

А. В. Сидоренко

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДЕНОМІОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ЯКІ МАЮТЬ ПОЄДНАНУ ПАТОЛОГІЮ МАТКИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 618.14-065.873

А. В. Сидоренко

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ СОЧЕТАННУЮ ПАТОЛОГИЮ МАТКИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель исследования — ретроспективное изучение распространенности эндометриоза у женщин, имеющих сочетанную патологию — миому матки и аденомиоз.

Изучены архивные материалы 108 гистерэктомий, аденомиоз обнаружен у 48 пациенток в возрасте от 33 до 62 лет, что составило в среднем 44,44 %. Нами была выбрана группа больных до 47 лет, аденомиоз в этой возрастной группе выявлен у 25 (52,08 %) женщин. Случаи сочетания аденомиоза с лейомиомой — в 20 (80 %) образцах. Среди форм поражения доминировали диффузно-очаговая — 9 (36 %) случаев, очаговая — 7 (28 %) и диффузная — 6 (24 %).

При сочетании аденомиоза с узловыми образованиями миометрия возникает вопрос о взаимном влиянии этих процессов и, возможно, следует рассматривать аденомиоз как провокативный фактор в развитии лейомиом.

Ключевые слова: ретроспективный анализ, лейомиома, аденомиоз, сочетание заболеваний, морфология.

UDC 618.14-065.873

A. V. Sidorenko

MORPHOLOGICAL FEATURES OF ADENOMYOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE HAVING A COMBINED PATHOLOGY OF UTERUS

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Introduction. Increased attention to the problem of endometriosis from the side of doctors and investigators is due not only to a steady increase of this pathology but also to its communications with benign uterine tumors. The endometriosis and uterine myoma are the most common gynecological diseases in women of reproductive age.

The aim of **the study** is a retrospective study of the incidence of endometriosis in women with a combined pathology of uterine fibroids and adenomyosis.

Materials and methods. Based on the gynecological department of the Hospital, archive material was studied. There were selected the morphological samples which were obtained in the course of 108 hysterectomies.

Results of research. Of 108 hysterectomies the adenomyosis was detected in 48 patients aged 33 to 62 years and averaged 44.44%. We selected a group of patients under 47 years old. Adenomyosis in this age group was 25, which was 52.08%. The incidence of adenomyosis and leiomyoma combination was 20% in 20 cases, which was 80%. Among the forms of lesion, the diffuse focal 9 cases (36%) prevailed, focal 7 (28%), and diffuse 6 (24%).

Conclusions. The problem of adenomyosis will repeatedly cause us to return to this topic. The presentation of adenomyosis with nodal morphometry formulates the question of the mutual influence of these processes, and perhaps makes us consider adenomyosis as a provocative factor in the development of leiomyoma.

Key words: retrospective analysis, leiomyoma, adenomyosis, combination of diseases, morphology, diagnostics.

Вступ

Підвищена увага до проблеми захворюваності на ендометріоз з боку клініцистів і дослідників зумовлена не лише невпинним зростанням частоти даної патології, а і його комор-

бідністю з доброякісними пухлинами матки. Ендометріоз та міома матки є найбільш поширеними захворюваннями у жінок репродуктивного віку [2–4].

Міома матки — доброякісна моноклональна пухлина, що виникає з гладкої мускулатури міометрія. Частота міоми матки, за даними багатьох джерел

літератури, досягає 33–77 % у жінок репродуктивного віку [5]. Останніми роками насторожує ріст даної патології серед жінок репродуктивного віку. За даними Е. М. Вихляевой [1], міома матки найчастіше проявляється у віці 32–33 роки.

Клінічні прояви міоми матки досить різноманітні, залежать



від локалізації та розмірів пухлини, наявності дегенеративних процесів у вузлах, тривалості захворювання. Найбільш раннім симптомом є порушення менструальної функції у вигляді маткових кровотеч за типом менорагії, метрорагії, що призводять до анемізації хворих. Другим за частотою є больовий синдром, зумовлений швидким ростом або великими розмірами міоми, перекутом ніжки вузла, тромбозом судин, що живлять капсулу міоматозного вузла, народженням субмукозного вузла або його некрозом [9].

