Індивідуалізація підходу до інтраопераційної сонографії під час гістерорезектоскопії у жінок з міомою матки.

аспірант відділу малоінвазивної хірургії
Хабрат А.Б., д. мед. н. Литвак О.О. д.м.н.
Шадлун Д.Р.
Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами
Електронна адреса:
gineccovua@gmail.com;
0506902242@ukr.net

Конфлікт інтересів: відсутній

Мета наукової роботи:
індивідуалізувати вибір тактики хірургічного втручання під час гістероскопії у у жінок з міомою матки, з субмукозним розташуванням вузла, шляхом застосування в візуальної діагностики.

Методи дослідження:
використані загально-клінічні, лабораторно-інструментальні та променеві методи дослідження (УЗД, МРТ). Діагноз у всіх пацієнтів підтверджений

•Завдання дослідження:
• вивчити методи візуальної діагностики які застосовувалися
•у пацієнток репродуктивного віку з міомою матки
• в періопераційном
•у періоді та надати їм інформативну оцінку;

•дослідити залежність перебігу оперативного втручання,
• в залежності від сонографічної візуальної діагностики
•та інтраопераційної навігації.

Дизайн дослідження n=200

1 Група
Основна n=120
пацієнток які обстежувалися тільки сонографічним методом

2 Група
Порівння n=80
які пройшли в періопераційному обстеженні МРТ+ УЗД

Тригери виникнення субмукозної міоми матки

- наявність умовно-патогенних інфекційних агентів(Ureaplasma і C. albicans,
- Micoplasma і HSV1/2) на тлі зниження концентрації або відсутність Lactobacillus spp. в урогенітальній флорі; (16,1%);
- - часта наявність в анамнезі хронічного сальпінгіту з гідросальпінксами(56,1%)
- висока частота оперативних втручань на органах черевної порожнини і малого тазу
- , зокрема на стінках порожнини матки (67,2% і 31,6% відповідно);
- превалювання в анамнезі ендокринопатій, зокрема патологія щитоподібної залози (ПЩЗ) (58,2%) та дисметаболічних порушень (39,2%);
- підвищення показників концентрації андрогенів (Т вільного і ДГЕА-С),
- ЛГ, ФСГ, ТГ, 17 ., пролактину, зниження концентрації прогестерону в другій фазі циклу- кісти яєчників і аденоміоз (21,5%, 19,3% відповідно);- висока частота спостереження супутніх патологічних станів ендометрію (гіперплазія ендометрія (ГЕ) - 3,7%) і аденоміоз (4,5%); - порушення менструальної функції за типом опсоменореї (25,1%), вторинної аменореї (25,1%); поліменорея і міжменструальні виділення (50%);
- - невиношування в анамнезі (10,7%);- знижені/ високі показники АМГ, незалежно відвіку.- більше 3 спроб ЕКЗ в анамнезі (57,9%);
- на тлі дисгормональних порушень, чи різнонаправлених імунних процесів під час аутоімунних конфліктів ,що супроводжують чи ендометріоїдне ураження матки та яєчників,чи АПТ , чи при впливі інфекційних агентів, які проникають в ендометрій / міометрій підчас численних оперативних втручань на органах черевної порожнини і малого тазу , зокрема на стінках порожнини матки(РВПМ) відбувається патологічна зміна гемомікроциркуляторного русла матки, яєчників, аутоімунне чи запальне пошкодження рецепторного апарату клітин міометрію, ендометрію та фолікулярного апарату яєчників, що безпосередньо знижує їх відгуку на нейрогуморальну регуляцію або дає викревленний їх патологічний відгук

Особливості гормонального гомеостазу пацієнток з субмукозними вузлами матки та безпліддям

