



УДК 618.14-006.36-089-072.1

О. Я. Назаренко

ВИПАДОК ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЧЕРЕВОРОЗТИНУ І ВІДЕОЕНДОСКОПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРОЇ НА МІОМУ МАТКИ

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса, Україна

УДК 618.14-006.36-089-072.1

О. Я. Назаренко

СЛУЧАЙ СОВМЕСТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ И ВИДЕОЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Военно-медицинский клинический центр Южного региона, Одесса, Украина

В работе анализируются наиболее распространенные ограничения для успешного выполнения лапароскопических и гистероскопических миомэктомий. Некоторые из этих ограничений носят сугубо субъективный характер и успешно преодолеваются хирургами с высокой квалификацией, о чем свидетельствуют данные, полученные из литературы и Интернета. Но потребности в выполнении операций подобного уровня сложности превышают численное наличие хирургов с высоким классом мастерства. Чревосечение с последующим применением медикаментозных и малоинвазивных технологий в определенных, особенно технически сложных, случаях позволяет безопасно избежать тяжелых интраоперационных рисков и нивелировать недостатки каждого метода лечения с надежным его результатом в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: миомэктомия, чревосечение, малоинвазивные технологии.

UDC 618.14-006.36-089-072.1

O. Ya. Nazarenko

A CASE OF COMBINED USAGE OF ABDOMINAL SECTION AND VIDEOENDOSCOPY IN TREATMENT OF A PATIENT WITH UTERINE MYOMA

The Military Medical Center of the South Region, Odessa, Ukraine

Myomectomy is a complex, atypic efficient interference, which is characterized by substantial complications, arising up both intraoperation and in the post-operation period. The endoscopic mini-invasive surgical interference is the gold standard of efficient medical treatment in gynaecology.

The description of combined organ-saving treatment of the patient with uterine myoma is presented in the article, when implementation of traditional abdominal section with successful usage of modern medicinal and mini-invasive technologies, with the subsequent final convalescence.

The most widespread limitations for the successful implementation of laparoscopic and hysteroscopic myomectomy are analysed in the work. Some of them carry an especially subjective nature and are successfully overcome by surgeons with the high qualification. But the requirements in implementation of operations of such level of complication exceed the number of high quality surgeons. Abdominal section with the subsequent application of medicinal and mini-invasive technologies in a definite, especially technically complex cases allows safely to evade the severe intraoperation risks and level the defects of every method of treatment with reliable result in the remote post-operation period.

Key words: myomectomy, abdominal section, organ-saving methods.



Вступ

Міома матки — одне з найпоширеніших захворювань жіночих статевих органів. У жінок раннього репродуктивного віку середня частота захворювання становить близько 1 %, а після 35 років цей показник сягає 25–35 % [1; 6; 8]. Хірургічний метод був і є головним у лікуванні даної патології, але майже 70 % операцій виконуються без збереження матки, що остаточно позбавляє жінок менструальної та репродуктивної функції. Незважаючи на досягнення сучасних медичних технологій, консервативна міомектомія й дотепер рідко виконується операція гінекологічного стаціонару [2; 5]. Таке становище зумовлене низкою об'єктивних і суб'єктивних причин. На відміну від гістеректомії, міомектомія більш атипове оперативне втручання, що пов'язано з різноманітністю морфологічної будови міомної матки. Консервативна міомектомія характеризується доволі значною частотою ускладнень, можливістю виникнення рецидиву і подальшими скаргами, пов'язаними з міомою матки [9; 12].

З упровадженням сучасних інноваційних медичних технологій переважна більшість операцій у гінекології виконуються ендоскопічно [3]. Перевага малоінвазивної хірургії особливо відчутна при виконанні органозберігаючих операцій у жінок репродуктивного віку. Крім косметичного ефекту, ранньої активізації та реабілітації, незначної тривалості стаціонарного лікування, що в багатьох випадках становить одну добу, основна перевага органозберігаючої ендовідеохірургії у репродуктивному віці — це мінімізація спайкового процесу, який порушує функції маткових труб і яєчників [4]. Однак для виконання малоінвазивних операцій існують як об'єктивні, так і суб'єктивні обмеження. У певних клінічних ситуаціях не слід виключати можливості традиційної хірургії — як самостійного методу лікування, так і в поєднанні з досягненнями передових медичних технологій.

Матеріали та методи дослідження

Наводимо власне спостереження клінічного випадку комбінованого органозберігаючого лікування хворої на множинну міому матки з геморагічним синдромом, ускладнену хронічною постгеморагічною анемією високого ступеня тяжкості.