Тазовий ендометріоз — ще одне гінекологічне захворювання, яке уражає молодих жінок. Ендометріоз є процесом, при якому за межами порожниці матки відбувається доброякісне розростання тканини, що за морфологічними та функціональними властивостями подібна до ендометрія. Дане дисгормональне імунозалежне і генетично детерміноване захворювання виявляють у 10–15 % пацієнток репродуктивного віку, із них 30–50 % страждають на безплідність [8; 9]. Частоту ендометріозу складно встановити, тому що точний діагноз потребує інвазивного втручання. Хірургічне лікування ендометріозу є першочерговим, але не завжди достатнім. У 25–30 % жінок із розповсюдженими формами захворювання визначається рецидив. Його слід розглядати як хронічне захворювання, що потребує вироблення плану лікування протягом усього життя пацієнтки, мета якого полягає в максимальному використанні сучасних можливостей медикаментозного лікування і запобіганні повторним хірургічним процедурам (S. Kenpey et al., 2005).

Основними симптомами ендометріозу є хронічний тазовий біль, дисменорея, менорагія, біль, диспареунія та дизурія, при цьому у більшості випадків у таких хворих діагнос-

тують безплідність. Обидва захворювання — ендометріоз і міома матки — можуть стати причиною безплідності [10].

Російські дослідники І. С. Сидорова (2011), С. А. Леваков (2011), І. С. Станоевич (2013) описують поєднання міоми матки, аденоміозу та гіперплазії ендометрія як «гіперпластичний синдром», наголошуючи тим самим на схожих рисах патогенезу цих захворювань. В їх основі лежать патогенетично подібні патологічні процеси тканин ендо- та міометрія.

Для гіперпластичних захворювань матки характерні спільні фактори ризику, а саме: спадкова схильність, штучне пригнічення генеративної функції, хронічні запальні захворювання як генітальної, так і екстрагенітальної локалізації, ендокринно-обмінні порушення, хронічна ановуляція, гіпролактинемія, гормонпродукуючі пухлини яєчників.

Багато дослідників вважають, що вирішальним фактором, який індукує розвиток міоми матки й аденоміозу, є гіперестрогенемія, а саме локальна гіперестрадіолемія, не збалансована локальною гіпрогестеронемією [13].

Метою ретроспективного дослідження стало вивчення поширеності ендометріозу у жінок, що мають поєднану патологію — міому матки й аденоміоз, а також порівняння морфологічних особливостей внутрішнього ендометріозу при поєднанні його з міомою матки у жінок, які перенесли оперативне лікування.

Матеріали та методи дослідження

Нами були вивчені архівні матеріали медичної документації гінекологічного відділення ООКМЦ за 2017 р., що є клінічною базою ОНМедУ, кафедри акушерства і гінекології № 1. Проведено ретроспективне дослідження поширеності ендометріозу у жінок, що мають поєднану патологію — міо-

му матки і аденоміоз, які перенесли оперативне лікування.

Внутрішній ендометріоз — одне з найчастіших захворювань матки, яке достовірно визначається при патогістологічному дослідженні після гістеректомії. За даними різних авторів, частота його варіює досить широко — від 5 до 70 %. Такий значний розкид може бути результатом різних патогістологічних критеріїв при діагностиці внутрішнього ендометріозу та ступеня уважності, з якою досліджується патологічний матеріал [6; 7]

Результати дослідження та їх обговорення

Нами були відібрані та вивчені морфологічні зразки, отримані в результаті проведених 108 гістеректомій у жінок, що мають поєднану патологію. Весь матеріал пройшов ретельне патогістоморфологічне дослідження.