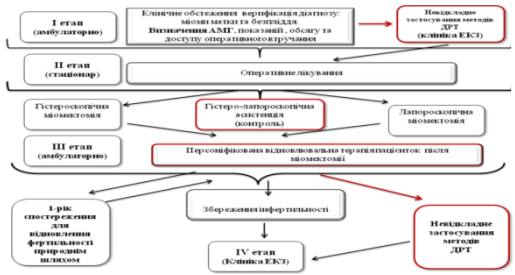
Показники	Перша (основна) група n = 128	Друга (порівняльна) група n = 128	Третя (контрольна) група n = 60	Нормативні значення
ЛГ, мМО/мл	11,8 ± 1,1▲■	9,6 ± 1,1●■	7,8 ± 1,1●▲	0,5-5,0
ФСГ, мМО/мл	0,5 ± 0,7▲■	0,8 ± 0,9●■	1,4 ± 0,9●▲	1,8-10,5
Пролактин, мМЕ/мл	480,2 ± 3,9	335,3 ± 7,6	680,2 ± 3,9	72-480
Естрадіол, нмоль/л	396,7 ± 28,5▲■	288,3 ± 26,8●■	188,3 ± 26,8●▲	30- 200
Прогестерон, нмоль/л	1,5 ± 1,9▲■	2,3 ± 0,3●■	1,5 ± 0,3●▲	3,8 ± 1,9

▲-p≤0,05 по відношенню пацієнток1-ї та 3-ї груп у порівнянні з 2-ю

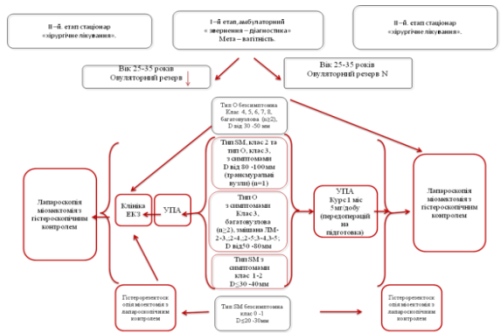
■ - p≤0,05 по відношенню пацієнток1-ї та 2-ї груп

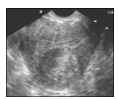
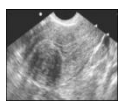
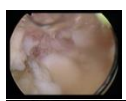
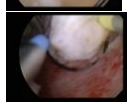
●-p≤0,05 по відношенню пацієнток2-ї та 3-ї груп у порівнянні з 1-ю

Алгоритм організації клінічного супроводу пацієнток репродуктивного віку з лейоміомою матки



Алгоритм клінічного супроводу та принципи вибору доступу органозберігаючого оперативного втручання у пацієнток з ЛМ репродуктивного віку



Висновки: Вузли SM I / II до 2,0 см

Наявність субмукозних вузлів типу 0 та типу I (до 2,0 см) з такими ускладненнями вагітності, як біль, передчасне відшарування плаценти, формування ретроплацентарних гематом, вростання плаценти в ділянці вузла, післяпологовою кровотечею , що в свою чергу свідчить на користь превентивної гістерорезекції таких вузлів, навіть у випадку відсутності їх клінічних ознак на етапі планування вагітності.

Узагальнюючи світовий досвід гістерорезекції можна стверджувати що найкращі результати настання вагітності (55%) і живонародження (80%) у хворих з субмукозною міомою отримані після гістерорезекції вузлів від 2,0 до 4,0 см в діаметрі.

Вузли типуSM I / II / OIII до 3,5-4,0см.

Такі вузли для одномоментної повної резекції шляхом гістероскопії потребують сонографічної навігації для розуміння відстані до сумукозної оболонки та товщини м'язевого прошарку між вузлом та ендометрієм.

Субмукозні вузли SMI/SMII до 3,5 см

При гістерорезекції вузлів даного типу доцільна інтраопераційна сонографічна навігація, що запобігає проблемам, що виникають при двоетапному видаленні субмукозного вузла :

- складність забезпечення адекватного інтраопераційного гемостазу;
- "проривні" маткові кровотечі у післяопераційному періоді;
- ймовірні септичні ускладнення, що значно знижують настання вагітності та її виношування в майбутньому.