Хвора Д., 22 роки (історія хвороби № 5347), надійшла до відділення гінекології Військово-медичного клінічного центру Південного регіо-

ну (ВМКЦПР) зі скаргами на постійний ниючий біль унизу живота, аномальні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, загальну слабкість, блідість шкірних покривів.

З анамнезу захворювання стало відомо, що у зв'язку з нерегулярними кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів хвора звернулася по спеціалізовану медичну допомогу до гінеколога за місцем проживання, де вперше була виявлена міома матки з геморагічним синдромом.

Дані УЗД свідчили про наявність субмукозного вузла. Була зроблена спроба гістероскопічної консервативної міомектомії. Зважаючи на великі розміри, вузол був лише частково резектований. Вирішено було виконати повторну гістероскопічну резекцію субмукозного міоматозного вузла після трьох ін'єкцій препарату агоніста гонадотропін-рилізінг гормону (аГнРГ, Золадекс 3,6 мг), призначуваного за стандартною схемою — 1 раз на 28 днів. Повторне оперативне втручання планувалося виконати через 28 днів після останньої ін'єкції препарату.

Хворій було зроблено дві ін'єкції препарату Золадекс. На тлі розвитку нейровегетативних розладів, пов'язаних із гіпоестрогенією, у пацієнтки не спостерігалось очікуваної аменореї і, як наслідок, — нормалізації показників червоної крові. У зв'язку з необхідністю повторного оперативного лікування, поінформованості про труднощі органозберігаючого хірургічного лікування міоми матки, імовірності органовидаляючого втручання, у хворої визначався високий рівень нервово-психічного напруження і хронічного стресу. Пацієнтка відмовилася від третьої ін'єкції препарату і подальшого лікування.

До клініки гінекології ВМКЦПР вона звернулася по медичну допомогу через 2,5 міс. після останньої ін'єкції препарату аГнРГ — у зв'язку з аномальними матковими кровотечами, що посилювалися.

З анамнезу життя: спадковість не обтяжена, алергологічний анамнез без особливостей, менструації з 12 років, по 4 дні, через 28 днів, рясні, регулярні, болісні, останні півроку набули характеру ациклічних аномальних кровотеч. Статеве життя з 18 років, регулярне, контрацепція методом перерваного статевих акту, вагітностей не було.

З даних об'єктивного огляду: стан хворої задовільний. Центральна гемодинаміка в межах норми. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки чисті, бліді. Живіт правильної форми, при пальпації м'який, безболісний у всіх відділах. При гінекологічному дослідженні: зовнішні ста-



теві органи розвинені правильно, шийка матки конічної форми, безболісна при зміщенні, тіло матки дифузно збільшене до 10 тиж. вагітності; придатки матки з двох сторін не збільшені, безболісні при пальпації.

Із загального аналізу крові: гемоглобін — 57 г/л, еритроцити — 2,95 Т/л, гематокрит — 0,20, кольоровий показник — 0,6, ШОЕ — 42 мм/год, лейкоцити — 4,8 г/л, паличкоядерні лейкоцити — 1, сегментоядерні — 45, моноцити — 11, лімфоцити — 42. За даними біохімічного аналізу крові, аналізу сечі, електрокардіограми патологічних відхилень від норми не виявлено.

За даними УЗД: тіло матки — 78 × 69 × 79 мм, біля задньої стінки інтрамуральний міоматозний вузол діаметром 70 мм, у порожнині матки — два субмукозних вузли діаметром 20 і 16 мм, ендометрій — 14 мм, правий яєчник розмірами 31 × 20 мм, лівий яєчник — 39 × 22 мм. Вільної рідини в черевній порожнині, малому тазі не виявлено (рис. 1).

З метою нормалізації показників червоної крові й створення можливості подальшого оперативного лікування хворій передопераційно протягом 3 днів було виконано переливання одноступінчастої еритроцитарної маси загальним об'ємом 800 мл. До моменту операції показники червоної крові становили: гемоглобін — 93 г/л, еритроцити — 3,75 Т/л, гематокрит — 0,33, ШОЕ — 22 мм/год.