Аденоміоз у тій чи іншій формі був виявлений у 48 (44,44 %) пацієнток. Вік прооперованих жінок від 33 до 62 років.

Усі прооперовані мали симптоматичний клінічний перебіг захворювання у вигляді больового синдрому, аномальних маткових кровотеч, анемії, диспареунії або «об'ємних» розмірів пухлини, росту пухлин, синдрому стиснення суміжних органів (табл. 1).

Оскільки на аденоміоз та міому матки переважно страждають жінки репродуктивного віку, для аналізу поширеності патології нами була обрана група хворих до 47 років. Кількість таких пацієнток, у яких був виявлений аденоміоз як самостійне захворювання або в поєднанні з тією чи іншою патологією, — 25, що становило 52,08 % від прооперованих хворих (гістеректомія) у цій віковій групі. Процентне співвідношення хворих на аденоміоз серед пацієнтів фертильного віку вище, ніж у загальній групі, — 52,08 і 44,44 % відповідно (табл. 2).



У частини хворих аденоміоз був виявлений при клінічному й інструментальному обстеженні, і власне він виявився причиною та приводом для оперативного втручання. Таких випадків 5, що становить 20 %.

Внутрішній ендометріоз рідко буває ізольованим. Він часто асоціюється з іншою патологією матки, як-от: міома матки, гіперплазія ендометрія, кісти яєчників. Численні дані підтримують концепцію внутрішнього ендометріозу як гормонозалежного розладу, тому що він асоціюється з постійно підвищеним рівнем естрогенів [8]. Це підтверджують і наші дослідження.

У деяких випадках аденоміоз був виявлений під час гістологічного дослідження операційного матеріалу хворих, прооперованих з приводу симптомної лейоміоми, кіст яєчника та іншої патології.

З-поміж 25 зразків аденоміоз у «чистому» вигляді, тобто аденоміоз з ураженням тільки стінки матки, був виявлений лише в одному випадку. У всіх інших випадках аденоміоз поєднувався з тією чи іншою патологією порожнини матки, міометрія, яєчників (табл. 3).

При аналізі випадків лейоміом, що поєднуються з аденоміозом, фіксувалися не тільки вузлові форми, а й лейоміоматоз стінки матки. Лейоміоми виявлені у 17 випадках, лейоміоматоз — у 3.

При аналізі випадків кіст яєчників до розрахунку брали клінічно й анатомічно значущі кісти — фолікулярні, серозні, кісти жовтого тіла.

Найчастіше виявлявся аденоміоз у поєднанні з лейоміомою, гіперплазією ендометрія (проста, комплексна, поліпозоподібна) — 8 (32 %) випадків, аденоміоз з лейоміомою за відсутності гіперплазії ендометрія — 4 (16 %) випадки. Аденоміоз у поєднанні з лейоміомою, гіперплазією ендометрія і кістами яєчника — 3 (12 %) випадки.

Таблиця 1

Результат хірургічного лікування хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями міометрія, n=108

Нозологічна форма	абс.
Аденоміоз	13
Лейоміоми звичної будови у поєднанні з аденоміозом	30
Лейоміоми звичної будови без аденоміозу	24
Лейоміоми особливих гістологічних форм	25
Лейоміоми особливих гістологічних форм у поєднанні з аденоміозом	5
Лейоміоматоз	3
Інша патологія	8
Усього з аденоміозом	48
% до загальної кількості	44,44

Таблиця 2

Структура гістеректомій у хворих фертильного віку з пухлинами і пухлиноподібними утвореннями міометрія, n=48

Нозологічна форма	абс.
Аденоміоз	8
Лейоміоми звичної будови у поєднанні з аденоміозом	15
Лейоміоми звичної будови без аденоміозу	11
Лейоміоми особливих гістологічних форм	10
Лейоміоми особливих гістологічних форм у поєднанні з аденоміозом	2
Лейоміоматоз	1
Інша патологія	1
Усього з аденоміозом	25
% до загальної кількості	52,08

