професор кафедри акушерства та гінекології  
післядипломної освіти*

**Мартинова Л. І.**  
*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри акушерства  
та гінекології післядипломної освіти  
Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ**

У структурі доброякісних пухлин у жінок репродуктивного віку міома матки зустрічається в досить високому відсотку (до 70%) [1; 3]. За даними літературних джерел, в 25-50% дане захворювання супроводжується симптомами, вид і тяжкість яких корелює з локалізацією, розмірами і кількістю міоматозних вузлів, наявністю або відсутністю в них дегенеративних порушень [1; 6].

У пацієнок репродуктивного віку наявності лейоміоми нерідко супроводжують аномальні маткові кровотечі, найчастіше характеризуються рясними менструальними кровотечами (МК), які зустрічаються приблизно у 40-50% жінок з міомою в репродуктивному віці. Так, за результатами дослідження

J.A. Fonseca-Moutinho з співавт. (2013) відзначається, що при наявності скарг на ОМК під час ультразвукової діагностики в 73,3% випадків виявляються міоматозні вузли [2].

В даний час в тактиці ведення пацієнок з симптомною міомою матки переважає хірургічне лікування, що включає радикальні і органозберігаючі операції з використанням різних

доступів [1; 2; 3]. На жаль, до сих пір у всьому світі лідуючі позиції в хірургічному лікуванні займає радикальне втручання в обсязі гістеректомії [1; 4; 6], а наявність у пацієнок лейоміоми, що супроводжується матковими кровотечами і анемією, одна з найбільш частих причин для проведення цих операцій [1; 5]. Наприклад, в США видалення матки стоїть на другому місці після кесаревого розтину серед хірургічних втручань у жінок. У рік в Америці проводиться близько 600 тис. гістеректомій, 200 тис. з них з приводу міоми матки [2; 5].

Медикаментозна терапія суттєво розширює можливості гінеколога у виборі методів лікування. В останні десятиріччя в фармакотерапії міоми широко використовуються гормональні препарати, дія яких спрямована на патогенетичні ланки розвитку пухлини, на зменшення клінічних проявів, а також розмірів вузлів. З 90-х років минулого століття в медикаментозній терапії міоми матки з'явилася можливість застосування препарати з груп агоністів гонадотропін-релізінг гормону (а-ГнРГ) і антагоністів ГнРГ (ант-ГнРГ). Дія а-ГнРГ характеризується зв'язуванням з ГнРГ-рецепторами в гіпофізі, що активує вивільнення фолікулоstimулюючого і лютеїнізуючого гормонів (ФСГ і ЛГ), тим самим знижується продукція стероїдних гормонів. На тлі прийому препаратів з групи а-ГнРГ виникає гіпоестрогенемія, внаслідок цього зменшується розмір вузлів міоми, а також розвивається аменорея [1; 2; 5].

Під впливом аналогів ГнРГ відзначається значуще скорочення розмірів вузлів міоми, що досягає 40-50% від попередніх розмірів [6]. Препарати з групи а-ГнРГ знайшли широке застосування в клінічній практиці в якості передопераційної медикаментозної терапії протягом 2-4 міс: у пацієнок з симптомною лейоміомою приблизно через 20-30 днів настає аменорея, і рівень гемоглобіну сягає нормальних значень; інтраопераційно знижується загальна крововтрата.

У Кокранівському огляді A. Lethaby з співавт. (2017), що включає в себе 38 рандомізованих досліджень з загальною кількістю 3623 клінічних випадків, була показана висока ефективність а-ГнРГ в якості передопераційної медикаментозної терапії, на тлі якої виражено знижуються розміри міоми, припиняються маткові кровотечі і підвищується рівень гемо-

глобіну, а також знижуються загальна інтраопераційна крововтрата і тривалість операції. Дослідження такого рівня дозволяють говорити про високий рівень доказовості отриманих даних, які з високою часткою впевненості можна використовувати в клінічній практиці. Таким чином, терапія а-ГнРГ найбільш ефективна і безпечна як медикаментозна підготовка до міомектомії для зменшення міоматозних вузлів і обсягу матки, зупинки МК, корекції анемії та зниження інтраопераційної крововтрати.

Міфепристон (RU-486) – перший синтезований антагоніст рецепторів прогестерону. Препарат має інгібуючий вплив на зв'язування прогестерона з прогестероновими рецепторами (ПР), а також блокування глюкокортикоїдних рецепторів. Міфепристон діє як чистий антагоніст ПР [3, 5]. Дослідження по використанню міфепристона в терапії міоми матки показують суперечливі дані. У Кокранівському огляді від 2012 році відзначена ефективність препарату в зупинці МК з відсутністю його впливу на розміри вузлів [6]. В іншому метаналізі вказується на ефективність міфепристону в зменшенні розмірів пухлини, зупинці МК, зменшенні больового синдрому [6]. У більшій частині досліджень все ж вказується на відсутність впливу препарату на розміри вузлів [1; 2; 5]. Важливим побочним ефектом міфепристона є «естрогеновий» ефект на ендометрій. Тривалий прийом міфепристону призводить до розвитку гіперплазії ендометрія, а також розвитку рясних менструальних і кровотеч.

Пацієнткам з міомою, що супроводжується МК і анемією, в обов'язковому порядку необхідно проведення лікувальних заходів. До сих пір в веденні таких пацієнток переважає хірургічне лікування і, на жаль, часто в обсязі гістеректомії. Великий внесок в оптимізацію тактики ведення хворих на міому матки внесло розвиток можливостей фармакотерапії. У випадку з МК, пов'язаними з наявністю лейоміоми, медикаментозний підхід, що передбачає припинення кровотеч, корекцію анемії, зменшення розмірів міоматозних вузлів та матки, нерідко виявляється достатньо ефективним як в якості передопераційної підготовки, так і в якості самостійної терапії. В даний час в нашому арсеналі є препарати, що відповідають перерахованим вище критеріям ефективності. У нашому розпорядженні є оновлені клінічні рекомендації, що відповідають світовим тенденціям в лікуванні міоми матки.

#### Список літератури:

1. Vilos J.A., Allaire C., Laberge P.Y., Leyland N. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynecol Canada*. 2015; 37(2):157–78. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30338-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30338-8).
2. Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S.; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143(3):393–408. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12666>.
3. Donnez J., Dolmans M.M. Uterine fibroids management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. 2016;22(6):665–86. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw023>.
4. El-Balat A., DeWilde R.L., Schmeil I. et al. Modern myoma treatment in the last 20 years: a review of the literature. *BioMed Research International*. 2018;4:1–6. <https://doi.org/10.1155/2018/4593875>.
5. Ghoni M., Magby R., Sabbour M. et al. A systematic review and metaanalysis of ulipristal acetate for symptomatic uterine fibroids. *Int J Gynecol Obstet*. 2019;146(2):141–8. <https://doi.org/10.1002/ijga.12868>.
6. Puchar A., Feyeux C., Luton D., Koskas M. Therapeutic management of uterine fibroid tumors. *Minerva Ginecol*. 2016;68(4):466–76.