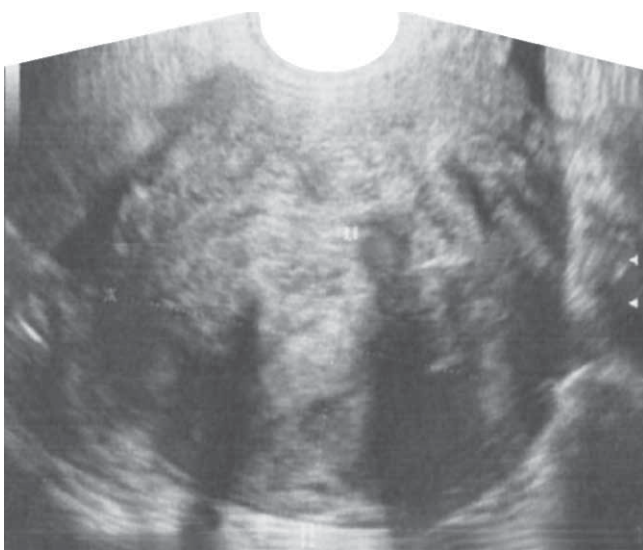
Від продовження лікування аГНРГ або селективними модуляторами прогестеронових рецепторів хвора категорично відмовилася. Можливість оперативного лікування у кілька етапів розглядала вкрай негативно.

Враховуючи, що тяжкі аномальні маткові кровотечі, як свідчили дані УЗД, спричинювали субмукозні вузли I типу діаметром 20 і 16 мм, вирішено було спочатку виконати їх гістероскопічне видалення.

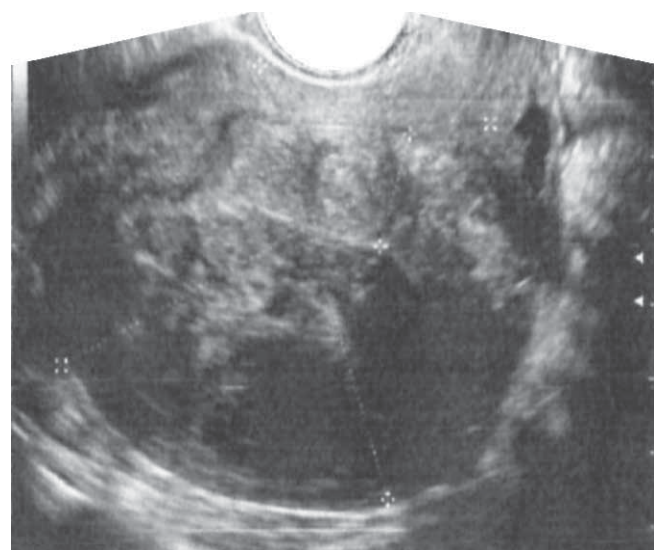
Під час гістероскопії порожнина матки була грубо деформована одним міоматозним вузлом II типу, що виходив із задньої стінки або дна матки. Після 40 хв гістероскопічної резекції вдалося вилучити до 50 г тканини міоматозного вузла. Більша частина вузла залишалася в тілі матки. Зважаючи на негативне ставлення хворої до можливості лікування в кілька етапів, подальше оперативне лікування вирішено продовжити методом череворозтину.

Черевна порожнина була розкрита типовим способом — доступом за Пфанненштилем. Інтраопераційно виявлено: тіло матки збільшене до 10 тиж. вагітності за рахунок міоматозного вузла субмукозно-інтрамуральної локалізації, додатково виявлено 6 вузлів субсерозної й інтрамуральної локалізації діаметром від 30 до 10 мм. Іншої патології у черевній порожнині не виявлено.

З метою зниження інтраопераційної кровотечі на нижню третину тіла матки накладено джгут у вигляді медичної гумової рукавички, що стискав маткові судини. Оскільки за даними УЗД імовірна локалізація міоматозного вузла — дно або задня стінка матки, виконано лінійний розріз завдовжки 7 см, що переходить із дна на задню стінку матки. На глибині до 5 мм від серозного покриву матки виявлена капсула міоматозного вузла. Останній частково гострим, частково тупим шляхом, з розкриттям слизової оболонки, вилучений із навколишнього міо-



а



б

Рис. 1. Ультразвукове дослідження до операції (а, б)



метрія. Діаметр вилученого вузла становив 85 мм. Тільки його третина розташовувалася в порожнині матки, значна її частина була резектована гістерорезектоскопом; дві третини вузла, що залишилися, мали інтрамуральну локалізацію.

