

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

НІГУЦА ІГОР ПАВЛОВИЧ

УДК 618.14-006.36-089.87-039.73-06:618.17

**ОПТИМІЗАЦІЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ
У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2017

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

Науковий керівник

член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Вдовиченко Юрій Петрович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Бойко Володимир Іванович**, Медичний інститут Сумського державного університету МОН України, завідувач кафедри акушерства та гінекології

доктор медичних наук, доцент **Страховецький Віталій Сергійович**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, доцент кафедри хірургії та ендоскопії

Захист дисертації відбудеться «___»_____ 2017 р. о 12⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.02 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

Автореферат розісланий «___»_____ 2017 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,
кандидат медичних наук доцент

О. А. Галушко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. На сьогоднішній день вивченню міоми матки присвячено безліч робіт, однак це питання залишається недостатньо вирішеним. Міома матки – найбільш поширена доброякісна пухлина статеві системи жінок, що часто зустрічається, а її частота в репродуктивному віці коливається в межах від 20 до 40 % (Корнацька А. Г. та співавт., 2012; Wang C. J. et al., 2014).

Серед різних локалізацій міоми матки, особливо у жінок репродуктивного віку, провідне місце займає субсерозне та інтрамуральне розташування одного або декількох вузлів (Запорожан В. М. та співавт., 2014; Lee C. F. et al., 2013). Таке розташування міоматозного вузла є дуже несприятливим, оскільки практично завжди вимагає хірургічного лікування, а шанси консервативної терапії достатньо низькі.

Частота безпліддя у жінок з міомою матки досягає 30-35 %, а при настанні вагітності можливе невиношування, виникнення ускладнень як в період гестації, так і під час пологів і в післяпологовому періоді (Сенчук А. Я. та співавт., 2015; Kriplani A. et al., 2012).

Безпліддя, як первинне, так і вторинне – нерідке явище при даному захворюванні. Проблема набуває все більшої актуальності у зв'язку з омолодженням контингенту хворих з міомою матки з одного боку, і пізнім плануванням вагітності (після 40 років) – з іншого, коли значно підвищується ризик виникнення гіперпластичних процесів, ендометріозу і запальних захворювань органів малого тазу, як основних причин невдач в реалізації репродуктивної функції (Татарчук Т. Ф. та співавт., 2014; Hanafi M., 2015). За даними цих самих авторів, питома вага міомектомії, у тому числі і при субсерозному та інтрамуральному розташуванні, відносно невелика, що, на нашу думку, вимагає розширення показань до міомектомії з метою відновлення і збереження репродуктивної функції у жінок фертильного віку.

Незважаючи на значну кількість запропонованих методик консервативної міомектомії, ефективність відновлення репродуктивної функції залишається достатньо невисокою, що свідчить про необхідність продовження наукових пошуків у цьому напрямку.

Все вищевикладене з'явилося для нас підставою до проведення наукових досліджень, що дозволить підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Виконана науково-дослідна робота є фрагментом наукової роботи кафедри акушерства, гінекології і перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика «Розробка індивідуального перинатального супроводу в жінок з факторами високого репродуктивного ризику», № державної реєстрації 0111U009695.

Мета роботи та задачі дослідження. Метою роботи було підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки на підставі наукового обґрунтування та впровадження удосконаленої методики консервативної міомектомії з використанням сучасних ендоскопічних технологій.

Для реалізації поставленої мети були запропоновані наступні **завдання**.

1. Встановити основні показання до консервативної міомектомії.
2. Показати особливості кількості та розташування міоматозних вузлів у жінок, які планують консервативну міомектомію.
3. Оцінити порівняльні аспекти загальноприйнятої міомектомії з абдомінальним та лапароскопічним доступом.
4. Порівняти ефективність загальноприйнятої та удосконаленої нами лапароскопічної міомектомії.
5. Проаналізувати частоту відновлення репродуктивної функції у жінок після удосконаленої консервативної міомектомії, особливості перебігу вагітності та методу розродження.

Об'єкт дослідження – міома матки.

Предмет дослідження – функціональний стан репродуктивної функції.

Методи дослідження – клінічні, ендоскопічні, ехографічні, лабораторні, психологічні та статистичні.

Наукова новизна отриманих результатів. Науково обґрунтовано роль міоми матки субсерозної та інтрамуральної локалізації у розвитку порушень репродуктивної функції. Представлено клініко-ехографічні, лабораторні і психологічні особливості та їх взаємозв'язок з перебігом віддаленого післяопераційного періоду у жінок з міомою матки. Показано роль різних доступів консервативної міомектомії у перебігу раннього та віддаленого післяопераційних періодів для визначення тактики подальших реабілітаційних заходів. Представлено психологічні особливості у жінок до та після консервативної міомектомії в аспекті відновлення репродуктивної функції. Отримані дані дозволили науково обґрунтувати необхідність удосконалення методики лапароскопічної міомектомії та реабілітаційних заходів щодо відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки.

Практичне значення отриманих результатів. Представлено порівняльні аспекти клінічного перебігу міоми матки у жінок з субсерозним та інтрамуральним розташуванням поодиноких або множинних вузлів. Проаналізовано порівняльні дані інтраопераційної кровотрати, перебігу раннього та віддаленого післяопераційного періодів у жінок після різних доступів консервативної міомектомії. Показано роль удосконаленої методики консервативної міомектомії у відновленні репродуктивної функції жінок, а також особливості перебігу вагітності, пологів та методів розродження.

Особистий внесок здобувача. Планування і проведення всіх досліджень виконано за період з 2013 по 2016 рр. Проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 125 жінок із міомою матки, яким була виконана консервативна міомектомія за різними методиками. Самостійно проведено забір і підготовку біологічного матеріалу. Автором удосконалено методику консервативної міомектомії, що дозволяє підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції. Статистична обробка отриманих даних проведена винятково автором.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та висновки дисертаційної роботи було оприлюднено та обговорено на I Міжнар. конгресі з перинатальної медицини «Перинатальная медицина: от семейной амбулатории до частной клиники» (Київ, 2012), пленумі і з'їзді Асоціації акушерів-гінекологів України (Київ, 2013, 2014, 2015), засіданні Асоціації акушерів-гінекологів м. Києва (2014, 2015), конференції молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика (Київ, 2014), міжнародних школах-семінарах «Досягнення й перспективи перинатальної медицини» (Київ, 2014, 2015), науково-практичному семінарі «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги» (Київ, 2016).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 8 наукових робіт, з яких 6 – у фахових журналах і збірниках, рекомендованих МОН України, а також 2 тез на науково-практичних конференціях за фахом.

