

8. Чевари С. Роль супероксиддисмутазы в окислительных процессах клетки и метод определения ее в биологическом материале / С. Чевари, И. Чаба, И. Секей // Лабораторное дело. – 1985. – № 11. – С. 678–681.

9. Левицкий А. П. Лизоцим вместо антибиотиков / А. П. Левицкий. – Одесса : КПОГТ, 2005. – 74 с.

REFERENCES

1. Barer G.M. Therapeutic dentistry. Diseases of the mucous membrane of the oral cavity. Edited by G.M. Barer. M., GEOTAR-Media, 2005, 288 p.

2. Golovko N.V., Babenko A.D. Evaluation of the hygienic state of the oral cavity and parodont tissues in pa-

tients with chronic hypertrophic gingivitis against the background of treatment with unchanged technique. *Ukrainskyi stomatologichnyi almanakh* 2010; 1: 8-10.

3. Levitskiy A.P., Makarenko O.A., Rossakhanova L.N. Salivation in the healthy persons of different age and in dental patients. *Visnyk stomatologii* 2005; 2: 7-8.

4. Barabash R.D., Levitskiy A.P. Caseolytic and BAEE-esterase activity of saliva and salivary glands in rats in the postnatal ontogenesis. *Bulleten Experimentalnoy Biologii* 1973; 8: 65-67.

5. Stalnaya I.D., Garishvili T.G. A method of determining the malonic dialdehyde with the aid of thiobarbituric

acid. *Sovremennye metody v biokhimiі*. M., Meditsina, 1977, p. 66-68.

6. Levitskiy A.P. The fermentative method of determining dysbiosis of the oral cavity for the screening of probiotics. *Metodicheskie rekomendatsii*. Kiev, 2007, 20 p.

7. Korolyuk M.A., Ivanova D.I., Mayorova I.G. A method of determining the activity of katalase. *Laboratornoe delo* 1988; 1: 16-18.

8. Tchevari S., Tchaba I., Sekey I. The role of superoxidodismutase in oxidizing processes of cell and the method of its determination in the biological material. *Laboratornoe delo* 1985; 11: 678-681.

9. Levitskiy A.P. Lysozyme instead of antibiotics. Odessa KPOGT, 2005, 74 p.

Поступила 5.03.2013

УДК 618.14-006.36-08(083.131)

О. В. Лук'янчук, А. О. Пацков

ГИСТЕРОСКОПИЧНА МІОМЕКТОМІЯ. НАШ ДОСВІД

Центр репродуктивної та відновної медицини (Клініка ОНМедУ), Одеса, Україна

УДК 618.14-006.36-08(083.131)

О. В. Лук'янчук, А. А. Пацков

ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ. НАШ ОПЫТ

Центр репродуктивной и восстановительной медицины (Клиника ОНМедУ), Одесса, Украина

Проведено 90 гистероскопических миомэктомий в отделении хирургии Университетской клиники ОНМедУ с сентября 2008 г. по ноябрь 2011 г. Все пациентки были обследованы согласно приказам, утвержденным МЗ Украины, № 582 от 15.12.2003 г. и № 676 от 31.12.04 г. Для характеристики подслизистых миоматозных узлов использовалась классификация Wamsteker и de Blok (1995). В группу были включены пациентки, желающие сохранить репродуктивную функцию, с подслизистой миомой матки до 5 см в диаметре, не более 3 узлов, без перешеечного их расположения и отсутствия сопутствующей патологии, которая являлась бы противопоказанием для данного оперативного лечения. Проанализированы результаты гистероскопических миомэктомий, выполненных в Центре репродуктивной и восстановительной медицины (Клиника ОНМедУ), проведено их сравнение с данными, представленными в работах других авторов.

Ключевые слова: подслизистая миома, гистероскопия, миомэктомия.

UDC 618.14-006.36-08(083.131)

О. V. Lukyanchuk, A. O. Patskov

HYSTEROSCOPIC MYOMECTOMY. OUR EXPERIENCE

The Center of Reproductive and Reconstructive Medicine (Clinic of ONMedU), Odessa, Ukraine

The urgency of the problem. Uterine fibroids take the second place in the structure of gynecological pathology after inflammatory processes.

