

СИМПТОМНА ЛЕЙОМІОМА МАТКИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ. ЧИ МОЖНА ЗБЕРЕГТИ МАТКУ?



Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувачка відділенням ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Н.В. КОСЕЙ

д. мед. н., головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

Л.А. ВАСИЛЬЧЕНКО

аспірант відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

В.А. ДЖУПІН

лікар акушер-гінеколог, Вінницький міський клінічний пологовий будинок № 2

Контакти:

Татарчук Тетяна Феофанівна

ДУ «ІПАГ НАМН України»,
відділення ендокринної гінекології
04050, Київ, Майбороди, 8
тел.: +38 (044) 483 80 87
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

ВСТУП

На сьогодні найпоширенішою доброякісною пухлиною у жінок залишається лейоміома матки (ЛМ). В останні десятиріччя спостерігається зростання частоти ЛМ, особливо у молодих жінок із нереалізованими репродуктивними планами, нерідко – ріст пухлини до великих розмірів. Зважаючи на це, особливо актуальним є застосування органозберігаючих протипухлинних методик у жінок фертильного віку. Слід зазначити, що великі розміри ЛМ досить часто заважають виконанню органозберігаючої терапії, проте впровадження й удосконалення нових методик дозволяє поліпшити ефективність протипухлинного лікування [1–8].

Найскладнішими на практиці є випадки ЛМ великих розмірів, які можуть ускладнюватись матковими кровотечами, анемією, варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, а іноді – навіть тромботичними процесами. Соматична патологія та її загострення також нерідко ускладнюють перебіг захворювання, тим самим обмежуючи можливості терапії ЛМ великих розмірів [1, 2, 5, 7].

Однак за умов індивідуального підходу навіть у таких випадках існує можливість збереження органу. Наводимо випадок органозберігаючого лікування ЛМ великих розмірів, яке було проведено в нашій клініці.

ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Пацієнтка Д., 26 років, була направлена на консервативне лікування до відділення ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України з приводу ЛМ великих розмірів та підгострого правобічного венозного тромбозу здухвинно-стегнового сегмента, вторинної анемії середнього ступеня вираженості.

Напередодні жінка була проконсультована судинним хірургом в Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, до якого звернулась з приводу гострого болю і набряку в правій нижній кінцівці впродовж останніх двох тижнів. Пацієнтці було проведено УЗД з доплерографією судин нижніх кінцівок і діагностовано підгострий правобічний тромбоз здухвинно-стегнового сегмента, зумовлений компресією здухвинних вен міомою матки великих розмірів на фоні прийому комбінованого орального контрацептивного препарату ярина протягом останніх 3 місяців, який було призначено гінекологом із гемостатичною метою.

З анамнезу: менархе в 15 років. Спочатку менструації були помірні, безболісні, регулярні по 3–4 дні через 27–28 днів, а з 2010 р. стали рясними у вигляді метрорагій із регулярним циклом. Пологів та абортів не було.

Пацієнтка знаходиться на диспансерному обліку у гінеколога районної поліклініки за місцем проживання з приводу ЛМ з 2010 р. За період спостереження, з моменту постановки діагнозу і протягом 1,5 року, жінка періодично отримувала гормональні препарати: дуфастон, оральні контрацептиви (новінет), на фоні яких відбулось поступове збільшення розмірів ЛМ з 5 до 9 тижнів вагітності.

В кінці 2011 р. було виконано кюретаж порожнини матки у зв'язку із завмерлою вагітністю у терміні 7 тижнів і призначено агоністи гонадотропного рилізінг-гормону на 3 менструальних цикли, після чого планувалось виконати консервативну міомектомію. Слід зазначити, що при цьому матка була збільшена як при 15 тижнях вагітності за рахунок міоматозних вузлів. Однак через особисті причини пацієнтки консервативна міомектомія виконана не була. В подальшому спостерігався поступовий ріст пухлини до 17 тижнів вагітності та збільшення об'єму і тривалості менструальної крововтрати з анемізацією пацієнтки (зниження рівня гемоглобіну до 75 г/л) на фоні періодичного прийому орального контрацептиву (новінет). Від запропонованої білатеральної емболізації маткових артерій (ЕМА) пацієнтка категорично відмовилась у зв'язку з особистими переконаннями і пересторогами.

В період із серпня 2012 р. до січня 2013 р. пацієнтці був повторно призначений курс агоністів гонадотропного рилізінг-гормону, але консервативна міомектомія не була виконана і цього разу, а до березня 2013 р. за рахунок росту ЛМ відбулось збільшення розмірів матки до 20 тижнів вагітності. В подальшому з гемостатичною метою жінці було призначено оральний контрацептив ярина, на фоні прийому якого у травні 2013 р. розміри матки стали відповідати 36 тижням вагітності і з'явилась клініка правобічного венозного тромбозу здухвинно-стегнового сегмента та анемія. У зв'язку з цим пацієнтка звернулась за консультацією та лікуванням до відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України після попередньої консультації судинним хірургом в Інституті ім. О.О. Шалімова.

