

числа випадків з іпсилатеральним внутриматочним транспортом при розмірах домінуючого фолликула більше 16 мм, з подальшим підвищенням його частоти при розмірах фолликула більше 18 мм. Білатеральний транспорт спостерігається в групі жінок з розмірами фолликула від 13 до 16 мм. При нормальних розмірах домінуючого фолликула (більше 18 мм) відзначається ймовірне ( $p < 0,05$ ) зниження частоти білатерального транспорту.

**Висновки.** Встановлено залежність маточної перистальтики у безплідних жінок з гіперпластичними процесами матки в залежності від розмірів домінуючого фолликула. Зареєстровано зменшення частоти патологічного білатерального транспорту сперматозоїдів при діаметрі домінуючого фолликула більше 18 мм. Виявлені особливості внутриматочної перистальтики у безплідних жінок з аденоміозом, міомою матки і їх поєднанням можуть бути використані для покращення результатів лікування безпліддя в цій категорії пацієнток.

**Ключові слова:** перистальтика матки, домінуючий фолликул, гіперпластичні процеси матки, гістеросальпінгосцинтиграфія, ультрасонографія за методикою Е.Льюна.

## SUMMARY

**SPECIFICS OF UTERINE PERISTALTICS IN INFERTILE PATIENTS WITH ADENOMYOSIS, UTERINE MYOMA AND THEIR COMBINATION DEPENDING ON THE SIZE OF THE DOMINANT FOLLICLE**

GARBUZENKO N.D., STAMOVA N.O.

This article presents research on specifics of uterine peristaltics depending on the size of the

dominant follicle in women with hyperplastic processes of uterus by hysterosalpingoscintigraphy (HSSG), E. Lyons ultrasonography.

**Material and methods.** We studied uterine peristaltics depending on the size of the dominant follicle in 218 patients aged 20-42 with secondary infertility combined with adenomyosis, uterine myoma and their combination using HSSG and ultrasonography methods.

We found statistically significant ( $p < 0.01$ ) increase in the number of cases with ipsilateral intrauterine transport in cases the size of the dominant follicle of 16 mm and over with further increase of its frequency in cases the size of the dominant follicle was over 18 mm. Bilateral transport took place in the group of patients with the follicle size of 13-16 mm. In cases of normal size of the dominant follicle (over 18 mm) statistically significant ( $p < 0.05$ ) decrease of frequency of bilateral transport was found.

**Results.** It was found dependence of uterine peristaltics in infertile patients with hyperplastic processes of uterus upon the size of the dominant follicle. Decrease in frequency of pathological bilateral transport of sperms was found in cases of the dominant follicle size over 18 mm. Discovered specifics of intrauterine peristaltics in infertile women with adenomyosis, uterine myoma and their combination can be used for the results improvement of infertility treatment in this category of patients.

**Key words:** uterine peristaltics, dominant follicle, hyperplastic processes of uterus, hysterosalpingoscintigraphy, E. Lyons ultrasonography.

УДК 618.14-006.36-089

ГЛАДЧУК І.З., РОЖКОВСЬКА Н.М., КОСЕЙ Т.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

## СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ МІОМИ МАТКИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ І ВЛАСНІ ДАНІ)

*Незважаючи на значну кількість робіт, присвячених патогенезу, діагностиці та лікуванню міоми матки, багато питань залишаються неурочкованими, трактування отриманих результатів є неоднозначним і навіть суперечливим. Наразі найбільш ефективними технологіями в лікуванні міоми матки залишаються хірургічні, але вони потребують систематизації і диференційованих підходів до застосування.*

**Матеріал та методи дослідження.** Проведений аналіз баз даних PubMed Medline, Cochrane Library, UpToDate, а також ретроспективний аналіз випадків хірургічного лікування 1005 хворих з симптомною міомою матки на базі відділення інвазивних методів діагностики та лікування КУ "Університетська клініка № 1 Одеського національного медичного університету (м. Одеса) протягом 2013-2015 рр. Статистичну обробку проводили за допомогою програмного забезпечення Statistica 13.0 (Dell StatSoft Inc., США).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Кількість гістеректомій склала 761 (75,7%), консервативних міомектомій – 244 (24,3%). Вагінальна гістеректомія була виконана в більшості випадків 425 (55,8%), лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія – в 148 (19,4%), тотальна лапароскопічна гістеректомія – в 112 (14,7%), супрацерікальна лапароскопічна гістеректомія – в 24 (3,2%), абдомінальна гістеректомія – в 52 (6,8%). Серед консервативних міомектомій лапароскопічний доступ був здійснений в 134 випадках (54,9%), гістероскопічний – в 67 (27,5%), лапаротомний – в 43 (17,6%).