Таблиця 3

Характеристика поєданого ураження аденоміозом, n=25

Форма ураження	Кількість випадків
Аденоміоз	1
Аденоміоз у поєднанні з лейоміомою	4
Аденоміоз у поєднанні з гіперплазією ендометрія	1
Аденоміоз у поєднанні з лейоміомою та гіперплазією ендометрія	8
Аденоміоз у поєднанні з лейоміомою та кістами яєчника	3
Аденоміоз у поєднанні з лейоміомою, гіперплазією ендометрія та кістами яєчника	2
Аденоміоз у поєднанні з кістами яєчника	1
Аденоміоз у поєднанні з ендометріодними кістами	2
Розповсюджений ендометріоз	3
Усього	25



У цілому ж поєднання аденоміозу з лейоміомою у виділеній групі зареєстровано у 17 (68 %) випадках, а з урахуванням інших виділених груп поєднання аденоміозу і лейоміоми відмічено в 20 (80 %) випадках. Такий високий показник змушує замислитися про вплив аденоміозу на розвиток лейоміом у жінок фертильного віку. Можливо, навколо зон аденоміозу виявляються вогнища підвищеної активності міоцитів міометрія, що призводить до розвитку вузлових утворень. Проте це цілі та завдання вже іншого дослідження.

З наведених даних видно, що аденоміоз не корелює безпосередньо з ендометріюїдними кістами яєчника. Кількість випадків паралельного ураження стінки матки і яєчників — 2. Загалом виявлено 3 (12 %) випадки, один з яких при розповсюдженому ендометріозі. Тим же часом зафіксовано 2 випадки ендометріюїдних кіст яєчника без аденоміозу. При розповсюджених формах, а їх виявлено три, аденоміоз поширювався на парієтальную очеревину, широку зв'язку матки, сальник. Розповсюджений ендометріоз поєднувався з аденоміозом дифузно-вузлової форми, аденоміозом з лейоміомою, аденоміозом з лейоміомою й ендометріюїдною кістою. Привертає увагу також частота ураження шийки матки при аденоміозі — не виявлено жодного випадку ураження шийки матки. Слід зробити висновок, що діагностувати аденоміоз при рутинному гінекологічному обстеженні не уявляється можливим. Потрібний комплексний підхід до обстеження, з'ясування анамнезу, проведення УЗД, КТ, визначення гормонального фону тощо.

Незважаючи на те, що виникнення аденоміозу триває вже понад 150 років, досі немає єдиної думки про етіологію та патогенез даного захворювання. Повідомлень про частоту

виникнення різних форм аденоміозу в літературі порівняно мало [12].

Діагностика та класифікація форм аденоміозу буває вкрай складною, діагноз нерідко встановлюється лише під час оперативного втручання або навіть під час гістологічного дослідження.

З урахуванням морфологічної картини за прийнятою класифікацією виділяють такі форми ендометріозу матки (аденоміозу):

1. Вогнищевий аденоміоз. Вогнища ендометріозу розташовуються ізольовано в різних ділянках міометрія. Мають вигляд кров'яних кіст, локальних потовщень стінки матки.

2. Дифузний аденоміоз. Тканина ендометрія розташовується рівномірно дифузно в товщі міометрія. Стінка виглядає дифузно потовщеною з «вихревою» структурою, іноді з мікрокіст у вигляді точок. Досить часто вогнищева і дифузна форма поєднуються між собою і тоді можна виділити наступну форму — дифузно-вогнищеву.

3. Вузловий аденоміоз. Діагностика вузлової форми аденоміозу вкрай складна. Вогнища ендометріозу формують утворення на кшталт фіброматозних вузлів, але без капсули.

Ще одна форма аденоміозу не увійшла до класифікації — строматоз, тобто наявність у міометрії вогнищ ендометріозу, представлених строною ендометрія.