Обсяг та структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 139 сторінках друкованого тексту та складається із вступу, огляду літератури, розділу, присвяченого методам досліджень та лікувально-профілактичним заходам, двох розділів власних досліджень та їх обговорення, висновків, практичних рекомендацій. Бібліографічний покажчик літератури нараховує 203 джерела кирилицею та латиницею. Дисертація ілюстрована 60 таблицями та 15 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкт, методи та методологія досліджень. За дизайном наукова робота є одноцентровим, рандомізованим, контрольованим дослідженням. Під нашим спостереженням знаходилося 125 жінок репродуктивного віку, плануючих вагітність, яким було проведено міомектомію абдомінальним доступом, а також за допомогою стандартної і вдосконаленої нами методики проведення лапароскопії.

Критерії включення в дослідження:

- репродуктивний і пізній репродуктивний (до 45 років) вік;
- бажання зберегти/відновити фертильність;
- верифікований діагноз міоми матки;
- розмір матки менше 16 тижнів вагітності;
- наявність показань до хірургічного лікування;
- згода пацієнтки на оперативне лікування;

- згода пацієнтки на участь в дослідженні.

Критерії виключення:

- вік старше 45 років;
- важка екстрагенітальна патологія, що є протипоказанням до оперативного лікування;
- злякисні новоутворення будь-якої локалізації;
- запальні захворювання органів малого тазу у стадії загострення;
- психічні захворювання, хронічний алкоголізм, наркоманія;
- матка розміром більше 16 тижнів вагітності;
- відсутність згоди пацієнтки на участь в дослідженні.

Відповідно до хірургічного доступу пацієнток розподілено на три порівняних по основних статистичних критеріях репрезентативних групи:

перша група – абдомінальний доступ (n=32);

друга група – загальноприйнята лапароскопічна міомектомія (n=49);

третья група – вдосконалена лапароскопічна міомектомія (n=44).

При розмірі домінантного міоматозного вузла понад 8 см пацієнткам після роздільного діагностичного вискоблювання і отримання гістологічного висновку призначали агоністи гонадотропін-рилізінг гормону 3,75 міліграм внутрішньом'язово один раз в 28 днів. Оперативні втручання проводили через один місяць після третьої ін'єкції препарату.

Всім 125 досліджуваним проведена міомектомія: 32 (25,6 %) – абдомінальна, 49 (39,2 %) – загальноприйнята лапароскопічна і 44 (35,2 %) – удосконалена нами лапароскопічна міомектомія.

Міомектомію при лапаротомічному доступі виконували за стандартною методикою (Гладчук И. З. и соавт., 2012).

У другій групі була використана загальноприйнята методика лапароскопічної міомектомії (Гладчук И. З. и соавт., 2012) з використанням обладнання фірми «Karl Storz».

При виконанні вдосконаленої нами лапароскопічної методики у пацієнток третьої групи для зниження інтраопераційної крововтрати ми застосовували введення в міоматозний вузол розчину реместипу у розведенні 1:10 на фізіологічному розчині і тимчасову судинну оклюзію, шляхом прецизійного кліпування маткових артерій і судин воронко-тазових зв'язок.

У всіх випадках застосовували загальноприйнятну інтраопераційну антибіотикопрофілактику (Сенчук А. Я. та співавт., 2015).

При видаленні крупних міоматозних вузлів, діаметр яких перевищував 5 см, на першу і другу добу післяопераційного періоду застосовували утеротонічні препарати (розчин окситоцину – 5 Од 1,0 мл внутрішньом'язово).

Всім пацієнткам в післяопераційному періоді рекомендована реабілітація строком на 6 місяців з подальшою прегравідарною підготовкою. Як реабілітація

з метою профілактики рецидиву міоми матки, залежно від клінічної ситуації (наявність ендометріозу і патології ендометрія, екстрагенітальні захворювання, прихильність жінки до лікування), нами були рекомендовані до прийому наступні фармакологічні групи препаратів: комбіновані оральні контрацептиви, антигестагени або агоністи гонадотропін-рилізінг гормону.

На кожну жінку заповнювали електронну карту «Реєстраційна карта пацієнтки», куди вносили дані обстеження, виписки з історій хвороби і амбулаторних карт.

Інформацію про віддалені результати лікування, включаючи реалізацію репродуктивної функції, отримували за допомогою телефонного опиту, спілкування по електронній пошті і особистого контакту з пацієнтками під час консультативного прийому.

Ультразвукове дослідження органів малого тазу проводили на апараті «Sonoscare S11» за загальноприйнятою методикою (Бабкина Т. М., 2015).

Всіх хворих інформували про необхідність проведення хірургічної операції, доцільність використання того або іншого об'єму і доступу, можливі інтра- та післяопераційні ускладнення, необхідність проведення, за показаннями, гемотрансфузій. Після цього жінки підписували інформовану згоду на проведення хірургічного втручання.

Всім хворим до і після лікування визначали адаптаційні реакції за методикою Л. Х. Гаркаві (Сенчук А. Я. та співавт., 2014).

Обробку даних виконували методами параметричного та непараметричного аналізу по загальноприйнятих методиках (Минцер А. П., 2014).

Результати досліджень та їх обговорення. Результати проведеної клінічної характеристики усіх жінок свідчать, що вік пацієнток коливався від 25 до 45 років, середній вік склав $34,7 \pm 0,4$ років. Індекс маси тіла, в середньому, становив $27,4 \pm 0,5$ кг/м².

При оцінці репродуктивного анамнезу встановлено, що середнє число вагітностей становило $1,4 \pm 0,2$, пологів – $0,4 \pm 0,1$, абортів – $0,8 \pm 0,1$, викиднів – $0,1 \pm 0,04$.