**Висновки.** Серед хірургічних методів лікування симптомної міоми матки переважає гістеректомія (75,7%). Консервативна міомектомія складає 24,3% всіх операцій на матці. Протягом останніх років спостерігається тенденція до збільшення числа лапароскопічних, при зменшенні частки абдомінальних гістеректомій і сталому переважанні вагінальної гістеректомії у пацієнток з симптомною міомою матки. Лапароскопічний доступ є більш частим при консервативній міомектомії (співвідношення лапароскопічна-гістероскопічна-лапаротомна міомектомія складає 54,9%-27,5%-17,6% відповідно).

**Ключові слова:** міома матки, гістеректомія, консервативна міомектомія.

Міома матки є доброякісною пухлиною міометрія, що розвивається з однієї гладком'язової клітини, підлягає впливу статевих гормонів і факторів росту і має поширеність 70-80% у жінок віком близько 50 років [3, 9]. Розвиток і виникнення міоми матки є мультифакторіальною проблемою, це і пояснює її високу частоту і варіабельність самої пухлини як за розмірами, кількістю і розташуванням вузлів і характером їх росту, так і за клінічними проявами і морфогістохімічними особливостями [5].

Незважаючи на значну кількість робіт, присвячених патогенезу, діагностиці та лікуванню міоми матки, багато питань залишаються неуроченими, трактування отриманих результатів є неоднозначним і навіть суперечливим [1, 3, 5, 7, 9, 18]. Наразі найбільш ефективними технологіями в лікуванні міоми матки залишаються хірургічні, але вони потребують систематизації і диференційованих підходів до застосування [3, 5, 12, 13, 15].

Серед хірургічних методів лікування міоми матки найбільш популярними є гістеректомія і консервативна міомектомія. Протягом останніх років набувають популярності альтернативні хірургічні лікувальні підходи, зокрема емболізація маткових артерій (ЕМА), фокусна ультразвукова абляція міоматозних вузлів, міолізис, кріоміолізис, а також медикаментозні (застосування селективних модуляторів прогестеронових рецепторів, агоністів гонадотропін-рилізинг-гормонів, модуляторів рецепторів пролактину тощо [11, 25].

Більш ніж 600 000 гістеректомій виконується щороку в Сполучених Штатах Америки [1]. Перебіг міом матки нерідко є безсимптомним, але вони можуть бути

пов'язані з цілою низкою клінічних проблем, включаючи аномальні маткові кровотечі (АМК), особливо тяжкі менструальні кровотечі (ТМК), безпліддя, рецидивуючі репродуктивні втрати, при великих розмірах – симптомами стиснення сусідніх органів. Некроз або перекут міоматозного вузла може стати причиною «гострого живота» і потребувати термінового хірургічного втручання тощо [21, 23, 25].

Оперативне лікування включає консервативну міомектомію та гістеректомію. Показання до консервативної міомектомії визначаються наявністю симптомної міоми, бажанням зберегти матку та покращити репродуктивну функцію [3, 9, 11].

Консервативна міомектомія може бути виконана, в залежності від показань, вагінальним, трансцервікальним, лапароскопічним або лапаротомним доступом [13].

Субмукозна міома під час свого росту утворює ніжку; матка намагається виштовхнути міому, цервікальний канал розкривається і міома звичайно легко діагностується при обстеженні шийки матки і дзеркала. У зв'язку з порушенням кровопостачання великі субмукозні міоми нерідко некротизуються і інфікуються. Деякі субмукозні міоми можуть досягати розмірів головки новонародженого. Пацієнтки скаржаться на переймоподібний біль внизу живота, слизово-кров'яні виділення, надмірні менструації, можуть бути дизурічні симптоми. Маленькі субмукозні міоми можуть бути діагностовані при ультрасонографії, гістеросальпінгографії, кюретажі матки, гістероскопії. При гістеросальпінгографії має місце дефект наповнення [3, 6, 13].