Після відновлення цілісності ендометрія безперервним вікриловим швом дефект міометрія відновлений двошаровим вікриловим швом. Субсерозні міоматозні вузли, що залишилися, були енуклеювані. Цілісність міометрія відновлено окремими вікриловими швами. Після зняття судинистого джгута з перешийка матки здійснено контроль гемостазу. Черевна порожнина була дренована поліхлорвініловими дренажем, виведеним через центральну рану. Загальна тривалість оперативного втручання 110 хв, з яких перші 40 хв — гістероскопічний етап.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. У зв'язку з розкриттям порожнини матки та виконання операції на тлі хронічної постгеморагічної анемії хворій інтраопераційно і протягом 5 перших днів призначались антибактеріальні препарати широкого спектра дії. Пацієнтку активізовано на першу добу після операції. Дренаж із черевної порожнини вилучений на третю добу. У післяопераційному періоді трансфузії препаратів крові не проводилися. Хвору виписано зі стаціонару на восьму добу після операції. На момент виписування показники червоної крові становили: гемоглобін — 107 г/л, еритроцити — 3,87 Т/л, гематокрит — 0,38, ШОЕ — 27 мм/год. За даними гістологічного дослідження макропрепарату: тканина простої фібролейоміоми, ендометрій змішаного типу.

Довідавшись про «радикальність» виконаного оперативного втручання у вигляді видалення всіх міоматозних вузлів, відсутності необхідності повторних міомектомій, хвора вже в ранньому післяопераційному періоді почала відзначати різке зниження психоемоційного напруження, а саме: поліпшення настрою, нормалізацію сну, зникнення почуття тривоги і депресії. На тлі нормалізації емоційного стану жінка усвідомила необхідність подальшого призначення аГнРГ для профілактики рецидиву міоми і можливого аденоміозу як ускладнення внаслідок операції на матці. У післяопераційному періоді хворій призначено три ін'єкції препарату Золадекс дозою 3,6 мг кожні 28 днів.

На рис. 2 представлені дані УЗД, виконані напередодні 3-ї ін'єкції: тіло матки — 43 × 37 × 41 мм, не деформоване, ендометрій — 3 мм, розміри правого яєчника — 21 × 20 мм, лівого яєчника — 17 × 21 мм. Показники червоної кро-

ві: гемоглобін — 125 г/л, еритроцити — 4,25 Т/л, гематокрит — 0,47, ШОЕ — 5 мм/год.

Зважаючи на репродуктивні наміри пацієнтки, а також з метою усунення можливого спайкового процесу органів малого таза, що сформувався після відкритого оперативного втручання, визначення прохідності маткових труб, хворій було запропоноване виконання "Second Look" лапароскопічного оперативного втручання на 78-му добу після череворозтину. Прогрес у лікуванні основного захворювання був очевидним, тому пацієнтка без коливань погодилася на лапароскопічне втручання.

На момент повторної операції хвора скаржилася лише на вегетосудинні прояви медикаментозної гіпоестрогенії, проте, усвідомлюючи необхідність і очевидну результативність проведеного лікування, була позитивно мотивована і такі прояви сприймала як незначну тимчасову незручність на шляху до одужання. Зауважимо, що такі самі суб'єктивні відчуття після нерадикального гістероскопічного етапу вона вважала нестерпним побічним ефектом лікування, що не дає надії на одужання.

Типовим способом після створення карбоксиперитонеума в черевну порожнину через три лапаропорта введено оптику й інструменти. Зовсім неочікувано у цієї пацієнтки інтраопераційно виявлено мінімальний спайковий процес і майже відсутність спайок у ділянці додатків матки. Фімбріальні відділи маткових труб вільні. З боку тіла матки, додатків матки ніякої видимої патології не виявлено.

Після розсічення поодиноких безсудинних спайок між задньою стінкою матки і правим яєч-

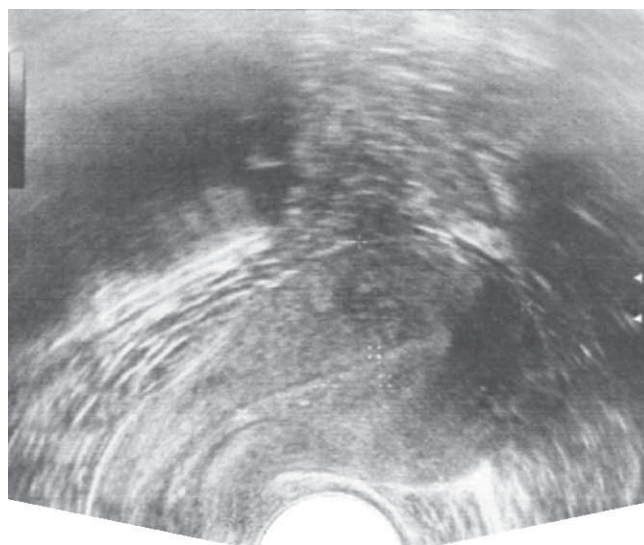


Рис. 2. Ультразвукове дослідження після операції та двох ін'єкцій агоніста гонадотропін-релізинг гормону

ником інструментом для внутрішньоматкових вливань виконана хромогідротубація. Розчин метиленового синього вільно, без значного механічного зусилля, через фімбріальні відділи маткових труб виливається в черевну порожнину. Черевна порожнина не дренована. Тривалість оперативного втручання, що полягало у виконанні діагностичної лапароскопії й хромогідротубації, становила менше 15 хв.

