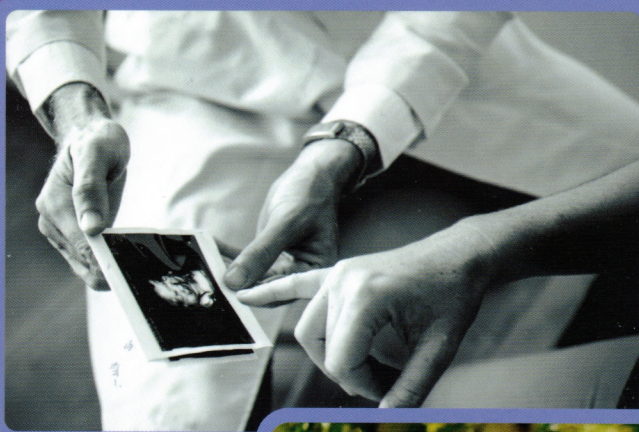


ЛЕЙОМІОМА МАТКИ ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК



За редакцією проф. Вовк І.Б., проф. Корнацької А.Г.,
д.мед.н. Трохимович О.В.

За редакцією **проф. Вовк І.Б.**, проф. Корнацької А.Г.,
д.мед.н. Трохимович О.В.

ЛЕЙОМІОМА МАТКИ ТА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

Вінниця • «ТВОРИ» • 2022

УДК: 618.14-006.363.03:618.17

Рекомендовано до друку вченою радою ДУ «Інститут педіатрії, акушерства
і гінекології ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України»
(протокол № 7 від 03.08.2022 р.)

Авторський колектив: **Вовк І.Б.**, Корнацька А.Г., Трохимович О.В.,
Баранецька І.О., Бондаренко М.М., Бондаренко Ю.М., Борисюк О.Ю.,
Горбань Н.Є., Даниленко О.Г., Дубенко О.Д., Дубчак А.Є., Задорожна Т.Д.,
Зінченко М.В., Карачарова І.Ю., Килихевич С.М., Кондратюк В.К.,
Лисяна Т.О., Полуянова О.М., Пономарьова І.Г., Ракша І.І., Ревенько О.О.,
Росоха З.І., Флаксемберг М.А., Чубей Г.В., Шевчук О.В.

Рецензент: член-кореспонент НАМН України, доктор медичних наук,
Вдовиченко Ю.П. (м. Київ, Національний університет охорони здоров'я
України ім. П.Л. Шупика, перший проректор, професор кафедри
акушерства, гінекології та перинатології)

ISBN 978-617-552-236-3

Лейоміома матки та репродуктивне здоров'я жінок / **Вовк І.Б., Кор-
нацька А.Г., Трохимович О.В. (та ін.) – Вінниця: ТВОРИ, 2022 – 216 с.**

В монографії розглядаються питання етіології, патогенезу, діагностики та сучасні погляди на лікувальну тактику лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку.

Представлена нова концепція патогенетичних механізмів розвитку цієї патології на підставі вивчення особливостей клінічного перебігу, мікробіоценозу, вірусного інфікування, гормонального та імунного гомеостазу, анатомо-функціональних, морфологічних, імуногістохімічних, ультраструктурних особливостей лейоміоми матки, генетичних досліджень. Представлені нові підходи до тактики лікування в залежності від виду лейоміоми матки, її локалізації та розмірів. Розроблено поетапну систему персоналізованого підходу лікувальних заходів у жінок з лейоміомою матки.

Монографія призначена для широкого кола науковців та лікарів.