Операцію вагінальної міомектомії виконують після адекватної передопераційної

підготовки, корекції анемії, початку антибактеріальної терапії. Ці операції звичайно не супроводжуються кровотечею. Слід уникати надмірної тракції за міому для попередження вивороту матки. При великих міомах може бути потрібною морцеляція. Міома матки захоплюється інструментом (вікончастий затискач, затискач Алліса) і видаляється шляхом викручування. Кровотеча звичайно є мінімальною. При виникненні кровотечі в порожнину матки може бути введений катетер Фолі з метою тампонади. За необхідності, катетер фіксують до шийки матки [13, 15, 16].

При більш високому розміщенні міоми в порожнині матки може бути виконаний розтин передньої або задньої губи шийки по середній лінії до ідентифікації міоми. Ніжка міоми захоплюється затискачем, лігується і вузол відсікається, основа ніжки прошивається. Цілість шийки матки відновлюють окремими абсорбуємими швами з відстроченим розсмоктуванням (вікрил № 3-0). Прогноз щодо нормалізації менструацій і репродуктивної функції сприятливий [21, 25, 27].

Вагінальний доступ може також бути використаний для видалення інтрамуральних і субсерозних міом. Передопераційні критерії включають: 1) розмір матки менше ніж 16 тижнів вагітності; 2) рухливість матки; 3) адекватний вагінальний доступ; 4) відсутність патології придатків матки. Міомектомія може бути виконана через передній або задній кольпотомний доступ. Матку наближають до кольпотомного отвору і здійснюють міомектомію [8].

При гістероскопічній міомектомії слід враховувати гістероскопічні класифікації міом матки. Згідно базової класифікації, виділяють 4 типи міом матки: 1 тип – міоми на ніжці; 2 тип – субмукозні міоми; 3 тип – маленькі інтрамуральні міоми; 4 тип – великі інтрамуральні міоми [11, 14].

Гістероскопічна класифікація субмукозних міом матки Європейської асоціації гістероскопістів виділяє 3 типи субмукозних міом: тип 0 – міоми на ніжці, без інтрамурального компоненту; тип 1 – переважно субмукозні (> 50 % субмукозного, < 50 % інтрамурального компоненту); тип 2 – переважно інтрамуральні (< 50 % субмукозного, > 50 % інтрамурального компоненту). Застосовуються електрохірургічна або лазерна (Nd-YAG) резекція субмукозних міом матки [11, 13, 15].

Для електрохірургічної резекції використовують стандартний гістерорезектоскоп з 12° телескопом і 90° петлевим електродом; в якості дистензійної рідини – сорбітол 4-5%, гліцин або 5 % глюкозу (декстрозу). Ці розчини мають низьку в'язкість і є достатньо безпечними. Внутрішньоматковий тиск підтримують у межах до 150 мм рт.ст., швидкість току рідини - 450 мл/хв, що надає оптимальної візуалізації [24, 25].

Судинна архітектура міометрія демонструє зростання діаметру судин від базального шару ендометрія до субсерозного шару. Ця будова міометрія пояснює механізм резорбції рідини при зануренні резектоскопу глибоко у міометрій, що слід пам'ятати при резекції міом зі значним інтрамуральним компонентом. Для зменшення операційного часу деякі автори пропонують передопераційне застосування а-ГнРГ протягом 2-3 місяців, що дозволяє зменшити діаметр вузла до 30 % або даназолу протягом 3 тижнів. Якщо інтрамуральний компонент є занадто великим, субмукозну міому можна видаляти в 2 етапи. Після введення резектоскопа субмукозна міома видаляється за допомогою техніки поступового, фрагмент за фрагментом, зрізання (гоління). Петля резектоскопу спочатку торкається найбільш периферичної ділянки міоми. Електрод активують тільки під час зворотного руху петлі резектоскопу. Після завершення операції фрагменти міоми видаляються кюреткою або вікончастим затискачем. За необхідності виконують симультанну абляцію ендометрія. Препарат відправляють на гістологічне дослідження [2, 5, 6, 9].