Із супутньої екстрагенітальної патології зустрічалися: захворювання дихальної системи – у 13 (10,4 %) пацієнток; захворювання шлунково-кишкового тракту – в 21 (16,8 %), захворювання сечовивідних шляхів – в 17 (13,6 %), захворювання жовчовивідних шляхів – в 10 (8,0 %), патологія вен – в 8 (6,4 %), патологія щитовидної залози – в 4 (3,2 %), гіпертонічна хвороба – в 5 (4,0 %). Лапаротомічні операції в анамнезі були в 21 (16,8 %) хворих, лапароскопічні – у 8 (6,4 %) пацієнток.

Із супутньої гінекологічної патології найчастіше зустрічалися: у 49 (39,2 %) пацієнток ендометріоз, в 58 (46,4 %) – гіперплазія ендометрія, в 35 (26,0 %) – безпліддя. Середній розмір матки в групах становив $11,1 \pm 0,5$ тижнів. Середній

об'єм матки за даними ультразвукового дослідження розраховували за формулою: $0,523 \times (a \times b \times c)$, де a – довжина, b – передньо-задній розмір, c – ширина, він склав $264,5 \pm 40,1$ см³. У 22 (17,6 %) випадках зустрічалося субсерозне розташування максимального вузла, інтрамуральне – в 52 (41,6 %) випадках, субсерозно-інтрамуральне – в 40 (32,0 %) жінок, інтрамурально-субмукозне – в 11 (8,8 %) пацієнток.

У 80 (64,0 %) пацієнток спостерігалось звичайне зростання міоми матки, в 45 (36,0 %) – швидке.

В сучасній літературі широко обговорюються показання до консервативної міомектомії (Беженарь В. Ф. та співавт., 2015; Wang C. J. et al., 2014). Згідно отриманих нами результатів, серед усіх обстежених жінок основними показаннями були менометроррагії, що призводять до анемії – 28,0 % жінок; поєднання міоми матки з порушенням репродуктивної функції (безпліддя, невиношування вагітності) – 26,0 %; міома матки, що супроводжується порушенням функції суміжних органів – 24,0 %; швидке зростання пухлини – 22,4 %, поєднання міоми матки з генітальним ендометріозом – 17,6 % пацієнток. Крім того, у 26,0 % випадків мали місце поєднані показання до консервативної міомектомії.

Всім 125 пацієнткам виконана міомектомія. Найчастіше її супроводжували операції з приводу ендометріозу, кіст яєчників і адгезіолізісу. З операцій на яєчниках відзначено цистектомію з одного боку – у 14 (11,2 %) пацієнток, цистектомію з двох сторін – у 2 (1,6 %) жінок; резекцію яєчників з одного боку – у 6 (4,8 %) випадках, резекцію яєчників з обох боків – у 2 (1,6 %) хворих. Операції з приводу ендометріозу проведено у 49 (39,2 %) пацієнток, адгезіолізіс – в 38 (30,4 %) жінок, видалення паратубарних кіст – в 13 (10,4 %) хворих. Пластика маткових труб з одного боку з приводу непрохідності виконана у 2 (1,6 %) пацієнток, пластика з обох боків – у 3 (2,4 %) жінок, тубектомія з приводу гідросальпінкса – у 5 (4,0 %) пацієнток.

Отримані результати співпадають з думкою О. В. Горбунової (2012) і С. F. Lee та співавторів (2013) щодо необхідності проведення оперативного лікування поєднаної генітальної патології.

З методологічної точки зору ми вирішили результати власних досліджень обговорювати поетапно. Так, спочатку проведена оцінка клінічної ефективності лапароскопічної і абдомінальної міомектомії: першу групу склали 32 жінки, яких прооперовано абдомінальним доступом, другу – 49 пацієнток, яким була виконана лапароскопічна міомектомія за загальноприйнятою методикою.

Враховуючи той факт, що основні моменти клінічної характеристики жінок були викладені вище, ми зосередились тільки на відмінностях.

Так, згідно отриманих результатів, середній час спостереження пацієнток від моменту виявлення пухлини до оперативного лікування в групах становив $4,0 \pm 0,7$ і $3,6 \pm 0,6$ років відповідно ($p=0,8$; критерій Манна-Уїтні).

Годинно-регресійний підхід в лікуванні міоми матки був здійснений в анамнезі у 6 (12,2 %) пацієток другої групи і у 9 (28,1 %) пацієток першої групи ($p=0,1$; критерій Фішера).

Серед супутньої генітальної патології треба відмітити, що гіперплазія ендометрія зареєстрована у 21 (42,9 %) пацієтки другої групи і у 16 (50 %) жінок першої групи ($p=0,6$; критерій Фішера). Ендометріоз зустрічався у 5 (15,6 %) пацієток другої групи і 7 (14,3 %) пацієток першої групи ($p=1,0$; критерій Фішера). Кісту яєчника виявлено у 7 (14,3 %) пацієток другої групи і у 6 (18,7 %) пацієток першої групи. Двосторонні кісти виявлено у 2 (6,2 %) пацієток першої групи і в 2 (4,1 %) жінок другої групи. У другій групі виявлено 2 (4,1 %) пацієтки з двостороннім гідросальпінгсом і 2 (4,1 %) пацієтки з однобічним гідросальпінгсом ($p=0,5$; критерій χ^2). У першій групі спайковий процес другого ступеня зустрічався у 3 (9,4 %) пацієток, третього ступеня – у 1 (3,1 %) пацієтки. У другій групі спайковий процес першого ступеня зареєстровано у 2 (4,1 %) пацієток, другого ступеня – у 9 (18,4 %) жінок ($p=0,9$; критерій χ^2). Представлені дані співпадають з результатами досліджень С. В. Грідчина (2016) і А. Kriplani та співавторів (2012) щодо значної частоти поєднаної генітальної патології у жінок з міомою матки.

При аналізі параметрів міоматозних вузлів виявлено: у першій групі поодинокі міоми матки були у 28 (57,1 %) жінок, множинні – в 21 (42,9 %), в другій групі – в 11 (34,4 %) і у 21 (65,3 %) пацієтки відповідно ($p=0,07$; критерій Фішера).

Найчастішою локалізацією домінантного вузла в групах була субсерозно-інтрамуральна та інтрамуральна: у першій групі – в 20 (62,4 %) жінок, в другій – у 36 (73,5 %) пацієток ($p=0,9$; критерій χ^2).