УДК: 618.14-006.363.03:618.17

ISBN 978-617-552-236-3

© Вовк І.Б., Корнацька А.Г.,
Трохимович О.В. (та ін.), 2022

Зміст

Вступ	5
Перелік умовних позначень і скорочень	10
Розділ 1. Сучасний стан проблеми лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку	12
1.1. Захворюваність та епідеміологія лейоміоми матки	12
1.2. Сучасні погляди на патогенез лейоміоми матки	20
1.3. Класифікація лейоміоми матки	30
1.4. Сучасні методи діагностики лейоміоми матки	32
Розділ 2. Клінічний перебіг лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку	35
Розділ 3. Анатомо-функціональний стан органів малого таза у жінок з лейоміомою матки за даними апаратних методів дослідження	45
Розділ 4. Стан молочних залоз у жінок з лейоміомою матки	56
Розділ 5. Психоемоційний стан жінок з лейоміомою матки	60
Розділ 6. Стан мікробіоценозу статевих шляхів у жінок з лейоміомою матки	78
Розділ 7. Гормональний профіль жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки	86
Розділ 8. Морфофункціональний стан ендометрія та видалених вузлів у жінок з лейоміомою матки	92
Розділ 9. Молекулярно-генетичні фактори розвитку лейоміоми матки	108
Розділ 10. Методи лікування лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку на сучасному етапі	116
10.1. Консервативні методи лікування лейоміоми матки	116
10.2. Хірургічне лікування лейоміоми матки	128
10.3. Альтернативи хірургічному втручанню	134

Розділ 11. Оцінка ефективності комплексного лікування жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки	152
11.1. Оцінка ефективності консервативного лікування жінок з лейоміомою матки	161
11.2. Результати комбінованого лікування лейоміоми матки	163
11.3. Лікування субмукозної лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку	166
Розділ 12. Перебіг вагітності та пологів у жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки	171
Список використаних літературних джерел	183

Розділ 12. Перебіг вагітності та пологів у жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки

Відповідно даним літератури лейоміома матки зустрічається у 50-60% [279], а серед вагітних жінок зареєстрована поширеність лейоміоми від 3 до 12% [280, 281]. Частіше лейоміома зустрічається у вагітних старшого репродуктивного віку [282, 283], а у 10-40% вагітних жінок можуть бути ускладнення, пов'язані з міомою [284]. Це болі і дискомфорт у зв'язку із перекрутом або дегенерацією вузла, мимовільні викидні, неправильне положення і передлежання плода, передлежання плаценти, передчасні пологи, кесарів розтин, ризик кровотечі післяпологової [285].

Вплив вагітності на лейоміому досить суперечливий [286-288]. Більшість авторів вказують на збільшення розмірів пухлини в першому триместрі, з поступовим зменшенням у 2 і 3 триместрі та в післяпологовому періоді [289]. Клінічними проявами в даній ситуації є біль та кровотеча. При великих розмірах домінантного вузла може бути стискання, зміщення суміжних органів із сечовими та шлунково-кишковими симптомами. Біль може бути обумовлена ростом невеликих вузлів під час вагітності [290]. Рідко зустрічається перекрут міоми на ніжці, що може визвати різкий біль, некроз і запальну перитонеальну реакцію, що потребує оперативного втручання [286].

Дані літератури свідчать про підвищений ризик викидня у жінок із лейоміомою матки [291, 292] залежно від розміру та локалізації не тільки вузла, но нідації плідного яйця [293].

Змінюючи порожнину матки, пухлина може визивати неправильне передлежання плода [294, 295].

Передлежання плаценти зустрічається частіше у вагітних на тлі лейоміоми матки [296, 297]. Ризик передчасних пологів до 37 тижнів значно більший у жінок з даною патологією (ОР: 1,43, 95% ДІ: 1,27-1,60), до 28

тижнів (ОР: 2,17, 95% ДІ: 1,48-3,17) по відношенню до вагітних без міоми [298].

Виявлено зв'язок між лейоміомою матки та відшаруванням нормально розташованої плаценти, що залежить від розташування вузла [5, 298, 299].

У вагітних із лейоміомою (ЛМ) збільшується ризик кесарського розтину (КР) [280, 293, 294].

Наявність міоми матки у вагітної жінки підвищує ризик неправильного передлежання плода, передлежання плаценти, передчасних пологів, відшарування плаценти та КР майже в 3 рази [284]. Розмір та кількість вузлів являється підвищеним ризиком несприятливого завершення вагітності.

Лікування міоми матки може покращити результат вагітності, але реальний вплив, особливо у кількісному вираженні, не зрозумілий [284].

Основними показаннями до міомектомії під час вагітності є: некроз міоми з запальною перитонеальною реакцією; швидке зростання міоми; великі міоми, які розташовані в нижньому матковому сегменті або викликають деформацію місця плацентації; велика міома, що викликає явища компресії з кишковою непрохідністю чи частковою непрохідністю [284].

Порівняльна ефективність різних методів лікування до та під час вагітності не вивчалася [284].