Стандартно інтраопераційно одноразово виконували антибіотикопрофілактику препаратами широкого спектра дії. Хвора самостійно активізувалася через 7 год після операції, одноразово була знеболена ненаркотичним анальгетиком, наступної доби була виписана додому. Пацієнтці дозволене зачаття через рік після череворозтину, з наступним розродженням методом кесаревого розтину.

Результати дослідження та їх обговорення

Загальновідомі такі переваги малоінвазивних операцій порівняно з череворозтином, як мала травматичність, висока прецизійність оперативної техніки, нетривалий термін перебування у стаціонарі, зниження ризику виникнення гриж у післяопераційному періоді [2–4]. При цьому виправдане прагнення як у лікаря, так і у хворої виконати операцію з приводу міоми матки із застосуванням сучасної ендоскопічної техніки. Втім, незважаючи на переваги, як у гістероскопії, так і у лапароскопії існують певні обмеження при виконанні консервативної міомектомії.

Так, лімітуючим фактором ендоскопії є розмір і локалізація щодо шарів матки міоматозного вузла. Трансцервікальну міомектомію безпечно застосовувати при субмукозних вузлах 0 і I типу (класифікація Міжнародної федерації акушерів і гінекологів FIGO, 2011), діаметром до 4 см. Перед видаленням субмукозних вузлів II типу діаметром понад 5 см більшість клініцистів рекомендують проводити передопераційну підготовку агоністами ГнРГ [9; 10; 21].

Як зазначають автори, після другої ін'єкції препарату — агоніста ГнРГ міоматозні вузли можуть зменшитися на 30–40 %. Крім цього, у деяких пацієнток відзначається зменшення інтерстиціального компонента вузла і перехід його з II типу в I тип. Додатково знижується перфузія крові в маткових артеріях, що в цілому значно знижує інтраопераційну крововтрату [11; 16].

У клінічному випадку, що розглядається, первинний розмір субмукозного вузла II типу пе-

ревищував граничні 5 см, що додатково виявило відносну неефективність агоніста ГнРГ. Відсутність позитивного клінічного ефекту після гістерорезектоскопії та перших двох ін'єкцій препарату аГнРГ негативно налаштувала пацієнтку на подальше лікування.

Ультразвуковий метод діагностики, який є найдоступнішим, не завжди здатний дати адекватну картину розмірів і розташування міоматозних вузлів. Інші методи променевої діагностики, такі як КТ і МРТ, хоча й більш інформативні, є менш доступними і дорожчими. З другого боку, знаючи більш-менш точну топіку міоматозних вузлів, у хірурга все ж залишається надія на успіх малоінвазивного втручання. У складних клінічних випадках, наприклад як у описуваному нами, ендоскопію слід розглядати як діагностичний етап з подальшою конверсією до череворозтину.

При субсерозних й інтрамуральних міоматозних вузлах основним критерієм ефективності консервативної міомектомії є формування повноцінного рубця на матці, спроможного при наступній вагітності. Міоматозні вузли на ніжці або на широкій основі не становлять труднощів для міомектомії лапароскопічним доступом при будь-яких їхніх розмірах [13; 23].

Крім специфічних особливостей, властивих міомектомії, незалежно від доступу виконання, є низка негативних відмінностей, притаманних лапароскопічно виконуваній операції. По-перше, не в кожному випадку можливо технічно виконати енуклеацію міоми за розумний для операції проміжок часу, без зайвої крововтрати. Так, при інтрамуральній міомі діаметром більше 7 см хірургу слід об'єктивно розрахувати сили і не відкидати можливості виконання операції шляхом череворозтину, оскільки значна більшість таких операцій закінчується лапароконверсією до череворозтину [23].

Найтяжчим ускладненням міомектомії є розрив матки по рубцю під час вагітності. При лапароскопії можливість такого ускладнення може додатково зумовлюватися як зайвою коагуляцією тканини матки під час міомектомії з метою досягнення гемостазу, так і складнощами при ушиванні дефекту міометрія. На практиці таких проблем під час виконання ендоскопічної операції значно більше, ніж при череворозтині. Донині ушивання тканини матки — це технічно складний етап лапароскопічного втручання.