Статистично значимої різниці при розташуванні атипії вузлів (параметральні, перешійчні вузли, вузли по бічних стінках) не було.

Перша та друга групи були порівняні по основних загальноприйнятих ознаках, здатних впливати, згідно результатів досліджень И. З. Гладчук та співавторів (2015) і М. Hanafi (2012), на виконання хірургічного втручання і перебіг післяопераційного періоду.

Середній час оперативного втручання при виконанні лапароскопічної міомектомії становив $132,2 \pm 8,7$ хвилини, при абдомінальній – $125,2 \pm 8,3$ хвилин, що статистично значимо не відрізнялося ($p=0,5$; критерій Манна-Уїтні).

Середня інтраопераційна крововтрата в другій групі статистично була менш виражена і склала $197,7 \pm 24,5$ мл, в першій групі – $326,6 \pm 55,9$ мл ($p=0,001$; критерій Манна-Уїтні).

Під час хірургічних втручань в 5 (10,2 %) пацієток другої групи була розкрита порожнина матки. При абдомінальному доступі цей показник становив 31,1 %.

Середній післяопераційний койко-день в другій групі склав $4,3 \pm 0,1$ днів, що статистично значимо менше, ніж в першій групі – $8,0 \pm 0,2$ днів ($p=0,0001$; критерій Манна-Уїтні).

Дуже показовими є отримані статистично значимі відмінності щодо тривалості температурної реакції в післяопераційному періоді. Так, середня тривалість гіпертермії склала в другій групі $2,9 \pm 0,2$ днів, в першій групі – $5,8 \pm 0,2$ днів ($p=0,0001$; критерій Манна-Уїтні).

Тривалість виділень з піхви після міомектомій з розтином порожнини матки в післяопераційному періоді склала в першій групі $2,9 \pm 0,2$ днів, в другій групі – $4,0 \pm 0,3$ днів ($p=0,007$; критерій Манна-Уїтні).

У ранньому післяопераційному періоді після лапароскопічної міомектомії нагноєння рани не зустрічалось, тоді як після виконання абдомінального доступу воно відмічено у 3 (9,4 %) пацієнток.

У сучасній літературі велика увага приділяється стану стресу при виконанні оперативних втручань (Радзинский В. Е. и соавт., 2014; Samejima T. et al., 2015). За нашими даними, у передопераційному періоді реакція стресу не спостерігалася в обох групах. У першу добу після операції реакцію стресу виявлено в 28 (57,1 %) досліджуваних в першій групі і в 29 (90,6 %) хворих в другій групі ($p=0,001$; критерій Фішера). До четвертої доби кількість хворих з реакцією стресу знизилася, і також спостерігалася статистично достовірною ($p<0,05$) різниця між групами: у першій групі – 3 (6,1 %) пацієнтки, в другій групі – 14 (43,7 %) жінок ($p=0,0001$; критерій Фішера).

При вивченні адаптаційних реакцій нами виявлено, що в передопераційному періоді групи статистично значимо не розрізнялися між собою ($p=0,2$; критерій Фішера). На першу добу післяопераційного періоду нами отримані статистично значимі відмінності структури адаптаційних реакцій в досліджуваних групах ($p=0,005$; критерій Фішера). Реакція тренування виявлена в 14 (28,6 %) хворих першої групи і в 2 (6,2 %) хворих другої групи. Реакція активації спостерігалися у 7 (14,3 %) пацієнток другої групи і у 1 (3,1 %) пацієнтки першої групи. Четверта доба післяопераційного періоду також характеризувалася статистично значимою відмінністю структури адаптаційних реакцій в порівнюваних групах ($p=0,0001$; між групами). Реакція тренування відмічена в першій групі у 8 (16,3 %) пацієнток, в другій групі – у 1 (3,1 %) пацієнтки. Реакція активації виявлена в першій групі у 38 (77,5 %) пацієнток і у 17 (57,3 %) жінок з другої групи. У післяопераційному періоді з метою профілактики міоми матки пацієнтками протягом шести місяців рекомендовано прийом препаратів наступних фармакологічних груп: комбіновані оральні контрацептиви; антигестогени, агоністи гонадотропін-рилізінг гормону ($p=0,9$; критерій χ^2).

У віддаленому післяопераційному періоді нами досліджено показники менструальної функції. Тривалість менструального циклу після операції в другій

групі склала $27 \pm 0,1$ днів, в першій групі – $28,4 \pm 0,3$ днів ($p=0,7$; критерій Манна-Уїтні). Тривалість менструацій в першій групі склала $4,7 \pm 0,1$ днів, в другій – $5,03 \pm 0,1$ днів ($p=0,08$; критерій Манна-Уїтні).

У віддаленому післяопераційному періоді помірні менструації спостерігалися у 46 (93,3 %) пацієток першої групи і 30 (93,7 %) пацієток другої групи, гіперменорея – у 1 (2 %) пацієтки першої групи, гіпоменореї – в 2 (4,1 %) хворих першої і у 2 (6,2 %) жінок другої групи ($p=0,6$; критерій χ^2). Альгодисменорея спостерігалася у 3 (6,1 %) пацієток другої групи і 12 (37,5 %) жінок першої групи, що статистично значимо більше ($p=0,0008$; критерій Фішера) і обумовлено частішим розтинном порожнини матки при виконанні абдомінальної міомектомії, більш вираженим спайковим процесом у віддаленому післяопераційному періоді. Метроррагії після операції зареєстровано у 3 (9,4 %) пацієток другої групи ($p=0,06$; критерій Фішера).

Таким чином, при лапароскопічній міомектомії значно знижується об'єм інтраопераційної крововтрати ($p<0,005$; критерій Манна-Уїтні) і частота розтинів порожнини матки. Ранній післяопераційний період має більш сприятливий перебіг, ніж при абдомінальному доступі: укорочений період температурної реакції після оперативного втручання ($p<0,005$); менше число післяопераційних койко-днів ($p<0,005$); понижена частота реакцій стресу на першу і четверту добу післяопераційного періоду ($p<0,005$); на четверту добу достовірно частіше зустрічалася реакція активації, що є ефективнішими і енергетично вигіднішими ($p<0,005$); понижені ризики гнійно-септичних ускладнень.