При міомектомії у молодих пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією важливо дотримуватись принципів мінімально травматичної хірургії. Прецизійний гемостаз і співставлення міометрія є необхідними. Мікрохірургічна техніка попереджує кровотечі, утворення спайок і післяопераційні ускладнення. Техніка залежить від локалізації міоми. Маленькі (до 1 см) міоми підлягають електро- або лазерній вапоризації. При міомах на ніжці техніка є простою і полягає у коагуляції і пересіканні ніжки пухлини. Шви звичайно не є необхідними. При міомах на широкій основі або інтрамуральних, в місці локалізації міоми виконують гістеротомію, звичайно у вертикальному напрямку, рідше – у горизонтальному за допомогою монополярного



електрода [11,12,14]. Комплементарну коагуляцію судин міометрія звичайно виконують біполярним інструментом. Ін'єкції вазоконстрикторних агентів в міому матки використовують за необхідності [10,15]. Атрауматична енуклеація міоми виконується за допомогою широких щипців, монополярного електрода, кривих ножиць і аквадисектора. Аквадисекція допомагає визначити площину дисекції вузла від прилеглого міометрія. Порожнина матки в більшості випадків не розкривається. Судинну ніжку вузла коагулюють за допомогою біполярного інструмента. Гістеротомічний розтин зашивають, якщо він глибокий, довгий (>2 см) або кровоточить, одним або двома рядами окремих або безперервних швів з відстанню близько 5 мм між стібками шва.[6, 11]. Використовують техніку інтракорпорального або екстракорпорального зав'язування вузлів. Міома може бути видалена через троакарний порт при збільшенні розтину до 2 см за допомогою затискача, після фрагментації (морцеляції), або через задній кольпотомний отвір. Після видалення міоми перитонеальну порожнину зрошують фізіологічним розчином натрію хлориду, контролюють гемостаз і, за необхідності, встановлюють дренаж, який видаляють через 24-36 годин [14, 15].

Міолізис – новітня методика консервативної міомектомії. При лапароскопії Nd-YAG-лазером або біполярною голкою пенетрують міому в численних місцях під кутом 90° до поверхні матки. У відповідь на цю процедуру міома матки звичайно зазнає атрофії. Коагуляційний ефект лазерної або електроенергії призводить до некрозу строми міометрія, денатурації білків, порушенню васкуляризації. Використання передоперацією а-ГнРГ збільшує успіх процедури. Ідеальними пацієнтками для такої операції є жінки в перименопаузі з симптомною міомою діаметром 3-10 см або з розмірами матки до 14 тижнів вагітності. У пацієнок з матковими кровотечами комбінація міолізу з абляцією ендометрія збільшує частоту післяопераційної аменореї з 37 % до 57% і зменшує необхідність вторинних процедур, включаючи гістеректомію, з 38 % до 12,5 % [14, 15, 19].

Кріоміолізис – модифікація технології міолізу з використанням кріотехнологій. Передопераційна підготовка здійснюється за допомогою а-ГнРГ-терапії протягом 3 мі-

сяців. Кріозонд вводиться в міометрій і заморожування відбувається при температурі -180°C. Розмір міоми зменшується на 6 % через 4 місяці після лікування. Недоліками процедури є низька ефективність і ризик утворення виразних післяопераційних спайок. Роль кріоміолізу у консервативному лікуванні міоми матки наразі не встановлена [14].

Передопераційна підготовка не відрізняється від такої при лапароскопічній міомектомії. Трансабдомінальний доступ обирається звичайно при великих або численних міомах [15].

Для зменшення кровоточивості у вузол можна вводити розчин вазопресину (1:200) або адреналіну (1 ампула розчину адреналіну розводиться в 100 мл фізіологічного розчину хлориду натрія). Через 20-30 с після ін'єкції хірург виконує поздовжній розтин серозної і м'язової оболонки матки над міомою. Розтин виконують скальпелем, CO2 лазером (50 W, 1,5-2 мм волокно, щільність потужності 1250-2200 Вт/см2) або голчастим монополярним електродом. Відбувається ретракція країв капсули; міому поступово видаляють шляхом гострої і тупої, за допомогою пальця, дисекції, з одночасною коагуляцією судин міометрія [11]. Лазер, голчастий електрод або ножиці можуть використовуватись для енуклеації міоми з її «капсули» - прилеглого міометрія. При досягненні основи міоми – «ніжки», артеріальні судини клемують і перев'язують, вузол видаляють і оглядають на розрізі і відправляють на гістологічне дослідження. Матку реконструюють шляхом співставлення м'язових країв одним-двома рядами окремих вікрилових швів (№ 0). Гіпертрофованій міометрій навколо міоми нерідко утворює залишок тканини, який можна видалити [14,15]. При численних міомах слід намагатися видалити їх крок за кроком, через один розтин матки. Деякі хірурги накладають турнікети для зменшення кровотоку в матковій і яєчниковій артеріях. Найбільший вузол видаляють першим. Намагаються уникати розкриття порожнини матки та травми інтерстиційної частини маткової труби. Будь-яке розкриття ендометріальної порожнини повинно бути помічено і закрито швами з захопленням підлеглого підтримуючого шару міометрія. Всі «мертві простори» повинні бути закриті швами. Орієнтирами щодо симетричної реконструкції мат-