Систематизований огляд рандомізованих контрольованих досліджень, які вивчають вплив міомектомії порівняно з відсутністю втручання на результати фертильності у безплідних жінок, який включав чотири рандомізовані контрольовані випробування за участю 442 жінок свідчить про те, що існує обмежена кількість даних для визначення ролі міомектомії у лікуванні безпліддя у жінок з міомою, тому що тільки в одному дослідженні міомектомія порівнювалася з відсутністю міомектомії [295].

Що стосується типу лікування, то автори дійшли до висновку, що якщо приймається рішення про міомектомію, поточні дані не вказують на кращий метод (лапароскопія, лапаротомія або інші електрохірургічні системи) для

поліпшення показників настання вагітності, частоти викиднів та передчасних пологів [295].

У клінічній практиці гістероскопічна міомектомія є найпоширенішою процедурою лікування підслизової міоми. Трансабдомінальна міомектомія при лапаротомії або лапароскопії показана при інтрамуральній або субсерозній міомі [284]. Можливими ускладненнями під час консервативної міомектомії до вагітності є: внутрішньоматкові спайки (під час гістероскопічної хірургії); післяопераційні спайки або розрив матки при вагітності (при лапаротомії або лапароскопії) [284]. Після лапароскопії або лапаротомії частіше виконується кесарів розтин. В даний час використовуються інші методи для лікування жінок з міомою – роботизована міомектомія, магнітно-резонансне сфокусоване дослідження або емболізація артерій, однак дані відносно перебігу та закінчення вагітності після цих модальностей міомектомій дуже обмежені [284].

Проспективне обстеження вагітних жінок із ЛМ було проведено в період з січня 2018 року по грудень 2021 року. Проаналізовано вихідну клінічну характеристику, а також особливості перебігу вагітності та її результати у жінок, які спостерігались у відділенні реабілітації репродуктивної функції жінок і родорозрішені акушерському відділенні гнійно-септичних захворювань ДУ «ПІАГ імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України».

Вагітні жінки були включені в дослідження в міру звертання до жіночої консультації або госпіталізовані у відділення. Відповідно до отриманих даних клініко-лабораторного обстеження, поставленим діагнозом та розробленими критеріями включення до дослідження, всі пацієнтки були поділені на 2 групи.

Була обстежена 161 вагітна жінка із ЛМ (рис. 12.1) згідно МКХ-Х лейоміома матки (D25) – субсерозна (D25.2) та інтрамуральна лейоміома матки (D25.1). Із них до консервативної групи увійшли 114 вагітних з ЛМ без хірургічного лікування до вагітності, а до хірургічної групи, відповідно, - 47 вагітних після консервативної міомектомії.

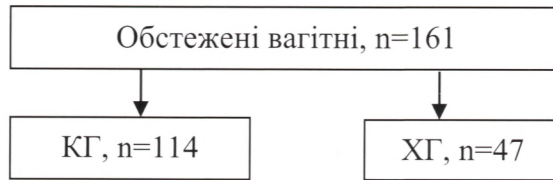


Рисунок 12.1. Дизайн обстеження вагітних жінок

Із 47 вагітних ХГ 25 пацієток було після лапароскопічної міомектомії субсерозного вузла з коагуляцією ложа, а 22 вагітних після лапаротомічної міомектомії з ушиванням ложа 2-рядним безперервним швом синтетичним матеріалом (вікрил).

Кількість міоматозних вузлів у обстежених жінок основної групи з лейоміомою матки варіювала від 2 до 6, в середньому $3,21 \pm 0,56$ (рис. 12.2).