Ймовірно, при серійному зрізі міометрія виявлялися б і осередки з включенням залоз, але більша частина вогнищ залоз не мали. Як правило, така форма має дифузний характер.

Варто зауважити, що аденоміоз у наших випадках траплявся досить часто в поєднанні різних форм:

- дифузна форма поєднувалася з вогнищевою;
- дифузна з вузловою;

— дифузна, дифузно-вогнищева з наявністю вогнищ аденоміозу в лейоміоматозних вузлах.

Серед форм ураження односторонньо домінували дифузно-вогнищева — 9 (36 %) випадків, вогнищева форма — 7 (28 %) випадків, дифузна — 6 (24 %) випадків (табл. 4).

У пацієнток з аденоміозом без вузлів (5 випадків) траплялися різні форми аденоміозу: дифузна — 2; дифузно-вогнищева — 2; дифузно-вузлова — 1.

У пацієнток із поєднанням аденоміозу з вузлами — всі описані форми.

У 5 випадках відмічено наявність вогнищ ендометріозу в лейоміоматозних вузлах в поєднанні з різними формами аденоміозу.

Наявність вогнищ ендометріозу в лейоміоматозних вузлах знову повертає нас до теми впливу аденоміозу на розвиток доброякісних пухлин міометрія.

За глибиною ураження аденоміоз ділиться на стадії:

I стадія — проростання до міометрія;

II стадія — ураження до середини товщини м'язового шару;

III стадія — ураження до серозного покриву;

IV стадія — ураження парієтальної очеревини.

Таблиця 4

Форми ураження аденоміозом

Форма аденоміозу	Кількість випадків
Дифузна	6
Вогнищева	7
Дифузна в поєднанні з вогнищевою	9
Вузлова	0
Дифузна в поєднанні з вузловою	3
Усього	25
Із них в поєднанні з вогнищами ендометріозу в міоматозних вузлах	4



Таблиця 5

Ступінь розповсюдження аденоміозу

Стадія	Кількість випадків
I	9
II	4
III	9
IV	3

За ступенем розповсюдження процесу всі випадки розподілялися так, як показано у табл. 5.

Преважали I та III стадії ураження — по 9 випадків, що становить 36 %.

У пацієнок з IV стадією процесу ураження власне міометрія було 2-го ступеня — 1 випадок і 3-го ступеня — 2 випадки. Щоб зробити статистичний висновок про взаємовіднесення міоматозу з розповсюдженням процесу, цієї інформації недостатньо.

Зв'язок ступеня розповсюдження та форми аденоміозу такий (табл. 6):

— при 1-му ступені аденоміоз виявлявся в дифузійній та вогнищевій формах;

— при 2-му ступені в дифузійній та вогнищевій формах;

— при 3-му ступені в дифузійно-вогнищевій та дифузійно-вузлових формах;

— при 4-му ступені в дифузійно-вогнищевій та дифузійно-вузлових формах.

При I і II стадіях домінували «малі» форми ураження, при III і IV — більш виражені форми: дифузійна з наявністю вогнищ та дифузійна з наявністю вузлів.

Висновки

Вивчення патогенезу поєднаних захворювань продовжує залишатися актуальним в сучасній гінекології не лише через високу частоту їх зустрічальності, а й внаслідок значного негативного впливу на репродуктивну систему та загальний стан здоров'я жінок [11]. Проблема аденоміозу з урахуванням його поширеності, очевидно, змусить нас ще не раз повернутися до цієї теми. Як вже згадувалося, частота поєднання аденоміозу з вузловими утвореннями міометрія ставить питання про взаємний вплив цих процесів, і, можливо, змусить нас розглядати аденоміоз як провокативний фактор розвитку лейоміом.