ки служать маткові труби і круглі зв'язки. Слід звертати увагу на уникнення окклюзії маткових судин, цервікального каналу. На серозну оболочку деякі хірурги накладають окремий ряд швів (вікрил № 2-0, 3-0). З метою профілактики післяопераційних спайок використовують абсорбуємі (Interceed) і неабсорбуємі (Gore-Tex) бар'єрні матеріали. Черевну порожнину дренують (закритий дренаж) [13, 15, 21].

Повторна лапароскопія може бути здійснена у пацієнток з незадовільними репродуктивними результатами з метою адгезіолізіса, хромопертуації і реконструктивної хірургії [11,14].

### Матеріал та методи дослідження

Проведений аналіз баз даних PubMed Medline, Cochraine Library, UpToDate, а також ретроспективний аналіз випадків хірургічного лікування 1005 хворих з симптомною міомою матки на базі відділення інвазивних методів діагностики та лікування КУ «Університетська клініка № 1» Одеського національного медичного університету (м. Одеса) протягом 2013-2015 рр. Статистичну обробку проводили за допомогою програмного забезпечення Statistica 13.0 (Dell StatSoft Inc., США).

### Результати дослідження та їх обговорення

Кількість гістеректомій склала 761 (75,7%), консервативних міомектомій – 244 (24,3%). Вагінальна гістеректомія була виконана в більшості випадків 425 (55,8%), лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія – в 148 (19,4%), тотальна лапароскопічна гістеректомія – в 112 (14,7%), супрацервікальна лапароскопічна гістеректомія – в 24 (3,2%), абдомінальна гістеректомія – в 52 (6,8%). Серед консервативних міомектомій лапароскопічний доступ був здійснений в 134 випадках (54,9%), гістероскопічний – в 67 (27,5%), лапаротомний – в 43 (17,6%).

### Висновки

Серед хірургічних методів лікування симптомної міоми матки переважає гістеректомія (75,7%). Консервативна міомектомія складає 24,3% всіх операцій на матці. Протягом останніх років спостерігається тенденція до збільшення числа лапароскопічних, при зменшенні частки абдоміналь-

них гістеректомій і сталому переважанні вагінальної гістеректомії у пацієнток з симптомною міомою матки. Лапароскопічний доступ є більш частим при консервативній міомектомії (співвідношення лапароскопічна-гістероскопічна-лапаротомна міомектомія складає 54,9% -27,5%-17,6% відповідно).

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В. Современные аспекты лечения миомы матки / Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. // Медицинская кафедра. – М., 2003. – № 4(8). – С. 110-118.
2. Буянова С.Н. Показания к миомэктомии при планировании беременности и ее влияние на репродуктивное здоровье женщин / Буянова С.Н., Пучкова В.Н., Мгелиашвили М.В. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2010. — № 5. — С. 60—64.
3. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е.М. Вихляева. – М.: МЕД-пресс-информ, 2004. – 400 с
4. Долецкая Д. В. Оценка качества жизни у больных с миомой матки после различных видов хирургического лечения / Д. В. Долецкая, М. А. Ботвин, Н. М. Побединский // Акушерство и гинекология. — 2006. — № 1. — С. 10—13.
5. Егунян А. Ш. Клинико-морфологические особенности миомы матки, требующей хирургического лечения, в возрастном аспекте : автореф. дис... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / А. Ш. Егунян. — Челябинск, 2008. — 22 с.
6. Жегулович В. Г. Органозберігаюча тактика лікування фіброміоми матки / В. Г. Жегулович, В. О. Товстановська, В. Г. Воробей-Вихівська // Здоров'я жінчини. — 2010. — № 1. — С. 26—28. 62.
7. Особенности морфогенеза и ангиогенеза лейомиомы матки / Зайратьяни О.В, Сидорова И.С., Леваков С.А. [и др.]. // Архив патологии. — 2005. — Т. 67, № 3. — С. 29—31.
8. Зиганшина В. А. Преимущества использования влагалищного доступа супрацервикальной ампутации матки с лапароскопической ассистенцией при оперативном лечении больных миомой матки / В. А. Зиганшина, И. А. Салов, Н. Ф. Хворостухина // Мат-лы 9-го Всерос. форума «Мать и дитя», Москва, 2-5 окт. 2007 г. — М., 2007. — С. 505—506.
9. Ищенко А. И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение / А. И. Ищенко,

