

- critical appraisal / S.H. Saravelos, K.A. Cocksedge, T-C. Li // Hum. Reprod. Update. - 2008. - Vol. 14. - P. 415-419.
6. Silvina M. 3-Dimensional Sonography to Assess Uterine Anomalies / M. 7. Troiano R. Mullerian duct anomalies: Imaging and clinical issues / R. Silvina Bocca, Z. Alfred Abuhamad // Journal of Ultrasound in Medicine. - 2013. - Vol. 13, № 1. - P. 1-6.
- Troiano, S.M. McCarthy // Radiology. - 2004. - Vol. 233. - P. 19-34.

**Вереснюк Н.С.**

### РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

**Резюме.** В статье проведен анализ достоверности результатов магнитно-резонансной томографии в диагностике пороков развития матки на основании обследования 32 пациенток, оценки специфичности, чувствительности и точности метода. Приведенные данные свидетельствуют о том, что МРТ - высокоинформативный метод диагностики, который может с успехом использоваться для верификации аномалий женских половых органов у пациенток с нарушениями репродуктивного здоровья.

**Ключевые слова:** аномалии развития матки, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика, чувствительность, специфичность, точность.

**Veresnyuk N.**

### ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSTIC OF MULLERIAN DUCT ANOMALIES IN WOMEN

**Summary.** The article analyzes the reliability of the results of magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine malformations on the basis of examination of 32 patients, assessment of the specificity, sensitivity and accuracy of the method. These data indicate that MRI is a highly informative diagnostic method, which can be successfully used for verification female genital abnormalities in patients with impaired reproductive health.

**Key words:** uterine anomalies, magnetic resonance imaging, ultrasonography, sensitivity, specificity, accuracy.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Пирогова В.І.**

Стаття надійшла до редакції 14.12.2016р.

Вереснюк Наталія Сергіївна - к.мед.н., доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти ЛНМУ імені Д. Галицького; 067 257 48 81; veresniuk@ukr.net

© Голяновський О.В., Будченко М.А.

УДК: 618.14-006.36-035-089.844

**Голяновський О.В., Будченко М.А.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра акушерства та гінекології №1 (вул. Дорогожицька 9, м. Київ, Україна, 04112)

### КОМПЛЕКСНА МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

**Резюме.** У статті представлені дані щодо частоти, патогенезу, сучасних методів хірургічного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку. Проведене клінічне дослідження визначило ефективність комплексної методики хірургічного лікування лейоміоми матки з використанням сучасних медикаментозних засобів та технічного супроводу.

**Ключові слова:** лейоміома матки, репродуктивний вік, консервативна міомектомія, синтетичний аналог вазопресину, поліфункціональний антиспазмовий розчин, аргоноплазма коагуляція.

#### Вступ

Лейоміома матки у жінок репродуктивного віку продовжує бути однією з найактуальніших проблем сучасної гінекології та привертає увагу як наукових дослідників, так і практикуючих гінекологів. Постійна зацікавленість цією проблемою обумовлена високою частотою лейоміоми матки серед причин безпліддя, маткових кровотеч та інших ускладнень, які супроводжують вираженою анемією [2, 9, 10, 11].

У структурі гінекологічної захворюваності лейоміома матки посідає друге місце після запальних процесів і її частота становить від 20 до 50%. Останні роки медичну спільноту хвилює зростання цієї патології серед жінок репродуктивного віку (13-27 %) [2, 7, 10]. На актуальність клінічної проблеми вказує те, що в даний час з приводу міоми матки виконують до 70% хірургічних втручань у гінекологічних стаціонарах [1].

Лейоміому матки відносять до групи мезенхімальних пухлин і вона є продуктом осередкової проліферації, яка виникає в тій чи іншій ділянці камбіального сполучнотканинного каркаса матки [3]. Найбільш імовірним джерелом лейоміоми матки є периадвентціальна тканина, яка містить найменш диференційовані клітини з вираженою потенцією до диференціювання в фіброїміобласти, перицити і, можливо, дедиференціюючі за регенерації судинної стінки міоцити інтими дрібних судин за практично повної відсутності контролю холінергічної та адренергічної нервової системи за процесами осередкової проліферації [5].

Роль лейоміоми матки в розвитку безпліддя та невиношування вагітності досі не визначена, оскільки відомі численні випадки вагітності з благополучним результатом за множинної лейоміоми матки, навіть вели-

ких розмірів. Проте, частота первинного безпліддя у хворих на лейоміому матки становить 18-24 %, вторинного - 25-56 %, а 15-22 % жінок на тлі лейоміоми матки страждають на звичне невиношування вагітності, тобто в 2-3 рази частіше ніж жінки без лейоміоми [4, 13].