Ключові слова: ретроспективний аналіз, лейоміома, аденоміоз, поєднання захворювань, морфологія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению миомы матки. Москва: МЕДпресс-информ, 2004.
2. Адамян Л. В., Кулаков В. И. Эндометриозы: руководство для врачей. Москва: Медицина, 2006. 320 с.
3. Сидорова И. С., Унанян А. Р., Коган Е. А., Леваков С. А. Новые аспекты патогенеза и патогенетически обоснованной терапии аденомиоза. *Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии*. 2006. № 9. С. 38–43.
4. Сидорова И. С. Миома матки (современные проблемы этиологии патогенеза, диагностики и лечения). Москва: МИА, 2007.
5. Кулагина Н. В. Миома матки: иммунологическая и психосоматическая концепция развития, индивиду-

дуальный прогноз и тактика ведения: автореф. дис. ... д-ра мед наук: 14.00.01, 14.00.46 / Санкт-Петербургская мед. акад. последипл. образования. Санкт-Петербург, 2008. 49 с.

6. Adenomyosis: US features with histologic correlation in an in vitro study / M. Atri et al. *Radiology*. 2000. Vol. 215. P. 783–790.

7. Ultrasonography compared with magnetic resonance imaging for the diagnosis of adenomyosis: correlation with histopathology / M. Bazot et al. *Hum Reprod*. 2001. Vol. 16. P. 2427–2433.

8. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельева. Москва: ГЕОТАР Медиа, 2009. 1088 с.

9. Адамян Л. В., Гаспарян С. А. Эндометриоз. Современный взгляд на проблему. Монография. Ставрополь: ССМА, 2004.

10. Дамиров М. М. Гиперпластические процессы в матке: роль фосфоинозитидов в патогенезе, диагностике и в оценке результатов лечения. Дисс. ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 2000. 29 с.

11. Пашков В. М. Дифференцированный подход к диагностике и хирургическому лечению женщин с доброкачественными заболеваниями матки. Дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.01 / Московская мед. акад. им. Н. М. Сеченова. Москва, 2004.

12. Дамиров М. М. Аденомиоз: клиника, диагностика и лечение. Москва; Тверь: Триада, 2002. 294 с.

13. Бодяжина В. И., Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология: руководство для врачей. Москва: Медицина, 1990. 544 с.

REFERENCES

1. Vikhlyeva E.M. A guide on diagnosis and treatment of uterine fibroids. Moscow, MEDpress-inform, 2004.
2. Adamyan L.V., Kulakov V.I. Endometriosis: a guide for doctors. Moscow, Meditsina, 2006, 320 p.
3. Sidorova I.S., Unanyan A.R., Kogan E.A., Levakov S.A. New aspects of pathogenesis and pathogenetically substantiated therapy of adenomyosis. *Effektivnaya farmakoterapiya v akusherstve i ginekologii* 2006; 9: 38-43.
4. Sidorova I.S. Myoma of the uterus (modern problems of etiology of pathogenesis, diagnosis and treatment). Moscow, MIA; 2007.
5. Kulagina N.V. Myoma of the uterus: immunological and psychosomatic concept of development, individual prognosis and management: abstract of MD thesis, 14.00.01, 14.00.46 /

Поєднання стадій та форм ураження аденоміозом

Форма ураження	Стадія			
	I	II	III	IV
Дифузійна	3	2	1	0
Вогнищева	5	2	0	0
Дифузійно-вогнищева	1	0	6	2
Вузлова	0	0	0	0
Дифузійна та вузлова	0	0	2	1
Усього, абс. (%)	9 (36)	4 (16)	9 (36)	3 (12)

Таблиця 6



6. Atri M., Reinhold C., Mehio A.R. et al. Adenomyosis: U. S. features with histologic correlation in an in vitro study. *Radiology* 2000; 215: 783-790.

7. Bazot M., Cortez A., Emile D. et al. Ultrasonography compared with magnetic resonance imaging for the diagnosis of adenomyosis: correlation with histopathology. *Hum Reprod.* 2001; 16: 2427-2433.

8. Kulakov V.I., Manukhin I.B., Savel'yeva G.M. (eds.) *Ginekologiya. Natsionalnoe igr.* Moscow, GEOTAR Media; 2009. 1088 p.