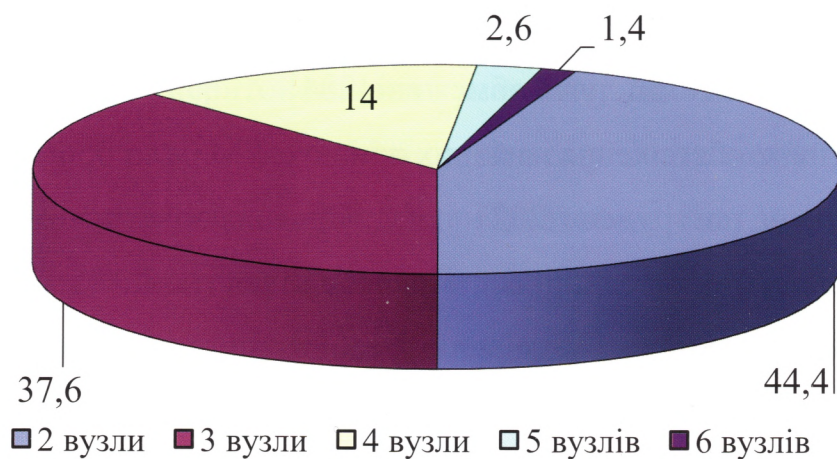


Рисунок 12.2. Кількість вузлів у вагітних з лейоміомою матки, %

Розміри вузлів були від 0,5 до 50 мм, в середньому $21,4 \pm 1,6$ мм. Лейоміома була діагностована в усіх обстежених до вагітності. За локалізацією субсерозна лейоміома була у 23,1% обстежених, субсерозно-інтрамуральна ЛМ – у 62,1% жінок, інтрамуральна – у 10,5% пацієток. Поєднання субсерозної та інтрамуральної лейоміоми було у 4,3% вагітних основної групи. Субсерозні вузли були I і II типу. Пацієток із підслизовим розташуванням вузла не було.

В першому триместрі вагітності з приводу загрозливого викидня в стаціонарі знаходилось 86,0% жінок КГ та 69,5% пацієнток ХГ. Ретрохоріальна гематома була виявлена у 38,6% обстежених КГ та у 19,1% пацієнток ХГ (табл. 12.1). Низька плацентація була виявлена відповідно у 17,5% та у 8,5% пацієнток. Ранній гестоз (МКХ-Х – О21.0) відмічено у 10,5% жінок та у 8,5% обох груп.

У обстежених пацієнтів ранній гестоз був тільки легкого ступеня і різниця між групами була не достовірною ($p > 0,05$), що свідчить про відсутність залежності ЛМ та частоти виникнення гестозу.

Аналіз ускладнень першого триместру вагітності у жінок з ЛМ свідчить про те, що ретрохоріальна гематома достовірно частіше зустрічалась у вагітних КГ, $p < 0,05$. Низька плацентація була також частіше у вагітних цієї групи. Наші дослідження свідчать, що у вагітних з ЛМ в КГ з одноразовими або багаторазовими ранніми втратами вагітності, частими вишкрібаннями стінок порожнини матки частота ретрохоріальної гематоми та низької плацентації значно вища.

Неспецифічний вагініт (за МКХ-Х N76, N76.0, N76.1, N76.2, N76.3) виявлявся у 54 (33,5%) вагітних із ЛМ в першому триместрі.

Таблиця 12.1. Ускладнення першого триместру вагітності у обстежених жінок, абс. ч. (%)

Ускладнення вагітності	Група вагітних, n=161	
	КГ, (n=114)	ХГ, (n=47)
Загрозливий викидень	102 (89,5)*	32 (68,1)
Ретрохоріальна гематома	44 (38,6)*	9 (19,1)
Вагініт	42 (36,8)	12 (25,5)
Низька плацентація	20 (17,5)*	4 (8,5)
Ранній гестоз	12 (10,5)	4 (8,5)
Примітка. * - різниця достовірна відносно ХГ ($p < 0,05$).		

Залежно від проведеного лікування лейоміоми вагініт частіше зустрічався у вагітних КГ, – майже у кожній третій пацієнтки, який потребував санації. У вагітних ХГ – у кожній четвертій. Можливо на фоні інфекційного фактору у вагітних виникала загроза переривання вагітності.

Самим частим ускладненням другого та третього триместру вагітності у жінок з ЛМ була загроза викидня в 12-21 тижнів та загроза передчасних пологів (ЗПП) (МКХ-Х – О20.0 та О36), яка зустрічалась в терміні від 22 до 37 тижнів вагітності (табл. 12.2). Усі пацієнтки знаходились на стаціонарному лікуванні, отримували токолітичну та седативну терапію.