У даний час встановлено, що радикальне лікування лейоміоми матки (екстирпація матки) у кожної третьої жінки може супроводжуватися виникненням постгістеректомічного синдрому, в основі якого лежить значне зниження яєчникового кровотоку. Це обумовлено анатомічними особливостями, які відзначаються у 30-35% жінок, а саме: основне кровопостачання яєчника здійснюється через яєчникову гілку маткової артерії, яка перетинається і лігується при видаленні матки, що призводить до різкого зменшення продукції стероїдних гормонів [7, 8].

За цих умов виникає різноманітний спектр патологічних змін психоемоційного, вегето-судинного та метаболічного характеру, найбільш серйозними проявами яких є зростання серцево-судинних захворювань, остеопороз. Усе це призводить до значного зниження якості життя та здоров'я пацієнток [7, 8].

У виборі методу лікування хворих із лейоміомою матки потрібен диференційований підхід залежно від багатьох факторів (вік хворих, клінічні прояви, розміри й локалізація лейоматозних вузлів, інтенсивність зростання пухлини, вплив лейоміоми на генеративну функцію та інші причини), у тому числі і від кінцевої мети: досягнення лікувального ефекту в передгравідарному періоді або збереження органу у жінок репродуктивного віку [15].

*Мета* дослідження - підвищити ефективність лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку з використанням сучасних медикаментозних та інструментальних засобів з пріоритетом виконання органозберігаючих методів хірургічного лікування.

### **Матеріали та методи**

Запропонований нами комплексний підхід полягає в виконанні консервативної міомектомії з використанням розчину Терліприсину (синтетичний аналог вазопресину), поліфункціонального антиспайкового розчину (DEFENSAL) та технічного супроводу хірургічного втручання радіохвильовим скальпелем та застосування аргоноплазмової коагуляції тканин.

Методика дослідження: після розтину черевної стінки радіохвильовим скальпелем та виведенні матки в рану лейоматозні вузли обколюються розчином Терліприсину (0,4мг терліприсину розчиняють у 20,0 фізіологічного розчину натрію хлориду). Радіохвильовим скальпелем розсікають капсулу та вилушують лейоматозні вузли. Ложе вузлів обробляють факелом аргонової плазми та ушивають одним або двома рядами (в залежності від розміру видалених вузлів) безперервним вікриловим швом. Додатковий гемостаз та шви на матці обробляють факелом аргонової плазми. Після

туалету черевної порожнини та підрахунку серветок та інструментів в черевну порожнину вводять 250,0 мл стерильного поліфункціонального антиспайкового розчину. Черевну порожнину ушивають пошарово. Шви на апоневрозі та підшкірно-жировій клітковині обробляють факелом аргонової плазми.

### **Результати. Обговорення**

У ході дослідження було проліковано 67 жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки. З них 34 жінкам (контрольна група) виконували консервативну міомектомію за традиційною методикою та 33 жінкам (основна група) проводили консервативну міомектомію за нашою комплексною методикою. Середня інтраопераційна крововтрата у дослідній групі склала  $125,0 \pm 10,0$  мл, а в основній -  $197,0 \pm 12,0$  мл ( $p < 0,05$ ). Медикаментозне знеболювання в післяопераційному періоді пацієнтки основної групи потребували лише в першу добу після операційного періоду, а у контрольній - 2-3 доби (результати оцінки больових відчуттів за аналоговою шкалою болю).

Термін перебування пацієнток у стаціонарі після хірургічного лікування лейоміоми в основній групі склав - 3 доби, в контрольній - 4-5 днів. Подальше виконання репродуктивної функції: у дослідній групі через 6 місяців після операції самостійно завагітніло 13 жінок, з яких у 8 пацієнток пологи були завершені через природні пологові шляхи, та у 5 пацієнток - шляхом кесарева розтину. Ще 17 пацієнток дослідної групи завагітніли через рік та більше після лікування. У пацієнток контрольної групи протягом першого року після хірургічного лікування лейоміоми вагітностей не було, протягом другого завагітніло 18 пацієнток, з яких 8 жінок народили через природні пологові шляхи, а іншим було виконано кесарів розтин.

Отже, отримані результати достовірно свідчать про високу ефективність запропонованої нами комплексної методики хірургічного лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку. Наша методика дозволяє істотно знизити інтраопераційну крововтрату, що знижує анемізацію жінок в післяопераційному періоді, знизити дискомфорт та больові відчуття після операції та істотно знижує тривалість перебування пацієнток в стаціонарі та покращує якість життя в післяопераційному періоді. Отримані віддаленні результати щодо репродуктивної функції прооперованих пацієнток дозволяють говорити про зменшення утворення злук в черевній порожнині та про спроможність післяопераційних швів на матці.