Відомо кілька методів зменшення розміру інтрамуральних міоматозних вузлів і зниження інтраопераційної крововтрати [7; 16]. Уже став класичним метод передопераційного викорис-



тання препаратів аГнРГ, частіше у вигляді трьох ін'єкцій кожні 28 днів, оперативне втручання виконують через місяць після останньої ін'єкції. Проте не в кожному випадку спостерігається, як зазначається у літературних джерелах, зменшення розміру вузла на 30–40 %. Дрібні міоматозні вузли зменшуються та маскуються, що не дозволяє їх вилучити під час міомектомії, зумовлюючи появу рецидиву у віддаленому післяопераційному періоді [15]. Після неoad'ювантної терапії аГнРГ щільність капсули вузла знижується, що розмиває межу між міомою та неушкодженим міометрієм, утруднюючи виконання енуклеації вузла.

Та, можливо, останній недолік неoad'ювантної медикаментозної терапії — це значна за часом і недешева відстрочка остаточного одужання, що, зрештою, вирішується шляхом оперативного втручання. Під час операції після лікування аГнРГ не виключається можливість череворозтину, а в окремих випадках — необхідність виконання органовидаляючої операції замість органозберігаючої.

Останнім часом як препарати для неoad'ювантної терапії використовують, поряд з аГнРГ, сучасні селективні модулятори прогестеронових рецепторів, а саме уліпристалу ацетат [7]. Проводиться порівняльний аналіз щодо ефективності використання тих чи інших препаратів, але, як свідчать попередні дані, значної різниці між ними не спостерігається [11; 16].

Метод емболізації маткових артерій (ЕМА) розглядається як альтернатива органовидаляючій операції. Пацієнткам, які мають репродуктивні наміри, цей метод небажаний, хоча є повідомлення про відсутність негативного впливу на репродуктивну функцію жінки [7]. Застосування ЕМА з метою передопераційної підготовки для малоінвазивної органозберігаючої операції розглядалось у поодиноких дослідницьких роботах і не може використовуватися у жінок, які не реалізували свій репродуктивний потенціал [10; 14].

Останнім часом в Інтернеті демонструються яскраво та технічно виконані міомектомії великих інтрамуральних вузлів і технічно блискуче ушивання ложа вузла після попередньої тимчасової оклюзії маткових і внутрішніх клубових артерій кліпсами або судинними затискачами [17–20]. Однак вельми непокоїть ускладнення, що реально існує і не виключається, яке може виникнути під час препарування, видалення, затискання судини, а також зняття затискачів з означених судин. Такі блискучі опе-

рації характеризуються високим ризиком, сьогодні вони є ексклюзивними.

Випадок, описаний нами, являє собою успішне поєднання череворозтину, ад'ювантної медикаментозної терапії та лапароскопічного адгезіолізісу, проведених в оптимальний термін, поки не сформувалася зріла сполучна рубцева тканина між спаяними після череворозтину органами черевної порожнини.

Відкрита консервативна міомектомія існує в арсеналі хірургів уже багато років, вона відносно безпечна й одразу дозволяє виконати ключове оперативне втручання, яке усуває у пацієнта психоемоційне напруження щодо невідомості стану свого здоров'я. Ад'ювантне застосування аГнРГ, крім профілактики рецидиву міоми та генітального ендометріозу, ризик виникнення якого значно зростає після оперативного втручання на матці [22], ймовірно, якимось чином впливає на спайковий процес, зменшує його та запобігає йому. На такий висновок може наштовхнути практична відсутність спайкового процесу у спостережуваної нами хворої, але для підтвердження або спростування цієї думки потрібні додаткові дослідження. Заключна лапароскопія не становить технічних труднощів. Означений підхід комбінованого лікування може використовуватися у менеджменті складних клінічних випадків у хворих репродуктивного віку з міомою матки.