- М. А. Ботвин, В. И. Ланчинский. — М. : Изд. дом Видар, 2010. — С. 6—9 ; 19—27.
10. Каримов А. Х. Цветное доплеровское картирование в оценке осложнений миомы матки / А. Х. Каримов, Г. А. Ахмедова / Мат-лы 5-й съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине 18–21 сент. 2007 г., Москва // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии. — 2007 — С. 34.
11. Климанов А. Ю. Особенности органосохраняющего хирургического лечения миомы матки лапароскопическим доступом у женщин репродуктивного возраста : автореф. дис... канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / А. Ю. Климанов. — Самара, 2012. — 21 с.
12. Коротких И. Н. Оценка репродуктивного здоровья женщин после консервативной миомэктомии / И. Н. Коротких, И. Ю. Куранова // Журнал теоретической и практической медицины. — 2007. — Т. 5, № 1. — С. 113—114.
13. Линде В. А. Миома матки и миомэктомии : монография / В. А. Линде, М. С. Добровольский, Н. Н. Волков. — М., 2010. — 96 с.
14. Максимова Д. Ж. Инновационные методы лечения миомы матки : дис... д-ра мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Д. Ж. Максимова. — М., 2009. — 271 с.
15. Петрикова С. А. Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки / С. А. Петрикова, С. Н. Буянова, М. В. Мгелиашвили // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2009. — № 9 (1). — С. 30—35. 344
16. Пирогова В. І. Диференційовані підходи до реабілітації репродуктивної функції у пацієнток з лейоміомою матки / В. І. Пирогова, Н. С. Вереснюк, М. В. Томич // Таврический медико-биологический вестник. — 2012. — Т. 15, № 2, ч. 2 (58). — С. 42—44.
17. Рожковська Н. М. Патологічні маткові кровотечі / Н. М. Рожковська, І. З. Гладчук, Д. М. Железнов // 36. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. — К. : Інтермед, 2009. — С. 505—510.
18. Семенов Н.С. Возможности эхографии, ЦДК и доплерометрии в диагностике миомы матки и оценке восстановления репродуктивной системы при консервативной миомэктомии: Автореф. дис... канд. мед. наук / Н.С. Семенов. — М., 2000. — 21 с.
19. Сидорова И.С. Миома матки: современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения : монография / И.С. Сидорова — М.: Медицинское Информационное Агентство, 2003. — 256 с.
20. Савицкий А. Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии : монография / А. Г. Савицкий. — 3-е изд. — СПб. : Элби-СПб., 2003. — 236 с. 149.
21. Самойлова Т. Е. Оптимизация лечения лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста : автореф. дис... д-ра мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Т. Е. Самойлова. — М., 2006. — 39 с.
22. Савельева Г. М. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Современное состояние вопроса / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, С. А. Капранов // Журнал акушерства и женских болезней. — 2010. — № 59 (2). — С. 81—87.
23. Тихомиров А.Л. Миома матки : монография / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин. — МИА. — 2006. — 174 с.
24. Тихомиров А.Л. Современный алгоритм комплексного консервативного лечения больных миомой матки / Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г., Лубнин Д.М. // Гинекология. — 2002. — С. 7-9.

Поступила 1.07.2016

## РЕЗЮМЕ

### СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ)

ГЛАДЧУК И.З., РОЖКОВСКАЯ Н.Н.,  
КОСЕЙ Т.В.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных патогенезу, диагностике и лечению миомы матки, многие вопросы остаются неуточненным, трактовка полученных результатов является неоднозначной и даже противоречивой. На современном этапе наиболее эффективными технологиями в лечении миомы матки остаются хирургические, но они требуют систематизации и дифференцированных подходов к применению.