Objectives. To analyze the results of hysteroscopic myomectomy in our center and to compare the results to those published in the literature.

Methods. There were conducted 90 cases of hysteroscopic myomectomy from September 2008 to November 2011. The group included patients who wanted to preserve the uterus with submucosal uterine myoma 5 cm in diameter, no more than 3 nodes and the absence of comorbidity, which would be a contraindication for this surgery. In every case, a basic gynecologic examination, anamnesis, smear, vaginal fortis, vaginal scan were carried out.

Results and discussion. The average age of patients was 36.2 years (range 23–67 years). The largest group was in the age group between 30 and 40 years (53.3%). The main reason for treatment was uterine bleeding — 68 (84.1%) patients, including 17.6% postmenopausal women. Infertility was observed in 16.6%. Pain was present in 11.1% of cases. In 86.6% of cases the diagnosis was confirmed by ultrasound. Preoperative GnRH analogues were carried out in 16 patients (17.8%). According to the classification used by us Wamsteker and de Blok, we obtained the following data: 0 type was detected in 28 patients (31.1%), I type — 49 (54.4%), II type — 13 (14.4%). In 23 cases, myomectomy has not been fully implemented. No serious complications were observed.



Conclusion. Hysteroscopic myomectomy is an extremely effective surgical treatment in controlling abnormal uterine bleeding. As an alternative to hysterectomy, does not show a great time of surgery, with minimal damage to surrounding tissue, and minimal hospital stays. The bases for reducing a minimum number of reinterventions are good patient selection and technique improvement.

Key words: submucous fibroid, hysteroscopy, myomectomy.

Вступ

Міома матки посідає друге місце у структурі гінекологічної патології після запальних процесів. Міоматозні вузли можна виявити у 60–75 % жінок різного віку, з них у 30 % пацієнток міома діагностується в репродуктивному віці.

Основними клінічними проявами підслизової міоми матки є маткові кровотечі або репродуктивні проблеми (у вигляді невиношування вагітності, безплідності). Часто ця патологія поєднується з іншими гінекологічними захворюваннями, таким чином ускладнюючи вибір тактики ведення даного контингенту хворих [1–3; 5].

До появи гістероскопічної техніки терапевтичні та діагностичні можливості при розташуванні міоматозних вузлів у порожнині матки були дуже обмежені. Гістеректомія часто вважалася єдиним можливим рішенням для цих пацієнтів, особливо якщо репродуктивні наміри були виконані.

Консервативне розв'язання проблеми в молодих пацієнток, що бажають зберегти репродуктивну функцію, було складнішим і не завжди ефективним. Трансабдомінальне видалення таких вузлів виконувалося рідко, було асоційоване зі значним травмуванням тканин матки та не завжди втішними репродуктивними результатами. Завдяки новітнім ендоскопічним технологіям є можливість запропонувати жінкам менш травматичне, але таке ж ефективне лікування зі збереженням репродуктивної функції у пацієнток дітородного віку [4; 6; 8].

Мета роботи — проаналізувати результати гістероскопічних міомектомій, виконаних у Центрі репродуктивної та відновної медицини (Клініка

ОНМедУ) і порівняти їх із даними світової літератури.

Матеріали та методи дослідження

Було проведено 90 гістероскопічних міомектомій у відділенні хірургії Університетської клініки ОНМедУ з вересня 2008 р. по листопад 2011 р. Усі пацієнтки обстежені згідно з наказами, затвердженими МОЗ України, № 582 від 15.12.2003 р. і № 676 від 31.12.04 р. Для характеристики підслизових міоматозних вузлів використано класифікацію Wamsteker і de Blok (1995). Групу утворили пацієнтки, що бажали зберегти репродуктивну функцію, з підслизовою міомою матки до 5 см у діаметрі, не більше 3 вузлів, без перешийкового їх розташування та без супровідної патології, яка була б протипоказанням для цього оперативного лікування.