Ключові слова: міомектомія, череворозтин, малоінвазивні технології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Запорожан В. М., Непорада С. М. Фактори ризику розвитку міоми матки у жінок репродуктивного віку. *Одеський медичний журнал*. 2014. № 2. С. 37–40.
2. Запорожан В. М. Оперативна гінекологія : практичний poradnik. Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2008.
3. Запорожан В. М., Гладчук І. З., Рожковська Н. М. Ендоскопічна хірургія в гінекологічній клініці. *Шпитальна хірургія*. 2008. № 4. С. 32–40.
4. Гладчук І. З. Лапароскопические гинекологические операции на современном этапе. *Практическая медицина*. 2012. № 3. С. 21–29.
5. Іванюта С. О. Органозберігаючі операції — сучасна необхідність в лікуванні лейоміом. *Зб. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України*. К. : Інтермед, 2008. С. 595–599.
6. Веропотвелян П. Н., Бондаренко А. А., Веропотвелян Н. П. Миома матки у жінок репродуктивного віку. *Здоров'я жінки*. 2015. № 10 (106). С. 153–156.



7. Татарчук Т. Ф. Новая эра в лечении миомы матки у женщин различных возрастных групп. *Репродуктивна ендокринологія*. 2014. № 6 (20). С. 9–20. URL : www.reproduct-endo.com.ua. № 6 (20) / грудень 2014
8. Chayka K. V. Modern views on the etiology, pathogenesis and morphogenesis of uterine leiomyoma. *Medical and social problems of the family in 2012*.
9. Гинекология : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.
10. Адамян Л. В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация : клинические рекомендации по ведению больных / под ред. Л. В. Адамян. Москва, 2015.
11. Подзолкова Н. М., Коренная В. В., Колода Ю. А. Миома матки : учеб. пособие. Москва, 2015. 160 с.
12. Shchukina N. A., Sheina E. N., Barinova I. V. The clinical and morphological features of uterine myoma in young women. *Rossiysky vestnik akushera-ginekologa*. 2014. Vol. 5. P. 28–31.
13. Young S. L., Al-Hendy A. Potential Nonhormonal Therapeutics for Medical Treatment of Leiomyomas. *Uterine Leiomyomas: Options and Choices* / ed. B. R. Carr. Seminars. *Reprod. Med.* 2004. Vol. 22 (2). P. 121–130.
14. Hehenkamp W. J., Volkens N. A., Birnie E. Uterine artery embolization in the treatment of uterine fibroids; outcomes of randomized trials. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2008. Vol. 22 (12). P. 663–665.
15. Duhan N., Sirohiwal D. Uterine myomas revisited. *Eur. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol.* 2010. Vol. 152 (2). P. 119–125. URL : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.05.010>; PMID:20933150
16. Kirjushchenkov A. P. A myoma of uterus. *Doctor*. 2012. Vol. 1. P. 2–5.
17. Лапароскопия матки (большая миома) — Урок: наложение клипс на маточные артерии. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=gPnfawWNK0g>
18. Урок лапароскопии: клипирование маточных сосудов. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=ZAd6m8C6Ot8>
19. Луцевич О. Э., Галлямов Э. А., Насырова Н. И., Гаврилов М. В. Лапароскопическая миомэктомия с временной окклюзией внутренних подвздошных артерий. URL : <http://www.endocenter.ru/index.php>
20. Пучков К. В., Подзолкова Н. М., Коренная В. В. и др. Совершенствование лапароскопической миомэктомии путем временной окклюзии внутренних подвздошных артерий. URL : <http://www.puchkovk.ru/technology/laparoskopicheskaya-miomektomia/>
21. Di Spiezio Sardo A., Mazzon I., Bramante S. et al. Hysteroscopic myomectomy: a comprehensive review of surgical techniques. *Hum. Reprod. Update*. 2008. Mar–Apr. Vol. 14, N 2. P. 101–119.
22. Yeniel O., Cirpan T., Ulukus M. et al. Adenomyosis: prevalence, risk factors, symptoms and clinical findings. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2007. Vol. 34 (3). P. 163–167.
23. Назаренко О. Я. Лапароскопічні органозберігаючі операції в лікуванні міоми матки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01. Одеса, 2006. 20 с.
1. Zaporozhan V.M., Neporada S.M. Risk factors of uterine myoma in reproductive women. *Odes. med. zhurnal* 2014; 2: 37-10.
2. Zaporozhan V.M. *Operatyvna hinekolojiya: praktychnyy poradnyk*. Odesa, Odes. derzh. med. un-t, 2008.
3. Zaporozhan V.M., Hladchuk I.Z., Rozhkovska N.M. Endoscopic surgery in gynecological clinic. *Shpytalna khiruriya* 2008; 4: 32-40.
4. Gladchuk I.Z. Laparoscopic surgery at the modern stage. *Prakticheskaya meditsina* 2012; 3: 21-29.
5. Ivanyuta S. O. Orhanozberihayuchi operatsii. suchasna neobkhidnist v likuvanni leyomiom. Zbirnyk nauk. prats asotsiatsiyi akusheriv-hinekolohev Ukrainy. Kyiv, Intermed, 2008: 595-599.
6. Veropotvelyan P.N., Bondarenko A.A., Veropotvelyan N.P. Uterine myoma in reproductive women. *Zdorovye zhen-shchiny* 2015; 10 (106): 153-156.
7. Tatarchuk T.F. A new era in treatment of uterine myoma in women of different age group. *Reproduktyvna endokrynologiya* 2014; 6 (20). P. 9-20. URL: www.reproduct-endo.com.ua.
8. Chayka K.V. Modern views on the etiology, pathogenesis and morphogenesis of uterine leiomyoma. *Medical and social problems of the family in 2012*.
9. Saveleva G.M. et al. *Ginekologiya: Natsionalnoe rukovodstvo*. Moscow, GEOTAR-Media, 2015, 704 p.
10. Adamyan I.V. *Mioma matky: diagnostyka, lechenie i reabilitatsiya: klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bolnykh*, ed. by Adamyan I.V. Moscow, 2015.
11. Podzolkova N.M., Korennaya V.V., Koloda Yu.A. *Mioma matky: ucheb, posobie*. Moscow, 2015, 160 p.
12. Shchukina N.A., Sheina E.N., Barinova I.V. The clinical and morphological features of uterine myoma in young women. *Rossiysky vestnik akushera-ginekologa* 2014; 5: 28-31.
13. Young S.L., Al-Hendy A. Potential Nonhormonal Therapeutics for Medical Treatment of Leiomyomas. *Uterine Leiomyomas: Options and Choices*. Ed. by B.R. Carr. Seminars. *Reprod. Med.* 2004; 22 (2): 121-130.
14. Hehenkamp W.J., Volkens N.A., Birnie E. Uterine artery embolization in the treatment of uterine fibroids; outcomes of randomized trials. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2008; 22 (12): 663-665.
15. Duhan N., Sirohiwal D. Uterine myomas revisited. *Eur. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol.* 2010; 152 (2): 119-125. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.05.010>; PMID:20933150
16. Kirjushchenkov A.P. A myoma of uterus. *Doctor* 2012; 1: 2-5.
17. Laparoskopiya matki (bolshaya mioma). Urok: nalozhenie klips na matochnye arterii. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=gPnfawWNK0g>
18. Urok laparoskopii: klipirovanie matochnykh sosudov. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=ZAd6m8C6Ot8>