У обстежених вагітних в 2 та 3 триместрі реєстрували гестоз (МКХ-Х – О11, О12.0 – О13 – О15) в основному легкого ступеня. Гестоз виявлено майже у кожній третій вагітній. Анемія легкого ступеня (МКХ-Х – О99.0) виявлена також майже у кожній третій вагітній з ЛМ. Багатоводдя (МКХ-Х – О40) за даними УЗД виявлено у 6 пацієнток КГ та у 1 пацієнтки ХГ. Маловоддя (МКХ-Х – О41) виявлено у 5 пацієнток (1,1%) КГ та у 1 (1,2%) ХГ. Затримка розвитку плода (ЗРП), за МКХ-Х – Р05, зустрічалась у 11 (2,4%) жінок КГ та у 1 (1,2%) – в ХГ.

Аналіз частоти загрози передчасних пологів залежно від лікування ЛМ свідчить про те, що загроза викидня в другому триместрі вагітності та загроза передчасних пологів у вагітних КГ з наявністю міоматозних вузлів була майже вдвічі більше відносно жінок ХГ, $p < 0,05$ (табл.12.2).

Статистичний аналіз із визначенням відношення шансів та довірчого інтервалу (ВР 6,028; ДІ 3,158 – 11,504) (метод логістичної регресії) показав, що шанс передчасних пологів у вагітних КГ був майже в 6 разів вищим по відношенню до вагітних ХГ. (табл. 12.3, 12.4)

Гестоз та анемія діагностували майже у кожній третій вагітній, незалежно від лікування лейоміоми. Всі пацієнтки з анемією отримували антианемічну терапію.

Таблиця 12.2 – Ускладнення вагітності в 2 та 3 триместрі у жінок, абс. ч. (%)

Ускладнення вагітності	Група вагітних, n=161	
	КГ, (n=114)	ХГ, (n=47)
Загрозливий викидень в 12-21,6 тижнів	83 (72,8)*	16 (34,0)
Загроза передчасних пологів	90 (78,9)*	18 (38,3)
Гестоз	36 (31,6)	13 (27,7)
Анемія	33 (28,9)*	12 (25,5)
ФПН	47 (41,2)*	5 (10,6)
Істміко-цервікальна недостатність	16 (14,0)	10 (21,2)
Багатоводдя	2 (1,8)	1 (2,1)
Маловоддя	1 (0,9)	1 (2,1)
ЗРП	3 (2,6)	-
Примітка. * - різниця достовірна відносно ХГ (p<0,05).		

Таблиця 12.3. Частота загрози передчасних пологів у вагітних з ЛМ

Ускладнення вагітності	Група жінок, абс.ч. (%)		Відносний ризик (ВР), (довірчий інтервал 95%) (ДІ)	Відношення шансів (ВШ), (довірчий інтервал 95%) (ДІ)
	КГ, n=114	ХГ, n=47		
Загроза передчасних пологів	279 (79,5)*	18 (39,1)	3,875 (0,643-0,330)	6,028 (3,158-11,504)
Примітка:* різниця достовірна між групами.				

Таблиця 12.4. Результати розрахунку шансів загрози передчасних пологів.

Шанс знайти фактор ризику в КГ	3,875
Шанс знайти фактор ризику в ХГ	0,643
Відношення шансів (GR) (ВШ)	6,028
Стандартна помилка відношення шансів (S)	0,330
Нижня межа 95% ДІ (CI)	3,158
Верхня межа 95% ДІ (CI)	11,504

Оцінка стану фетоплацентарного комплексу та плода в третьому триместрі проводилась за даними доплерометричного та ехокардіографічного дослідження.

Фетоплацентарна недостатність (ФПН), (МКХ-Х – О36.3, О36.5, О43.8) зустрічалась майже вдвічі частіше у вагітних КГ, ніж у ХГ. Залежно від лікування ЛМ ФПН частіше (майже в 4 рази) виявлялась у вагітних КГ.

Залежно від лікування ЛМ різниці між групами в наявності багатоводдя та маловоддя не виявлено. Відсутність різниці в кількості жінок з багатоводдям та маловоддям у вагітних може свідчити про відсутність впливу ЛМ на виникнення цих ускладнень вагітності.

ЗРП частіше виявлялась у вагітних КГ.

Вибір оптимального об'єму хірургічного втручання КР у вагітних з ЛМ за даними багатьох авторів суперечний [304-306]. Раніше вважали, що показання до консервативної міомектомії під час КР повинні бути дуже обмежені у зв'язку з можливістю розвитку тромбоемболічних та гнійно-септичних ускладнень в післяопераційному періоді. Літературні дані останніх років свідчать, що міомектомія під час КР не протипоказана та за необхідності повинна бути виконана. Це дозволить зберегти менструальну і репродуктивну функцію жінки [305, 306].

