

Миома матки: гистерэктомия или медикаментозная терапия?

Пострепродуктивный период для женщины характеризуется серьезными изменениями в организме, на фоне которых значительно увеличивается риск развития ряда патологических процессов, крайне негативно сказывающихся на состоянии ее здоровья, уровне качества жизни и чреватых если не смертельным исходом, то значительным сокращением продолжительности жизни. Тем не менее в некоторых ситуациях данные нарушения не ассоциированы с физиологическим старением репродуктивной системы и возникают вследствие необходимости применения деструктивно-радикальных методов хирургического лечения такой распространенной патологии, как миома матки.

Долгое время гистерэктомия была золотым стандартом в лечении этого заболевания, но со стремительным развитием консервативных подходов, в частности медикаментозной терапии, произошла переоценка целесообразности применения хирургических методов лечения. На сегодняшний день медикаментозная терапия не только позволяет сохранить репродуктивный потенциал женщины, в том числе и при наличии доброкачественных новообразований матки, но и повысить качество и продолжительность их жизни.

Эта тема была затронута во множестве докладов, представленных в рамках I Международного конгресса «Репродуктивное здоровье: мультидисциплинарный подход к непрерывному профессиональному развитию врачей», состоявшегося в г. Киеве 27-28 апреля 2017 года, однако наше внимание привлек один из них.

Основные аспекты медикаментозной терапии в сохранении репродуктивного здоровья женщины и целесообразность применения хирургических методов лечения при миоме матки рассмотрела в своем выступлении член-корреспондент НАМН Украины, заместитель директора по научной работе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Татьяна Феофановна Татарчук.

— Как известно, миома матки — одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей. Она поражает около 25% женщин репродуктивного возраста и до 70% — в возрасте менопаузы (50 лет и старше). Несмотря на то что миома не является злокачественным процессом, клинические симптомы (маточные кровотечения, анемия, болевой и компрессионный синдромы), возникающие на ее фоне, крайне негативно сказываются на качестве жизни пациентки и в большинстве случаев приводят к значительному снижению и даже потере трудоспособности (D. Baird, D.B. Dunson et al., 2003; A. Tinelli, A. Malvasi et al., 2015).

Концепция лечения данной патологии за последнее время претерпела ряд изменений, однако перед тем как приступить к обсуждению современных подходов, следует более подробно остановиться на рассмотрении уже устаревших методов.

Так, во всем мире до конца XX столетия золотым стандартом в лечении миомы матки являлась гистерэктомия. Основным показанием к ее применению, помимо миомы матки, было наличие эндометриоза, аномальных маточных кровотечений и пролапса матки. Целесообразность проведения гистерэктомии объясняется надежностью и относительной безопасностью данной операции, однако она неизбежно ведет к потере репродуктивной функции, гормональным, физическим и психологическим нарушениям, а также усугубляет уже имеющиеся нарушения гомеостаза и, по сути, способствует раннему наступлению и прогрессированию симптомов климактерия. В свою очередь увеличивается и риск более раннего развития серьезных нарушений (урогенитальные расстройства, пролапс, сердечно-сосудистая патология, остеопороз), которые в норме, как правило, развиваются в постменопаузальный период (после 50 лет).

Именно поэтому в соответствии с алгоритмом ведения пациенток после гистерэктомии, особенно в возрасте до 50 лет, обязательной составляющей является заместительная гормональная терапия (комбинированными монофазными

эстроген-гестагенными препаратами — при субтотальной гистерэктомии с овариоэктомией; моноэстрогенными препаратами — при тотальной гистерэктомии с овариоэктомией).

В соответствии с современными представлениями о рациональном подходе к лечению миомы матки и патологических состояний, которые ранее ассоциировались с необходимостью проведения гистерэктомии (аномальные маточные кровотечения, эндометриоз и т.п.), на первый план выходит медикаментозная терапия в комплексе с модификацией образа жизни пациентки. При этом хирургический подход должен рассматриваться только в крайних случаях или когда медикаментозная терапия не позволила добиться желаемого результата.

Одним из наиболее рациональных подходов к лечению миомы матки без проведения гистерэктомии является назначение модуляторов прогестероновых рецепторов (улипристала ацетат). Назначение данной группы препаратов осуществляется с целью подавления роста и уменьшения объемов миомы матки на всех фазах ее развития посредством подавления пролиферации и индукции апоптоза. Препараты этой группы модулируют соотношение прогестероновых рецепторов в клетках миомы матки, снижают жизнеспособность клеток, подавляют экспрессию факторов роста и ангиогенных факторов, индуцируют апоптоз и вызывают стресс эндоплазматического ретикулума (S. Yoshida, 2010).