У віддаленому післяопераційному періоді при використанні лапароскопії значно рідше спостерігалася альгодисменорея, що покращує якість життя пацієток ($p<0,005$; критерій Манна-Уїтні).

З метою оцінки клінічної ефективності вдосконаленої і загальноприйнятої лапароскопічної міомектомії методом випадок-контроль проведено порівняння двох груп хворих. Третю групу склали 44 пацієтки, яких прооперовано за вдосконаленою методикою; другу групу – 49 пацієток, яким міомектомія виконана загальноприйнятим лапароскопічним методом.

Серед відмінностей клінічної характеристики жінок можна вказати, що часово-регресійний підхід в лікуванні міоми матки був здійснений у 8 (18,2 %) пацієток третьої групи і у 6 (12,2 %) пацієток другої групи ($p=0,7$; критерій Фішера).

Серед супутньої генітальної патології гіперплазія ендометрія зареєстровано у 21 (47,7 %) жінки третьої групи і в 21 (42,9 %) пацієтки другої групи ($p=0,7$; критерій Фішера). Ендометріоз матки зустрічався у 18 (40,9 %) пацієток третьої групи і у 7 (14,3 %) жінок другої групи ($p=0,005$; критерій Фішера), що є статистично значимою відмінністю, але значного впливу на подальші результати дослідження не зробило. Кіста яєчника виявлена у 8 (18,2 %) пацієток третьої

групи і у 7 (14,3 %) пацієнок другої групи. Двосторонні кісти виявлені у 2 (6,25 %) пацієнок третьої групи і у 2 (4,2 %) пацієнок другої групи ($p=0,9$; критерій χ^2).

При аналізі спайкового процесу в досліджуваних групах виявлено, що в третій групі спайковий процес першого ступеня зустрічався у 12 (27,3 %) пацієнок, другого – в 3 (6,8 %), третього – у 4 (9,1 %) пацієнок. У другій групі спайковий процес першого ступеня зареєстровано у 2 (4,1 %) жінок, другого – у 9 (18,4 %) пацієнок ($p=0,9$; критерій χ^2).

По параметрах пухлини порівнювані групи були також порівняні між собою ($p>0,005$). Об'єм матки, за даними УЗД органів малого тазу, становив: $267,9\pm 40,6$ см³ в третій групі і $259,1\pm 39,7$ см³ в другій групі ($p=0,09$; критерій Манна-Уїтні).

При аналізі параметрів видалених вузлів за типом міоми виявлено: у третій групі поодинокі міоми матки були у 20 (45,5 %) жінок, множинні – у 24 (54,85 %) пацієнок, в другій групі – 28 (57,1 %) і 21 (41 %) пацієнтки відповідно ($p=0,3$; критерій Фішера). Найчастішою локалізацією вузла в групах була субсерозно-інтрамуральна та інтрамуральна: у третій групі – в 30 (68,2 %), в другій – в 36 (73,5 %) випадках ($p=1,0$; критерій χ^2). Статистично значимої різниці при розташуванні атипії вузлів в групах не було ($p>0,05$).

Для зниження інтраопераційної крововтрати в групах із застосуванням ендоскопії ми використовували наступні методики: введення вазопресорів в міоматозний вузол (13 пацієнок в третій групі і 10 – в другій групі, $p>0,05$), а також накладення тимчасового турнікета на шийку матки (11 пацієнок в третій групі і 19 – в другій групі, $p>0,05$).

Таким чином, порівнювані групи були порівняні по загальноприйнятих ознаках (Чайка К. В., 2014; Malzoni M., 2012), здатних впливати на виконання хірургічного втручання і перебіг післяопераційного періоду.

Середній час оперативного втручання при виконанні вдосконаленої лапароскопічної міомектомії склав $145,6\pm 8,9$ хвилин, при традиційній лапароскопічній міомектомії – $132,2\pm 8,7$ хвилин, що є статистично значимою відмінністю ($p=0,006$; критерій Манна-Уїтні).

Середня інтраопераційна крововтрата з використанням вдосконаленої нами методики виконання міомектомії ($105,5\pm 9,7$ мл) була статистично значимо менше, ніж в групі загальноприйнятої лапароскопії ($197,7\pm 24,5$ мл) ($p=0,001$; критерій Манна-Уїтні).

Під час хірургічних втручань в 4 (9,1 %) хворих третьої групи була розкрита порожнина матки. При загальноприйнятому лапароскопічному доступі цей показник становив 5 (10,2 %) хворих.

Оцінюючи показники загального аналізу крові в післяопераційному періоді виявлено, що друга група характеризувалася статистично значимим підви-

щенням рівня паличкоядерних лейкоцитів, в порівнянні з показниками в третій групі: $6,6 \pm 0,2$ і $5,0 \pm 0,3$ % ($p=0,001$; критерій Манна-Уїтні). Крім того, друга група характеризувалася більш вираженою постгеморагічною анемією: між групами отримані статистично значимі відмінності в рівні гемоглобіну, гематокриту та еритроцитів на першу добу післяопераційного періоду ($p < 0,005$).

Післяопераційний койко-день в третій групі становив $3,1 \pm 0,2$ дня і статистично не відрізнявся від показника в другій групі – $4,3 \pm 0,1$ дня ($p=0,001$; критерій Манна-Уїтні).

Тривалість гіпертермії в післяопераційному періоді склала в третій групі $1,5 \pm 0,1$ дня, що статистично менше, ніж в другій групі, де вона становила $2,9 \pm 0,2$ дня ($p=0,004$; критерій Манна-Уїтні).

Тривалість виділень з піхви після міомектомії з розтином порожнини матки в післяопераційному періоді склала в третій групі $1,5 \pm 0,1$ дня, в другій групі – $4,0 \pm 0,3$ дня, що статистично значимо більше ($p=0,001$; критерій Манна-Уїтні). Ця різниця обумовлена специфічними моментами при використанні вдосконаленої методики.

У нашому дослідженні в групах з використанням мініінвазивних технологій не зареєстровано випадків гнійно-септичних ускладнень в післяопераційному періоді.

В передопераційному періоді реакція стресу не спостерігалася в обох групах. В післяопераційному періоді в досліджуваних групах по даному показнику не отримано статистично значимої різниці ($p > 0,05$).