Серед жінок КГ 7 (6,1%) та 1 (2,1%) жінка ХГ поступили в родзал в терміні 36-37 тижнів, з початком родової діяльності, у зв'язку із чим їм був проведений кесарів розтин.

Більшість вагітних з рубцем на матці після консервативної міомектомії (42 (89,4%) вагітних ХГ) була госпіталізована в терміні 38-39 тижнів. Усім вагітним проведено повне обстеження, яке включало клінічне обстеження, УЗД, доплер, оцінку стану рубця (при його наявності), оцінку стану внутрішньоутробного плода, бактеріологічне та бактеріоскопічне обстеження із шийки матки. Проте майже 8% пацієнток поступали в родзал в першому періоді родів.

Усім пацієнткам проводилась спино-мозкова анестезія, яка виконувалась під L3 хребцем голкою Braun Spinocan номером 27G. В якості анестетика використовували 0,5% маркаїн спінал в дозі від 3,6 до 4 мл.

КР проведено 61 (53,5%) вагітній КГ та 15 (31,9%) ХГ після лапаротомії. Після консервативної міомектомії лапароскопічним методом КР проведено у 24 (51,1%) жінок. Решта жінок народили через природні пологові шляхи.

Показанням до операції КР частіше була аномалія пологової діяльності (23,7%), тазове передлежання (14,3%), відшарування плаценти (11,1%) та рубець на матці (6,6%) вагітних КГ (табл. 12.5).

Консервативна міомектомія під час КР виконана кожній п'ятій жінці КГ (24 (21,1%).

Рубець на матці був частішим показанням до КР у пацієнток після консервативної міомектомії лапаротомічним доступом (у 51,1%). Тазове передлежання, відшарування нормально розташованої плаценти та слабкість пологової діяльності майже вдвічі частіше були показанням до КР у вагітних з лейоміомою матки ($p < 0,05$).

Таблиця 12.5. Показання до КР у жінок з ЛМ, абс. ч. (%)

Показник	Група вагітних, n=161	
	КГ, (n=114)	ХГ, (n=47)
Рубець на матці	-	26 (55,3)
Тазове передлежання плода	18 (15,8)*	4 (8,5)
Відшарування нормально розташованої плаценти	10 (8,8)*	2 (4,3)
Слабкість пологової діяльності	31 (27,2)*	6 (12,8)
Передлежання плаценти	2 (1,9)	1 (2,1)
Всього	61 (53,5)*	39 (82,9)
Примітка. * - різниця достовірна відносно ХГ ($p < 0,05$).		

Тривалість операції КР коливалась від 43 хв. до 116 хв., в середньому склала 74,32 хв. Крововтрата під час КР була більшою у пацієнок КГ (табл. 12.6).

Недооцінки крововтрати, яку ми оцінювали гравіметричним методом, не було, що підтверджується аналізом об'єма крововтрати та показниками гемоглобіну.

Крововтрата під час КР у жінок в залежності від проведеного лікування ЛМ до вагітності представлена в табл. 12.6.

Таблиця 12.6. Об'єм крововтрати та тривалість КР у жінок з ЛМ

Характеристика операції	Група прооперованих вагітних, n=100	
	КГ (n=61)	ХГ (n=39)
Об'єм крововтрати в мл	(846,51±42,4)*	(675,31±26,8)
Тривалість операції, хв	(109,4±8,1)*	(48,4±5,4)
Примітка. * - різниця достовірна відносно ХГ (p < 0,05).		

Об'єм крововтрати у пацієнок КГ був значно більшим, ніж у жінок ХГ. Тривалість операції також була майже вдвічі більшою, ніж у пацієнок ХГ, p<0,05.

Таким чином, об'єм крововтрати та тривалість операції у пацієнок з КГ були значно більшими, ніж у пацієнок ХГ, що можна пояснити збільшенням об'єма проведеного КР в зв'язку з міомектомією під час операції.