В асептичних умовах шийку матки було оголено в дзеркалах й узято на кульові щипці. Вимірювали довжину порожнини матки по зонду. Цервікальний канал розширили розширювачами Гегара до № 10. Виконували гістерорезектоскопію. У кожному випадку ми використовували 9-міліметровий резектоскоп Karl Storz з 5 мм, 0° або 12° оптикою Hopkins. Для розширення порожнини матки застосовували іригаційну рідину Турусол, яку вводили у порожнину матки за допомогою Karl Storz Hysteromat II із швидкістю 300–350 мл/хв. Було використано 90° монополярну 8 мм петлю в межах 60–100 Вт інтенсивності для різання і 50 Вт для коагуляції за допомогою устаткування Karl Storz Autocop 350. Під контролем зору вводили резектоскоп і досліджували порожнину матки. Усім пацієнткам виконували

фракційне вишкрібання слизової оболонки матки з подальшим гістологічним дослідженням. Поверхневі судини міоми було коагульовано. Надалі здійснювали резекцію міоми до повного, по можливості, її видалення. Під час резекції вузла ділянки тканини міоми видаляли, якщо вони не дозволяли виконати необхідну для роботи візуалізацію. Ультразвуковий або лапароскопічний інтраопераційний контроль не проводили. В усіх випадках за результатами гістологічного дослідження онкологічної патології не виявлено.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік досліджуваних пацієнток становив 36,2 року (від 23 до 67 років). Найчисленніша група хворих, що звернулися для оперативного лікування, була у віковій категорії між 30 і 40 роками (53,3 %). Головною причиною звернення була маткова кровотеча, що виникла у 68 пацієнток — 84,1 %, з них у постменопаузі — 17,6 %. З приводу безплідності звернулися 16,6 %. Больовий синдром зареєстрований в 11,1 % випадків. У 86,6 % жінок діагноз був підтверджений за допомогою ультразвукового дослідження. Передопераційна підготовка аналогами ГнРГ проводилася у 16 пацієнток (17,8 %). Згідно з використаною нами класифікацією Wamsteker і de Blok, отримано такі дані: 0 тип був виявлений у 28 (31,1 %) пацієнток, I тип — у 49 (54,4 %), II тип — у 13 (14,4 %). Кількість пацієнток із поодиноким міомою матки сягала 35,6 %, тимчасом як із множинною — 64,4 %. Повне видалення підслизових міом виконане у 67 (74,4 %) пацієнток. У 23 випадках міомектомія була виконана не пов-



ністю. З них II тип становив 73,9 %, I тип — 26,1 %, з 0 типом пацієнток не було; множинна міома зафіксована у 14 пацієнток (60,9 %). Середній час перебування в клініці дорівнював 34,6 год (від 12 до 48 год). Протягом від 6 міс. до 3 років для повторного оперативного лікування з 23 пацієнток звернулося 6. Із них міомектомія була виконана 5 пацієнткам і одній — лапароскопічна надпихова ампутація матки без придатків. Такі ускладнення, як-от: формування несправжнього ходу, травматизація шийки матки, перфорація матки, інтра- та післяопераційна кровотеча, виявлено не було.

Таким чином, найчастішим симптомом при цій патології, який примушує пацієнтів звернутися по медичну допомогу, є маткова кровотеча. У кожній розглянутій нами публікації найбільш поширеним симптомом також була маткова кровотеча [5; 7; 9]. Другий за частотою симптом — безплідність [6; 7; 9].

Ультразвукове дослідження є невід'ємною частиною обстеження при міомі матки, особливо при безсимптомній [9].

Для зменшення ризику та поліпшення результатів хірургічного лікування застосовуються прогестогени, аналоги ГнРГ. Найчастіше використовуваними є аналоги ГнРГ. Завдяки цій групі препаратів відбувається зменшення розмірів і зниження васкуляризації вузлів. Проте у цих ліків є негативні ефекти, які включають проблеми, пов'язані з розширенням цервікального каналу, підвищену травматизацію шийки матки, збільшення ризику перфорації матки [5; 8].