### **Висновки та перспективи подальших розробок**

1. Отримані результати свідчать про високу ефективність запропонованої нами комплексної методики хірургічного лікування лейоміоми матки щодо інтраопераційної крововтрати, больових відчуттів, тривалості

перебування в стаціонарі, покращення якості життя в післяопераційному періоді жінок репродуктивного віку.

Продовження досліджень, запропонованої нами методики, дозволить підвищити ефективність хірургічного лікування лейомиоми матки у жінок репродуктивного віку. Впровадження в практичну діяльність комп-

лексу організаційних заходів, сучасної медикаментозної профілактики/лікування та органозберігаючого методу хірургічного втручання дозволить знизити кількість гістеректомій у жінок репродуктивного віку, що приведе до покращення репродуктивної функції даного контингенту та якості життя жіночого населення.

### Список літератури

1. Воронин А. А. Значение энтеросорбентов в профилактике гнойно-воспалительных осложнений после хирургического лечения миомы матки: дис. ... канд. мед. наук / А.А. Воронин. - М., 2000. - С. 5-6.
2. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Вихляева Е. М. - Медпресс, 2004.
3. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии / Вихляева Е.М. - М.: МИА, 2000. - Р. 427-439.
4. Краснополяский В. И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В.И. Краснополяский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова. - М., 2005. - 159 с.
5. Краснополяская К. В. Использование ЭКО и ПЭ у больных миомой матки небольших размеров / К.В. Краснополяская, Л.Г. Сичинава, А.С. Калугина // Акуш. и гин. - 2000. - № 1. - Р. 56-58.
6. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, В.А. Лебедев [и др.] // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2008. - № 4. - С. 718.
7. Сидорова И. С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / Сидорова И.С. - М., 2003. - 255 с.
8. Стрижаков А. Н. Органосберегающее хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, В.М. Пашков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2003. - № 2 (3). - С. 5-9.
9. Тихомиров А. Л. Патогенетическое обоснование профилактики миомы матки / А.Л. Тихомиров, А.А. Леденкова, А.Е. Батаева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2011. - № 10 (1). - С. 75-78.
10. Тихомиров А. Л. Миома матки / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин. - М.: МИА, 2006. - 174 с.
11. Тихомиров А. Л. Патогенетическое обоснование ранней диагностики, лечения и профилактики миомы матки: дис. ... д-ра мед. наук / А.Л. Тихомирова. - М., 1998. - 12-14.
12. Чайка К. В. Оптимизация консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста / К.В. Чайка // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. - Київ, Інтермед, 2011. - С. 899-903.
13. Bendifallah S. Myomectomy for infertile women: the role of surgery / S. Bendifallah, J.L. Brun, H.J. Fernandez // Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. - 2011. - Vol. 40 (8). - P. 885-901.
14. Li T. C. Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery / T.C. Li, R. Mortimer // Hum. Reprod. - 2009. - Vol. 14, № 7. - P. 1735-1740.
15. Rolli R. Vaginal myomectomy is a safe and feasible procedure: A retrospective study of 46 cases / R. Rolli, A. Favilli // J. Obstet. Gynaecol. Res. - 2012. - Vol. 8. - P. 48-51.

*Голяновский О.В., Будченко М.А.*

### КОМПЛЕКСНАЯ МЕТОДИКА ВЫПОЛНЕНИЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Резюме.** В статье представлены данные о частоте, патогенезе, современных методах хирургического лечения лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста. Результатом проведенного клинического исследования стало определение эффективности комплексной методики хирургического лечения лейомиомы матки с использованием современных медикаментозных средств и технического сопровождения.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, репродуктивный возраст, консервативная миомэктомия, синтетический аналог вазопрессина, полифункциональный антиспаечный раствор, аргонплазменная коагуляция.

*Golyanovskyy O.V., Budchenko M.A.*

### COMPLEX TREATMENT TECHNIQUES FOR CONSERVATIVE MYOMECTOMY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

**Summary.** The paper presents the data on uterine leiomyoma incidence, pathogenesis, and modern surgical treatment of uterine leiomyoma in women of reproductive age. It is focused on the clinical investigations, efficiency of complex surgical treatment of uterine leiomyoma using up-to-date electrosurgical techniques and medications.

**Key words:** uterine leiomyoma, reproductive age, conservative myomectomy, synthetic analogue of vasopressin, polyfunctional anti-adhesion solution, argon plasma coagulation.

*Рецензент - д.мед.н., проф., чл-кор НАМН України Вдовиченко Ю.П.*

*Стаття надійшла до редакції 13.12.2016 р.*

*Голяновський Олег Володимирович* - д.мед.н., проф., зав. кафедри акушерства та гінекології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; +38(044)4894935; golyanovskyy@bigmir.net

*Будченко Марина Анатоліївна* - аспірант кафедри акушерства і гінекології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38(044)489-49-35; +38(063)3998238; tariella@ukr.net