Різниці між наявністю ускладнень під час самостійних пологів не виявлено у жінок КГ (p<0,05), крім об'єма крововтрати та ручного обстеження, яке було майже на 25% частішим, ніж у пацієнок ХГ (p<0,05).

Неонатальні наслідки були гіршими у пацієнок КГ (табл. 12.7).

У жінок КГ оцінка за шкалою Апгар та середня маса тіла новонароджених була нижчою, ніж в ХГ (p<0,05).

Майже у двічі більше дітей із РДС народилось в КГ, ніж у ХГ, що обумовлено значним відсотком ускладнень під час вагітності. Як наслідок, новонароджені КГ вдвічі довше знаходились в стаціонарі, ніж з ХГ.

Таблиця 12.7. Неонатальні наслідки у обстежених пацієнток з ЛМ

Стан новонародженого	Група новонароджених	
	КГ, n=114	ХГ, n=47
Оцінка за шкалою Апгар (1хв.)	7,1±0,5*	8,7±0,3
Оцінка за шкалою Апгар (5 хв.)	8,0±0,4	8,9±0,4
Середня маса тіла (г)	3192,4±28,5*	3495±38,7
СЗРП	2 (0,6)	-
РДС	30 (8,5)	2 (4,3)
ВУІ	79 (22,5)	3 (6,5)
Виписка новонародженого (доба)	13,6±0,5*	8,4±0,6
Примітка. * - різниця достовірна відносно ХГ (p < 0,05).		

Оцінка за шкалою Апгар не виявила відмінностей у новонароджених основної групи через 5 хв., хоча зразу після народження вона була нижчою в КГ. Середня маса новонароджених КГ була нижчою, очевидно, за рахунок значного відсотка дітей із СЗРП, РДС та ВУІ. Виписка новонароджених, які народились від матерів КГ відбувалась значно пізніше, ніж від матерів ХГ (p<0,05).

Таким чином, проведені дослідження свідчать про доцільність проведення консервативної міомектомії у жінок на прегравідарному етапі, що дає можливість зменшити частоту ускладнень перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, незважаючи на значний відсоток кесаревого розтину.

Аналіз літературних джерел засвідчив, що під час вагітності у жінок з ЛМ можуть виникати покази до консервативної міомектомії. До таких показів належать: некроз міоми і наступна запальна перитонеальна реакція; швидкий ріст міоми; міома на ніжці, що визиває повний перекут вагітної матки або перекут міоми; рецидивуючий або сильний біль, який не піддається консервативному лікуванню після першого триместра; велика міома, яка розташована в нижньому матковому сегменті або яка визиває деформацію місця плацентації; велика міома, яка визиває явища компресії з кишковою непрохідністю або субнепрохідністю [291]. У нашому дослідженні

у вагітних з ЛМ не було жодного випадку, який би потребував проведення консерватичної міомектомії під час вагітності.

Для запобігання вищезазначених ускладнень на прегравідарному етапі необхідно проводити оцінку можливості подальшого прогресування міоми матки та виникнення ускладнень гестаційного процесу для вирішення тактики лікування.

При цьому за умов інтрамурального розташування вузла або його великих розмірів при проведенні консервативної міомектомії перевагу слід надавати лапоротомному доступу, що дає змогу знизити частоту загрози розриву матки під час вагітності та пологів.

Таким чином, успішне завершення вагітності та пологів у жінок з лейоміомою матки залежить від диференційованого комплексного підходу до діагностики та вибору тактики лікування на прегравідарному етапі. Застосування персоніфікованого підходу на етапі реабілітації репродуктивної функції жінок з лейоміомою матки є запорукою безпечного пролонгування вагітності.

Наукове видання

Лейоміома матки та репродуктивне здоров'я жінок

За редакцією проф. **Вовк І.Б.**, проф. Корнацької А.Г.,
д.мед.н. Трохимович О.В.

Обкладинка створена з використанням ресурсів з freepik.com

Підписано до друку 15.11.22.
Формат 84x60/8. Папір крейдований.
Друк офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Умов. друк. арк. 25.1
Наклад 300 прим.
Зам. №. 5667

Віддруковано з оригіналів замовника
ФОП Корзун Д. Ю.

Видавець: ТОВ «ТВОРИ»
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів
і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 6188 від 18.05.2018 р.
21000, м. Вінниця, Немирівське шосе, 62А
тел.: (0432) 603-000