Описані в літературі ускладнення, пов'язані з цими втручаннями, — незначні. Але все одно вони є. Травматизація шийки матки часто супроводжує це оперативне лікування. Інше ускладнення, яке трапляється не так рідко, — кровотеча, про яку у світовій літе-

ратурі повідомляється у 0,5–2 % спостережень. Перфорація матки під час зондування, розширення цервікального каналу, або резектоскопії також були відмічені авторами [6; 8; 9]. І хоча в нашому дослідженні не виявлено таких ускладнень, про це ніколи не слід забувати.

Інше можливе ускладнення — інфекція, описана у багатьох спостереженнях, у деяких випадках навіть із летальним кінцем.

У дослідженні, проведеному нами, не зареєстровано жодного випадку електрохірургічної травми та цервікального стенозу, про що повідомляли інші автори [7–9].

За результатами гістологічного дослідження, в усіх спостереженнях був підтверджений діагноз міоми матки, в одному випадку — аденоміозний компонент. Є повідомлення, у яких ідеться про гістологічну верифікацію саркоми після гістероскопічної міомектомії [9], тому необхідно увесь гістологічний матеріал відправляти для дослідження.

Висновки

Гістероскопічна міомектомія — ефективне оперативне лікування при матковій кровотечі. Вона є ефективною альтернативою гістеректомії, значно не збільшує часу операції, проводиться з мінімальним ушкодженням суміжних тканин і скорочує час перебування в лікарні. В основі мінімізації повторних хірургічних втручань із приводу підслизової міоми матки лежать принципи ретельного відбору пацієнтів і поліпшення оперативної техніки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е. М. Вихляева. — М. : МЕДпресс-информ, 2004. — С. 393–400.
2. Давыдов А. И. Дифференцированный подход к выбору метода органосберегающего лечения больших миомой матки / А. И. Давыдов, А. Н. Стрижаков, В. М. Пашков // *Мать и*

дитя : материалы 7-го Рос. форума : тез. докл. — М., 2005. — С. 366–367.

3. Gour A. Hysteroscopy — current trends and challenge / A. Gour, A. Zawijska // *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. — 2008. — Vol. 58 (1). — P. 57–62.

4. Schnödewind R. Pelviskopische Behandlung und konsekutive Schwangerschaftsraten gutartiger Genitalkrankungen mit Fokus auf Myome und Endometriose / R. Schnödewind ; Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe. — Kiel, Germany : Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, 2009. — P. 1–130.

5. Leiomyoma pseudocapsule after pre-surgical treatment with gonadotropin-releasing hormone agonists: relationship between clinical features and immunohistochemical changes / M. de Falco, S. Staibano, M. Mascolo [et al.] // *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. — 2009. — Vol. 144 (1). — P. 44–47.

6. A new hysteroscopic technique for the preparation of partially intramural myomas in office setting (OPPluM technique): a pilot study / S. Bettocchi, A. Di Spiezio Sardo, O. Ceci [et al.] // *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. — 2009. — Vol. 16 (6). — P. 748–754.

7. Munro M. G. Complications of hysteroscopic and uterine resectoscopic surgery / M. G. Munro // *Obstet Gynecol Clin North Am*. — 2010. — Vol. 37. — P. 399–425.

8. *Hysteroscopic myomectomy: a comprehensive review of surgical techniques* / A. D. S. Sardo, I. Mazzon, S. Bramante [et al.] // *Hum Reprod Update*. — 2008. — Vol. 14. — P. 101–119.

9. A prospective comparison of transvaginal ultrasound, saline infusion sonohysterography, and diagnostic hysteroscopy in the evaluation of endometrial pathology / G. F. Grimbizis, D. Tsolakidis, T. Mikos [et al.] // *Fertil Steril*. — 2010. — Vol. 94. — P. 270–272.