По частоті реакції активації і тренування в післяопераційному періоді досліджувані групи були також порівняні як на першу, так і на четверту добу ($p > 0,05$).

У післяопераційному періоді з метою профілактики міоми матки пацієнтками призначено впродовж шести місяців прийом препаратів наступних фармакологічних груп: комбіновані оральні контрацептиви, антигестогени, агоністи гонадотропін-рилізінг гормону ($p=0,8$; критерій χ^2).

У віддаленому післяопераційному періоді нами досліджена менструальна функція. Тривалість менструального циклу після операції в другій групі склала $27,0 \pm 0,1$ днів, в третій групі – $27,8 \pm 0,3$ днів ($p=0,07$; критерій Манна-Уїтні). Тривалість менструацій в другій групі становила $4,7 \pm 0,1$ днів, в третій – $4,9 \pm 0,1$ дня ($p=0,4$; критерій Манна-Уїтні).

При аналізі менструальної функції через шість місяців після операції статистично значимих відмінностей в досліджуваних групах не виявлено ($p > 0,05$).

Таким чином, вдосконалена лапароскопічна міомектомія відрізнялася від традиційної лапароскопічної міомектомії меншою тривалістю операції. Не виявлено відмінностей в частоті розвитку реакцій стресу і адаптації після оператив-

ного втручання між цими групами, тривалості госпіталізації і характері менструальної функції у віддаленому післяопераційному періоді ($p > 0,005$). Проте нами отримано, що при використанні вдосконаленої лапароскопії знижувалася інтраопераційна крововтрата ($p < 0,005$; критерій Манна-Уїтні). Ранній післяопераційний період після використання вдосконаленої методики мав більш сприятливий перебіг:

- менша вираженість постгеморагічної анемії у ранньому післяопераційному періоді ($p < 0,05$);
- менший рівень паличкоядерних лейкоцитів ($p < 0,05$);
- менша тривалість температурної реакції після оперативного втручання ($p < 0,05$);
- менша тривалість виділень з піхви після міомектомії з розтином порожнини матки ($p < 0,05$);
- зниження післяопераційного перебування у стаціонарі ($p < 0,05$).

Отримані результати заслуговують на особливу увагу в аспекті відновлення репродуктивної функції, що широко обговорюється у сучасній літературі (Потапов В. О. та співавт., 2015; Hackethal A. et al., 2014).

До оперативного лікування всі 44 (100 %) пацієнтки третьої групи планували вагітність. Середній вік досліджуваних становив $34,5 \pm 0,9$ років. Вагітність настала у 25 (56,8 %) жінок.

Середній час від моменту оперативного втручання до настання вагітності склав $12,8 \pm 1,3$ місяця.

З вагітностей, що настали, 20 (45,5 %) були спонтанними, 5 (11,4 %) настали в результаті використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Причому в одному випадку причиною безпліддя в шлюбі був чоловічий чинник, обстежена пацієнтка була фертильна.

Сприятливий репродуктивний результат нами відмічений в 19 (43,2 %) випадках, з них дві вагітності настали в результаті ДРТ.

У 12 (27,3 %) пацієнток відмічений фізіологічний перебіг вагітності. В одному випадку вагітність, що настала в результаті ДРТ, мала перебіг на фоні загрози переривання в першій половині, друга половина ускладнилася плацентарною дисфункцією в компенсованій формі і прееклампсією легкого ступеня. У 6 (13,8 %) пацієнток вагітності, що спонтанно настали, мали перебіг на фоні загрози переривання в I і II триместрах.

У однієї пацієнтки через два роки після операції відбулися пологи в доношеному терміні через природні пологові шляхи живим здоровим плодом; 18 (40,9 %) пацієнток були розроджені шляхом операції кесарева розтину в плановому порядку. Інтраопераційно проводили оцінку рубця після міомектомії: майже у всіх випадках товщина міометрія в області рубця не відрізнялася від такої в області інтактної тканини. Всі пологи закінчилися народженням здорової

дитини. Середня вага плода при народженні становила $3425,0 \pm 221,2$ г, оцінка за шкалою Апгар – 8-9 балів. Післяпологовий період протікав без ускладнень у всіх пацієнток.

Несприятливий репродуктивний результат спостерігався у 6 (13,6 %) пацієнток, в 3 (6,8 %) з них вагітність настала в результаті ДРТ. У однієї жінки через два роки після оперативного лікування спонтанно настала вагітність, що виявилася в результаті ектопічною, пацієнтка була прооперована в об'ємі туботомії, видалення плодового яйця, а також видалення гідросальпінгса з протилежного боку.

Одна пацієнтка була прооперована з приводу правосторонньої трубної вагітності в об'ємі тубектомії; вагітність настала спонтанно через 14 місяців після оперативного лікування.

У однієї жінки було переривання вагітності в I триместрі за типом мимовільного викидня, в трьох – вагітність, що не розвивається. Переривання відбувалося в терміні 7-8 тижнів гестації – період першої хвилі інвазії трофобласта, критичний термін по невиношуванню. В трьох (6,8 %) з них зареєстровано звичне невиношування вагітності в анамнезі. Дві пацієнтки обстежено із цього приводу, в однієї виявлені антитіла до фосфоліпідів і активація внутрішньосудинного згортання в період гестації, в другій – генетичні причини невиношування вагітності.

У однієї пацієнтки після вагітності, що не розвивалася, друга спроба ДРТ закінчилася народженням здорової доношеної дитини.

У 3 (6,8 %) пацієнток спонтанна вагітність не настала, внаслідок чого були застосовані методи ДРТ. В двох з них при проведенні ДРТ зареєстровано невдачі на етапі імплантації, в даний час пацієнтки готуються до нового протоколу. В однієї пацієнтки зареєстровано рецидив міоми матки через два роки після операції і стрімке зростання вузла з 3 до 5 см на фоні стимуляції овуляції, планується повторне оперативне лікування.

В даний час 14 (31,8 %) пацієнток планують вагітність протягом року. В двох з них мають відбутися повторні пологи; 8 (18,2 %) жінок для настання вагітності вдадуться до ДРТ. Дві пацієнтки відклали репродуктивні плани за родинних обставин.