**Материал и методы исследования.** Проведенный анализ баз данных PubMed Medline, Cochrane Library, UpToDate, а также ретроспективный анализ случаев хирургического лечения 1005 больных с симптомной миомой матки на базе отделения инвазивных методов диагностики и лечения КУ «Университетская клиника № 1» Одесского национального медицинского университета (г. Одеса) в течение 2013-2015 годов. Статистическая обработка проводилась с помощью программного обеспечения Statistica 13.0 (Dell StatSoft Inc., США).



**Результаты исследования и их обсуждение.** Количество гистерэктомий составило 761 (75,7%), консервативных миомэктомий - 244 (24,3%). Вагинальная гистерэктомия была выполнена в большинстве случаев 425 (55,8%), лапароскопически асистирующая вагинальная гистерэктомия - в 148 (19,4%), тотальная лапароскопическая гистерэктомия - в 112 (14,7%), супрацервикальная лапароскопическая гистерэктомия - в 24 (3,2%), абдоминальная гистерэктомия - в 52 (6,8%). Среди консервативных миомэктомий лапароскопический доступ был осуществлен в 134 случаях (54,9%), гистероскопический - в 67 (27,5%), лапаротомный - в 43 (17,6%).

**Выводы.** Среди хирургических методов лечения симптомной миомы матки преобладает гистерэктомия (75,7%). Консервативная миомэктомия составляет 24,3% всех операций на матке. В течение последних лет наблюдается тенденция к увеличению числа лапароскопических, при уменьшении доли абдоминальных гистерэктомий и устойчивом преобладании вагинальной гистерэктомии у пациенток с симптомной миомой матки. Лапароскопический доступ является более частым при консервативной миомэктомии (соотношение лапароскопическая-гистероскопическая-лапаротомная миомэктомия составляет 54,9% - 27,5% - 17,6% соответственно).

**Ключевые слова:** миома матки, гистерэктомия, консервативная миомэктомия.

## SUMMARY

### MODERN SURGICAL TREATMENT TECHNOLOGIES OF UTERINE FIBROIDS (LITERATURE REVIEW AND OWN DATA)

GLADCHUK I.Z., ROZHKOVSKA N.M.,  
KOSEY T.V.

Despite the large number of works devoted to the pathogenesis, diagnosis and treatment of uterine fibroids, many questions remain unspeci-

fied, interpretation of the results is ambiguous and even contradictory. At present, the most effective technology in the treatment of uterine fibroids are surgical, but they require systematization and differentiated approaches to use.

**Material and methods.** The analysis of databases PubMed Medline, Cochrane Library, UpToDate, as well as a retrospective analysis of cases of surgical treatment of 1005 patients with symptomatic uterine myoma on the basis of separation of invasive methods of diagnosis and treatment of KU «University Hospital № 1» of the Odessa National Medical University (Odesa) in during the 2013-2015 period. Statistical analysis was performed using Statistica 13.0 software (Dell StatSoft Inc., USA).

**Results.** Hysterectomy number was 761 (75.7%), conservative myomectomy - 244 (24.3%). Vaginal hysterectomy has been performed in most cases - in 425 (55,8%), laparoscopic assisted vaginal hysterectomy - in 148 (19.4%), total laparoscopic hysterectomy - in 112 (14.7%), laparoscopic supracervical hysterectomy - in 24 (3,2%), abdominal hysterectomy - in 52 (6.8%). Among conservative myomectomy laparoscopic access was carried out in 134 cases (54.9%), hysteroscopic - in 67 (27.5%), abdominal - in 43 (17,6%).

**Conclusions.** Among the surgical treatments for symptomatic uterine fibroids hysterectomy prevails (75.7%). Conservative myomectomy is 24.3% of all uterine operations. In recent years, there is a tendency to increase the number of laparoscopic, with a decrease in the proportion of abdominal hysterectomy and stable prevalence of vaginal hysterectomy in patients with symptomatic uterine myoma. Laparoscopic access is more frequent when there is conservative myomectomy (the ratio of laparoscopic-hysteroscopic myomectomy-laparotomic of 54.9% - 27.5% - 17.6%, respectively).

**Keywords:** uterine fibroids, hysterectomy, conservative myomectomy.