При наличии аномального маточного кровотечения хирургическое лечение должно осуществляться только в случае отсутствия эффекта медикаментозной терапии или при плохой ее переносимости. При развитии анемии следует незамедлительно начать прием пероральных форм препаратов железа, а при остром аномальном маточном кровотечении — приступить к инфузии внутривенных его форм. Следует отметить, что у пациенток с гиперпролиферативными процессами эндометрия особенно важно предотвратить развитие гипоксии и оксидативного стресса, вызванных анемией. При острой постгеморрагической анемии целесообразно назначать инъекционные препараты карбоксимальтозы железа — Феринжек[®], а при хронической, средней и легкой степени — пероральные формы железа (III) гидроксида полимальтозат — Мальтофер[®].

Тем не менее гистерэктомия является распространенным хирургическим вмешательством в нашей стране, в связи с чем остается высоким риск развития тяжелых осложнений



Т.Ф. Татарчук

(сердечно-сосудистых заболеваний — ССЗ, остеопороза), что требует постоянного медикаментозного контроля с последующей коррекцией климактерических расстройств.

При наблюдении женщин в возрасте менопаузы особое внимание следует уделять контролю риска развития не только ССЗ, но и так называемой немой эпидемии III тысячелетия — остеопороза. Уступая в статистике заболеваемости и смертности среди женского населения в возрасте менопаузы только ССЗ, остеопороз развивается у 1 из 3 женщин в возрасте старше 50 лет. В Украине количество женщин с остеопорозом и остеопенией, диагностированными по данным ультразвуковой денситометрии, составляет в среднем 10 млн, т.е. фактически 40% женского населения нашей страны. Особенно важно то, что из-за последствий перелома шейки бедра вследствие остеопороза умирает больше женщин, чем от рака яичника, шейки и тела матки вместе взятых (В.В. Поворознюк, Н.И. Дзерович, 2011).

В соответствии с рекомендациями, изложенными в Национальном консенсусе по ведению пациенток в климактерии (2016), единственным патогенетически обоснованным и эффективным методом коррекции климактерических расстройств является менопаузальная гормональная терапия (МГТ) с парентеральным, трансдермальным, вагинальным или пероральным введением гормональных средств. С целью коррекции климактерических и урогенитальных расстройств следует использовать краткосрочные курсы (в течение 1-5 лет), а при остеопорозе длительность МГТ должна составлять более 3 лет (при необходимости с применением бисфосфонатов в комплексе с холекальциферолом).

В клинической практике широко используется масляный раствор холекальциферола — Вигантол[®] — представитель группы препаратов витамина D₃. Препарат не содержит консервантов, красителей, искусственных добавок. Благодаря высокому профилю эффективности и безопасности его целесообразно применять для профилактики дефицита витамина D₃ (1 капля в сутки — 500 МЕ витамина D₃), в составе комплексной терапии остеопороза (2 капли в сутки — 1000 МЕ витамина D₃) и даже как средство профилактики рахита и остеомалации в педиатрической практике (2-10 капель в сутки — 1000-5000 МЕ витамина D₃).

Таким образом, на сегодняшний день консервативный подход к лечению гинекологической патологии, в частности медикаментозная терапия, является наиболее целесообразным с точки зрения сохранения репродуктивного потенциала женщины. Однако каждый врач-гинеколог должен понимать, что пациентки, перенесшие гистерэктомию, так же, как и физиологически здоровые женщины, требуют обязательного контроля и коррекции состояний, связанных с климактерическими нарушениями.

Подготовил **Антон Вовчек**



ПЕРЕДПЛАТА НА 2017 РІК!

Здоров'я України

Шановні читачі!

Передплатити наше видання ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за каталогом видань України на 2017 рік у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 364-40-28

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер
«Акушерство, гінекологія, репродуктологія»

Передплатний індекс – 89326
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати – 200,00 грн.

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ♦ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку згідно з такими реквізитами:
р/р 26007628853200 в ПАТ «УкрСиббанк», МФО 351005,
код ЄДРПОУ 38419785
- ♦ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників
- ♦ вказати адресу доставки примірників.