19. Lutsevich O.E., Gallyamov E.A, Nasyrova N.I., Gavrillov M.V. *Laparoskopicheskaya miomektomiya s vremennoy okklyuziey vnutrennikh podvzdoshnykh arteriy*. URL: <http://www.endocenter.ru/index.php>

20. Puchkov K.V., Podzolkova N.M., Korennaya V.V. et al. *Sovershenstvovanie laparoskopicheskoy miomektomii putem vremennoy okklyuziey vnutrennikh podvzdoshnykh arteriy*. URL: <http://www.puchkovk.ru/technology/laparoskopicheskaya-miomektomia/>

21. Di Spiezio Sardo A., Mazzon I., Bramante S. et al. *Hysteroscopic myomectomy: a comprehensive review of*

surgical techniques. Hum. Reprod. Update 2008. Mar-Apr; 14 (2): 101-119.

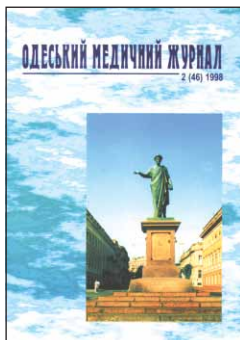
22. Yeniel O., Cirpan T., Ulukus M. et al. *Adenomyosis: prevalence, risk factors, symptoms and clinical findings. Clin. Exp. Obstet. Gynecol* 2007; 34 (3): 163-167.

23. Nazarenko O. Ya. *Laparoskopichni orhanozberihayuchi operatsii v likuvanni miomy matky*. Thesis for Candidate of medical sciences, speciality 14.01.01, Odessa, 2006, 20 p.

Надійшла до редакції 04.01.2018

*Рецензент д-р мед. наук, проф. О. О. Зелінський,
дата рецензії 09.01.2018*

*Передплачуйте
і читайте*



ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ *Теорія і експеримент*
- ◆ *Клінічна практика*
- ◆ *Профілактика, реабілітація, валеологія*
- ◆ *Новітні технології*
- ◆ *Огляди, рецензії, дискусії*