9. Adamyan L.V., Gasparyan S.A. Endometriosis. A modern view on the problem. Monograph. Stavropol, SSMA; 2004.

10. Damirov M.M. Hyperplastic processes in the uterus: the role of phosphoinositides in the pathogenesis, diagnosis and evaluation of the results of treatment. MD thesis. St. Petersburg, 2000. 29 p.

11. Pashkov V.M. Differential approach to the diagnosis and surgical treatment of women with benign diseases of the uterus. MD thesis 14.00.01. N. M. Sechenov Moscow Medical Academy. Moscow, 2004

12. Damirov M.M. Adenomyosis Clinic, diagnosis and treatment. Tver, 2002; 294.

13. Bodyazhina V.I., Smetnik V.P., Tumilovich V.G. Non-operative gynecology: A guide for doctors. Moscow, Meditsina, 1990. 544 p.

Надійшла до редакції 15.03.2018

*Рецензент д-р мед. наук,
проф. Н. М. Рожковська,
дата рецензії 21.03.2018*

УДК 618.14-00.636-07-089.87(043.3)

І. З. Гладчук, Ю. О. Чеханов, А. Г. Волянська, К. В. Латій

ОЦІНКА ВПЛИВУ РОЗМІРУ СУБМУКОЗНОГО ВУЗЛА НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІСТЕРОСКОПІЧНОЇ МІОМЕКТОМІЇ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 618.14-00.636-07-089.87(043.3)

И. З. Гладчук, Ю. О. Чеханов, А. Г. Волянская, К. В. Латий

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗМЕРА СУБМУКОЗНОГО УЗЛА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель исследования — оценка эффективности гистероскопической миомэктомии у пациенток с меноррагией в зависимости от размера субмукозного узла.

Размер миоматозного узла является базовой характеристикой субмукозной миомы матки и может служить достоверным показателем на этапе формирования прогнозов выполнения гистероскопии. Одноэтапная резектоскопия пациенткам с субмукозной миомой до 25 мм — безопасная процедура, которая может проводиться с высокой эффективностью в условиях дневного стационара. У пациенток с диаметром узла более чем 30 мм ключевым параметром, который влияет на принятие решения об остановке операции на этапе ее выполнения, становится длительность вмешательства. Лимитирующим показателем для оценки перспектив выполнения гистероскопии в целом является длительность более чем 30 мин.

Ключевые слова: субмукозный узел, гистероскопия, миомэктомия.

UDC 618.14-00.636-07-089.87(043.3)

I. Z. Gladchuk, Yu. O. Chekhanov, A. G. Volyanska, K. V. Latiy

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF SUBMUCOUS MYOMA SIZE ON EFFECTIVENESS OF HYSTEROSCOPIC MYOMECTOMY

The Odessa National Medical University, Odesa, Ukraine

Purpose — to evaluate the effectiveness of hysteroscopic myomectomy in patients with menorrhagia depending on the size of the nodule.

78 women with submucous myoma that underwent hysteroscopic myomectomy have taken part in prospective observational study. Criteria's inclusion were age from 18 to 49 years, diameter of nodules between 5 and 50 mm. Patients were divided into 5 groups depending on the size of the nodule: Group I with the size of myoma from 5 till 10 mm; Group II: from 11 till 20 mm; Group III: from 21 till 30 mm; Group IV: from 31 till 40 mm; Group V: from 41 till 50 mm. To analyze the effectiveness of myomectomy we evaluate the radicality of the procedure, the rate of complications, duration and fluid deficit.

In patients with the nodules from 5 to 25 mm 91.5 % of the procedures lasted with the fluid deficit less than 450 ml also the duration of hysteroscopy was less than 30 min among the 95.9% in this

© І. З. Гладчук, Ю. О. Чеханов, А. Г. Волянська, К. В. Латій, 2018