REFERENCES

1. Vikhlyayeva E.M. Guidelines for the diagnosis and treatment of uterine leiomyoma M., MEDpress-inform, 2004, p. 393-400.
2. Davidov A.I., Strizhakov A.N., Pashkov V.M. Differentiated approach to the treatment of organ-selection method of patients with uterine myoma. Materialy 7 Rossiyskogo foruma "Mat i ditya" 2005, p. 366-367.
3. Gour A., Zawijska A. Hysteroscopy — current trends and challenges. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* 2008; 58 (1): 57-62.
4. Schnödewind R. Pelviskopische Behandlung und konsekutive Schwan-



gerschaftsraten gutartiger Genitalerkrankungen mit Fokus auf Myome und Endometriose. Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Kiel, Germany. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, 2009, p. 1-130.

5. De Falco M., Staibano S., Mascolo M., et al. Leiomyoma pseudocapsule after pre-surgical treatment with gonadotropin-releasing hormone agonists: relationship between clinical features and immunohistochemical changes. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2009; 144 (1): 44-47.

6. Bettocchi S., Di Spiezio Sardo A., Ceci O., et al. A new hysteroscopic technique for the preparation of partially intramural myomas in office setting (OPPluM technique): a pilot study. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2009; 16 (6): 748-754.

7. Munro M.G. Complications of hysteroscopic and uterine resectoscopic surgery. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2010; 37: 399-425.

8. Sardo A.D.S., Mazzon I., Bramante S., Bettocchi S., Bifulco G., Guida M., Nappi C. Hysteroscopic myomectomy: a comprehensive review of surgical techniques. *Hum Reprod Update* 2008; 14: 101-119.

9. Grimbizis G.F., Tsolakidis D., Mikos T., et al. A prospective comparison of transvaginal ultrasound, saline infusion sonohysterography, and diagnostic hysteroscopy in the evaluation of endometrial pathology. *Fertil Steril.* 2010; 94: 270-272.

Надійшла 22.01.2013

УДК 616.12-008.46-036.12-06:616.155.194

Н. Г. Риндіна

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

УДК 616.12-008.46-036.12-06:616.155.194

Н. Г. Риндіна

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования — определение структуры анемического синдрома на основании изучения уровня коэффициента насыщения трансферрина, ферритина, индекса трансферрин/лог ферритина и показателей гемограммы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью различного функционального класса.

Наличие II функционального класса хронической сердечной недостаточности характеризуется преобладанием признаков анемии хронического заболевания. Прогрессирование сердечной декомпенсации ассоциируется с сочетанием анемии хронического заболевания и железодефицитной анемии, а также нарастанием процента больных с изолированной железодефицитной анемией. У 8,6 % больных с хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса наблюдается анемия вследствие гемодилюции.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, анемический синдром, анемия хронического заболевания.

UDC 616.12-008.46-036.12-06:616.155.194

N. G. Ryndina

STRUCTURE OF ANEMIC SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE OF DIFFERENT FUNCTIONAL CLASS

The Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Chronic heart failure is a major problem in modern medicine. Clinical course and prognosis of chronic heart failure is largely determined by the presence of concomitant anemic syndrome. Disturbances of iron metabolism is a frequent condition in patients with chronic heart failure with or without concomitant anemia.

The **aim** is to determine the structure of anemic syndrome by studying the level of transferrin saturation, ferritin, index transferrin/log ferritin and indicators of hemogram in patients with chronic heart failure of different functional class.

Materials and methods. The concentration of ferritin was determined by immunoassay. Transferrin saturation is defined as the ratio of serum iron to the level of transferrin. Transferrin/log ferritin index was calculated as the ratio of soluble transferrin receptor to the logarithm of ferritin.

Results. Our findings suggest about the heterogeneity of the structure of anemic syndrome in patients with chronic heart failure are associated with the redistribution of iron.

Conclusion. Presence of II functional class in patients with chronic heart failure is characterized by a predominance of symptoms of chronic disease anemia. Progression of cardiac decompensation is associated with combination of anemia of chronic disease and iron deficiency anemia, increase of percentage of patients with isolated iron deficiency anemia. Anemia as a result of hemodilution is observed in 8.6% of patients with IV functional class of chronic heart failure.

Key words: chronic heart failure, anemic syndrome, chronic disease anemia.