Таким чином, удосконалена нами лапароскопічна міомектомія є ефективним методом лікування міоми матки у пацієнток репродуктивного віку і може самостійно використовуватися для відновлення фертильності або ж як перший етап перед застосуванням допоміжних репродуктивних технологій. Отримані результати дослідження свідчать про те, що вдосконалена лапароскопічна міомектомія повністю виправдовує себе у жінок репродуктивного віку, які планують вагітність, з наявністю інтрамуральних вузлів великих розмірів з центрипетальним зростанням і деформацією порожнини матки.

ВИСНОВКИ

В дисертаційній роботі наведено теоретичне обґрунтування та практичне вирішення завдання щодо підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки на підставі наукового обґрунтування та впровадження удосконаленої методики консервативної міомектомії з використанням сучасних ендоскопічних технологій.

1. Аналіз даних сучасної літератури свідчить про високу частоту порушень репродуктивної функції у жінок з міомою матки, що свідчить про необхідність удосконалення консервативно-пластичних операцій при даній патології.

2. Основними показаннями до консервативної міомектомії є менометроррагії, що призводять до анемії – 28,0 %; поєднання міоми матки з порушенням репродуктивної функції (безпліддя, невиношування вагітності) – 26,0 %; міома матки, що супроводжується порушенням функції суміжних органів – 24,0 %; швидке зростання пухлини – 22,4 %; поєднання міоми матки з генітальним ендометріозом – 17,6 %, а у 26,0 % випадків мають місце поєднані вищеперераховані показання.

3. У жінок, які планували консервативну міомектомію, поодинокі міоматозні вузли мали місце у 58,4 %, множинні – у 41,6 %. Субсерозна локалізація вузлів зустрічалася у 24,0 %; субсерозно-інтрамуральна – у 62,2 %; інтрамуральна – у 13,6 % випадках.

4. Основними перевагами загальноприйнятої лапароскопічної міомектомії порівняно з абдомінальним доступом є зниження об'єму інтраопераційної крововтрати (на 39,4 %); частоти розтинів порожнини матки (на 20,9 %); укорочення періоду температурної реакції після оперативного втручання (на $2,9 \pm 0,2$ доби); зменшення числа післяопераційних койко-днів (на $3,7 \pm 0,3$ доби); зниження частоти реакцій стресу на першу (на 22,4 %) і четверту (на 13,2 %) добу після операційного періоду; на четверту добу частіше зустрічалися реакції активації (на 20,2 %), а також профілактика післяопераційних гнійно-септичних ускладнень (тільки після абдомінального доступу у 9,4 %).

5. Удосконалена лапароскопічна міомектомія у порівнянні із загальноприйнятою дозволяє знизити об'єм інтраопераційної крововтрати (на 46,6 %), частоту постгеморагічної анемії (на 20,9 %), укоротити період температурної реакції після оперативного втручання (на $1,4 \pm 0,1$ добу) та знизити післяопераційне перебування у стаціонарі (на $1,3 \pm 0,1$ добу).

6. Частота відновлення репродуктивної функції у жінок після удосконаленої консервативної міомектомії становила 45,5 %, причому 34,1 % завагітніли самостійно, а 11,4 % – з використанням допоміжних репродуктивних технологій. Фізіологічний перебіг вагітності зареєстровано у 27,3 % пацієнток, із загрозою переривання вагітності – у 13,8 %, рівень невиношування становив 4,4 %.

Розродження 59,1 % пацієнток відбувалося через природні пологові шляхи, 40,9 % – шляхом кесарева розтину.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У жінок з міомою матки, які планують вагітність, необхідно використовувати удосконалену методику лапароскопічної міомектомії з додатковим використанням наступних моментів:

- кліпірування маткових судин;
- використанням ін'єкцій розчину ремістипу.

Для контролю за перебігом післяопераційного періоду необхідно динамічне використання клініко-ехографічних та лабораторних методів дослідження, а також оцінка частоти реакцій стресу та активації.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Нігуца І. П. Психологический статус женщин репродуктивного возраста после консервативной миомэтомии / И. П. Нігуца // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2011. – Вип. 20, кн. 4, ч. 4. – С. 210–214.

2. Нігуца І. П. Особливості змін яєчників і молочних залоз після консервативної міомектомії / І. П. Нігуца // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики : зб. наук. праць. – Київ-Луганськ, 2012. – Вип. 24. – С. 201–207.

3. Нігуца І. П. Вплив різних об'ємів консервативної міомектомії на стан здоров'я пацієнток / І. П. Нігуца // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2012. – Вип. 21, кн. 5, ч. 2. – С. 278–282.

4. Нігуца І. П. Функціональний стан молочних залоз та клінічна симптоматика фіброзно-кістозної хвороби після консервативної міомектомії / І. П. Нігуца // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2013. – Вип. 22, кн. 5, ч. 1. – С. 263–267.

5. Нігуца І. П. Особенности репродуктивной функции женщин после консервативной миомэтомии / И. П. Нігуца // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2016. – Вип. 27, ч. 1. – С. 138–143.

6. Нігуца І. П. Оптимізація консервативної міомектомії у жінок з порушенням репродуктивної функції / І. П. Нігуца // Здоров'я жінки. – 2016. – № 10. – С. 102–104.

7. Нігуца І. П. Патологія молочних залоз у жінок репродуктивного віку після гістеректомії / І. П. Нігуца // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика : тези I Міжнародного конгреса по перинатальній медицині «Перинатальная медицина: от семейной амбулатории до частной клиники», 26–27 апр. 2012 г. – Київ, 2012. – Вип. 20, кн. 4, ч. 4. – С. 329.

8. Нигуца И. П. Восстановление репродуктивной функции женщин путем выполнения операции консервативной миомэктомии / И. П. Нигуца // Зб. наук. праць співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика : тези доп. наук.-практ. семінару «Міжнародні та вітчизняні стандарти надання гінекологічної допомоги», 20 жовт. 2016 р., Київ. – 2016. – Вип. 27, ч. 1. – С. 224.

АНОТАЦІЯ

Нігуца І. П. Оптимізація консервативної міомектомії у жінок з порушеннями репродуктивної функції. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2017.