Наша адреса: Медична газета «Здоров'я України»,
03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2
Телефон відділу передплати (044) 364-40-28
e-mail: podpiska@health-ua.com

Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Отримувач:		Код ЄДРПОУ:		Розрахунковий рахунок:		МФО банку:	
								ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя»		ПАТ «УкрСиббанк»		3 8 4 1 9 7 8 5		2 6 0 0 7 6 2 8 8 5 3 2 0 0 3 5 1 0 0 5	
Призначення та період платежу:		Контролер:		Бухгалтер:		Касир:									
Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Отримувач:		Код ЄДРПОУ:		Розрахунковий рахунок:		МФО банку:	
								ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя»		ПАТ «УкрСиббанк»		3 8 4 1 9 7 8 5		2 6 0 0 7 6 2 8 8 5 3 2 0 0 3 5 1 0 0 5	
Призначення та період платежу:		Контролер:		Бухгалтер:		Касир:									
Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Отримувач:		Код ЄДРПОУ:		Розрахунковий рахунок:		МФО банку:	
								ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя»		ПАТ «УкрСиббанк»		3 8 4 1 9 7 8 5		2 6 0 0 7 6 2 8 8 5 3 2 0 0 3 5 1 0 0 5	
Призначення та період платежу:		Контролер:		Бухгалтер:		Касир:									

Повідомлення

Квитанція

Вігантол

Олійний розчин вітаміну D₃

- Без консервантів, барвників, штучних домішок*
- Економічність лікування – 400 крапель у флаконі
- Виготовлено в Німеччині

ВАЖЛИВО ЗНАТИ!

Вітамін D₃ – це жиророзчинний вітамін, який зберігає стабільність в олійному розчині! Для підтримки стабільності водного розчину необхідно використання спеціальних домішок¹

Олійний розчин вітаміну D₃

Режим дозування препарату Вігантол

Діагноз	Діти	Дорослі
Профілактика рахіту/дефіциту вітаміну D ₃	1 крапля на добу (~ 500 МО вітаміну D ₃). 2-й тиждень і до 1-го року життя	1 крапля на добу (~ 500 МО вітаміну D ₃)
Підтримує лікування остеопорозу	—	2 краплі на добу (~ 1000 МО вітаміну D ₃)
Профілактика дефіциту вітаміну D ₃ при мальабсорбції	6–10 крапель на добу (~ 3000–5000 МО вітаміну D ₃)	
Лікування рахіту та остеомалії	2–10 крапель на добу (~ 1000–5000 МО вітаміну D ₃)	
Лікування гіпаратиреозу	рекомендована доза залежить від рівня кальцію у сироватці крові та становить 20–40 крапель на добу (~ 10 000–20 000 МО вітаміну D ₃)	

* консерванти, барвники, штучні домішки не використовуються при виробництві готового лікарського засобу. 1 Адаптовано з: В.Г. Майданник, Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. Липень/Серпень 2015 Том 8 №1. Інформація з медичного застосування: Дієна речовина: холекальциферол (вітамін D₃) – 0,5 мг/мл. Лікарська форма: розчин олійний для перорального застосування 0,5 мг/мл фл. 10 мл, № 1. Фармакотерапевтична група: препарати групи D та його аналогів. Показання: профілактика рахіту; профілактика дефіциту вітаміну D₃ у осіб з груп високонго ризику, які не мають розладів всмоктування; підтримує лікування остеопорозу; профілактика рахіту у недоношених новонароджених дітей; профілактика дефіциту вітаміну D₃ при мальабсорбції; лікування рахіту та остеомалії; лікування гіпаратиреозу. Протипоказання: гіперчутливість до компонентів препарату, гіперкальціємія та/або гіперкальціурія, гіпервітаміноз D, нефролітаз. Фармакологічні властивості: холекальциферол формується у шкірі під дією ультрафіолетового опромінення і перетворюється у біологічно активну форму за два етапи. Холекальциферол перетворюється у лічінці на гідроксильноактивну форму – 25-гідроксильноактивний холекальциферол, потім перетворюється у нірках на 1,25-гідроксильноактивний холекальциферол. Біологічно активна форма вітаміну D₃ легко всмоктується у тонкому кишечнику, стимулює пролиферацию кальцію в остеоді та бере участь у формуванні кісткової тканини. Побічні реакції: метаболізм і порушення травлення; гіперкальціємія, гіперкальціурія. З боку травного тракту: запор, метеоризм, нудота, біль у шлунку, діарея. З боку шкіри та підшкірних тканин: реакції гіперчутливості, у тому числі свербіж, висип, кропив'янка. Категорія відпуску: за рецептом. Упаковка: флакон 10 мл, №1. РП. МОЗ України № UA/7625/01/01 від 25.04.2013. Виробник: Мерк КГА, Німеччина. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ і лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. UA/ТАК/0517/0017. Дата друку: 06.06.2017. Повідомити про небажане явище, або про скаргу на якість препарату, Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел. (044) 390 09 09. ТОВ «Такеда Україна»: 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, 11, тел.: 0 (44) 390 0909; www.takeda.ua