Наукова робота присвячена підвищенню ефективності відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки на підставі наукового обґрунтування та впровадження удосконаленої методики консервативної міомектомії з використанням сучасних ендоскопічних технологій. Науково обґрунтовано роль міоми матки субсерозної та інтрамуральної локалізації у розвитку порушень репродуктивної функції. Представлено клініко-ехографічні, лабораторні та психологічні особливості та їх взаємозв'язок з перебігом віддаленого післяопераційного періоду у жінок із міомою матки. Показано роль різних доступів консервативної міомектомії у перебігу раннього та віддаленого післяопераційних періодів для визначення тактики подальших реабілітаційних заходів. Представлено психологічні особливості у жінок до та після консервативної міомектомії в аспекті відновлення репродуктивної функції. Отримані дані дозволили науково обґрунтувати необхідність удосконалення методики лапароскопічної міомектомії та реабілітаційних заходів щодо відновлення репродуктивної функції у жінок з міомою матки.

Ключові слова: міома матки, оперативне лікування, оптимізація.

SUMMARY

Nigutsa I. P. Optimization of a conservative myomectomy at women with disturbances of genesial function. – Manuscript.

Thesis for a degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.01 – obstetric and genecology. – P. L. Shupyk National Medical Academy of Post-Graduate Education of Health of Ukraine, Kyiv, 2017.

Scientific work is devoted to rising effective restoration of genesial function at women with myoma of uterus on the basis of scientific justification and introduction of an advanced technique of a conservative myomectomy with application of modern endoscopic technologies. The role of myoma of uterus of subserous and intramuralny

localization in development of disturbances of genesial function is scientifically proved. Clinical-ehografical, laboratory and psychological features that their interrelation with current of the remote postoperative period at women with myoma of uterus are presented. The role of various accesses of conservative myomectomy during the early and remote postoperative periods for definition of tactics of the subsequent rehabilitational actions is shown. Psychological features at women before and after conservative myomectomy in aspect of restoration of genesial function are presented. The received results allowed to prove scientifically need of improvement of technique of laparoscopic myomectomy and rehabilitational actions for restoration of genesial function at women with myoma of uterus.

Keywords: myoma of uterus, operative treatment, optimization.

АННОТАЦІЯ

Нигуца И. П. Оптимизация консервативной миомэктомии у женщин с нарушениями репродуктивной функции. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев, 2017.

Научная работа посвящена повышению эффективности восстановления репродуктивной функции у женщин с миомой матки на основе научного обоснования и внедрения усовершенствованной методики консервативной миомэктомии с применением современных эндоскопических технологий. Научно обоснована роль миомы матки субсерозной и интрамуральной локализации в развитии нарушений репродуктивной функции. Представлены клинико-эхографические, лабораторные и психологические особенности и их взаимосвязь с течением отдаленного послеоперационного периода у женщин с миомой матки. Показана роль различных доступов консервативной миомэктомии в течение раннего и отдаленного послеоперационных периодов для определения тактики последующих реабилитационных мероприятий. Представлены психологические особенности у женщин до и после консервативной миомэктомии в аспекте восстановления репродуктивной функции.

Полученные результаты позволили научно обосновать необходимость усовершенствования методики лапароскопической миомэктомии и реабилитационных мероприятий по восстановлению репродуктивной функции у женщин с миомой матки.

Анализ данных современной литературы свидетельствует о высокой частоте нарушений репродуктивной функции у женщин с миомой матки, обуславливающей необходимость усовершенствования консервативных пластических операций при данной патологии.

Основными показаниями к консервативной миомэктомии являются: меноррагии, приводящие к анемии (28,0 %); сочетание миомы матки с нарушением репродуктивной функции – бесплодие, невынашивание беременности (26,0 %); миома матки, сопровождающаяся нарушением функции смежных органов (24,0 %); быстрый рост опухоли (22,4 %); сочетание миомы матки с генитальным эндометриозом (17,6 %), а в 26,0 % случаев имеют место сочетанные вышеперечисленные показания.

У женщин, планирующих консервативную миомэктомию, одиночные миоматозные узлы зарегистрированы нами в 58,4 %, множественные – в 41,6 % случаях. Субсерозная локализация узлов встречалась в 24,0 % случаев; субсерозно-интрамуральная – в 62,2 %, интрамуральная – в 13,6 % случаях.

Основными преимуществами общепринятой лапароскопической миомэктомии в сравнении с абдоминальным доступом является снижение объема интраоперационной кровопотери (на 39,4 %); частоты рассечений полости матки (на 20,9 %); укорачивание периода температурной реакции после оперативного вмешательства (на $2,9 \pm 0,2$ сутки); уменьшение числа послеоперационных койко-дней (на $3,7 \pm 0,3$ сутки); снижение частоты реакций стресса на первые (на 22,4 %) и четвертые (на 13,2 %) сутки послеоперационного периода; на четвертые сутки чаще встречалась реакции активации (на 20,2 %), а также профилактика послеоперационных гнойно-септических осложнений (только после абдоминального доступа в 9,4 %).

Усовершенствованная нами лапароскопическая миомэктомия в сравнении с общепринятой позволяет снизить объем интраоперационной кровопотери (на 46,6 %); частоту постгеморрагической анемии (на 20,9 %); укоротить период температурной реакции после оперативного вмешательства (на $1,4 \pm 0,1$ сутки) и снизить послеоперационное пребывание в стационаре (на $1,3 \pm 0,1$ сутки). Частота восстановления репродуктивной функции у женщин после усовершенствованной консервативной миомэктомии составила 45,5 % случаев, причем 34,1 % пациенток забеременели самостоятельно, а 11,4 % – с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Физиологическое течение беременности имело место в 27,3 %, с угрозой прерывания беременности – в 13,8 % и уровень невынашивания – 4,4 % случаев. Родоразрешение 59,1 % женщин произошло через естественные родовые пути, а у 40,9 % – путем кесарева сечения.

Ключевые слова: миома матки, оперативное лечение, оптимизация.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Ад – аденоміоз

а-ГнРГ – агоністи гонадотропін-релізінг гормонів

ГЕ – гістеректомія

ДРТ – допоміжні репродуктивні технології

ЕМ – екстирпація матки

НАМ – надпівхова ампутація матки

СГЕ – субтотальна гістеректомія

ТГЕ – тотальна гістеректомія

УЗД – ультразвукове дослідження