Враховуючи категоричну відмову пацієнтки та її родичів від радикального лікування, було рекомендовано відмінити прийом ярини у зв'язку з тромбозом; призначено препарати зо-

ладекс у дозі 10,8 мг (31.05.2013 р.), кальцемін, Мальтофер, епрекс 4 000 Од на фоні лікування, призначеного судинним хірургом (прийом препаратів династат, циклотрифорт, вобензим, весел дуе, компресійне бинтування нижніх кінцівок). Після нейтралізації симптомів тромбозу було заплановано встановити тимчасовий қава-фільтр, після чого здійснити поетапне лікування міоми матки: 1 етап – гістероскопія як передопераційна підготовка, 2 етап – ЕМА, 3 етап – консервативна міомектомія.

На фоні призначеного лікування загальний стан пацієнтки покращився, набряки і біль в правій нижній кінцівці зменшились. Проте наприкінці липня 2013 р. у зв'язку з появою незначних кров'янистих виділень і страхом пацієнтки щодо чергового виникнення кровотечі вона самостійно почала прийом препарату ярина за гемостатичною схемою. Але за декілька днів, згадавши про можливі ризики виникнення тромботичних ускладнень, жінка знову ж таки самостійно припинила прийом препарату. Як реакція на відміну орального контрацептиву у неї з'явилися значні кров'янисті виділення з піхви зі згустками. За медичною допомогою пацієнтка звернулась лише на четвертий день кровотечі. Її було госпіталізовано до гінекологічного відділення місцевої районної лікарні з анемією тяжкого ступеня (гемоглобін – 40 г/л) на фоні залишкових проявів підгострого правобічного венозного тромбозу здухвинно-стегнового сегмента. У стаціонарі жінці було призначено гемостатичну, протизапальну, антибактеріальну, антианемічну терапію з гемотрансфузією (2 дози еритроцитарної маси і 2 дози свіжозамороженої плазми) одночасно з профілактикою тромботичних ускладнень у тісній співпраці зі співробітниками відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України з постійною корекцією лікування в телефонному режимі.

Після стабілізації стану пацієнтки, поліпшення лабораторних показників і зменшення інтенсивності кров'янистих виділень було взято біопсію з порожнини матки. Гістологічно: шматочки ендометрія з поодинокими залозами та поліморфною клітинною інфільтрацією строми, субмукозна ЛМ із поверхневим некрозом, місцями нашарування фіброзно-лейкоцитарного ексудату.

Проте за тиждень від початку проведення вищезазначеної терапії у пацієнтки з'явилися періодичні переймоподібні болі внизу живота з підвищенням температури тіла до 37,5 °С, серозно-кров'янисті виділення з неприємним запахом, що спонукало до її термінової госпіталізації у відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України.

При об'єктивному огляді під час госпіталізації загальний стан пацієнтки був середнього ступеня важкості, шкіряні покрови та видимі слизові були блідими, температура тіла 37,8 °С, пульс – 88 ударів за 1 хв., артеріальний тиск – 110/70 мм рт. ст. Язик був вологим, із білим нашаруванням, живіт – збільшеним у розмірах за рахунок ЛМ, верхній полюс пухлини знаходився на 2 поперечника пальця вище за пупок (рис. 1). Симптоми подразнення очеревини та симптом Пастернацького були негативними. Сечовиділення часте, безболісне. Обидві нижні кінцівки були звичайного кольору, але права нога пастозна.

Пацієнтка скаржилась на переймоподібний біль унизу живота, зниження апетиту, загальне нездужання, лихоман-



РИСУНОК 1. ПАЦІЄНТКА Д., 26 РОКІВ, ЗІ ЗБІЛЬШЕНИМ ЖИВОТОМ ЗА РАХУНОК МІОМИ МАТКИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

ку, часте сечовиділення, рясні виділення з піхви сірувато-жовтого кольору з неприємним запахом.

Під час гінекологічного огляду було виявлено вкорочення шийки матки до 1,5 см та її розкриття до 3 см, з наявністю в просвіті цервікального каналу некротизованої тканини вузла міоми матки; збільшення відповідно до 28 тижнів вагітності неправильної форми тіла матки; наявність серозно-кров'янистих виділень із неприємним запахом та домішками некротизованої тканини вузла.

Таким чином було встановлено діагноз: «Лейомиома матки великих розмірів, з вузлом, який народжується. Стан після правобічного підгострого венозного тромбозу здухвинно-стегнового сегмента, зумовленого компресією здухвинних вен міомою матки великих розмірів та анемією на фоні прийому орального контрацептиву (травень 2013 р.). Вторинна анемія легкого ступеня».

Під час госпіталізації та лікування хворій неодноразово пропонувалось радикальне втручання, але пацієнтка та її родичі продовжували категорично відмовлятися від нього, наполягаючи на збереженні матки у зв'язку з молодим віком хворої та відсутністю дітей.

В ході обстеження та лікування пацієнтка неодноразово була оглянута консилиумом лікарів, консультована суміжними спеціалістами (анестезіологом, терапевтом, психотерапевтом, судинними хірургами з Інституту ім. О.О. Шалімова), в динаміці проводились клініко-лабораторні обстеження, УЗД органів малого тазу та органів черевної порожнини, УЗД судин нижніх кінцівок із доплерометрією.

Враховуючи анамнез, наявність вузла, що народжується, та бажання жінки, було вирішено з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень встановити қава-фільтр, здійснити ЕМА з метою попередження кровотечі та за наявності умов видалити тканину вузла міоми.

На фоні консервативної терапії (інтенсивна інфузійна, дезінтоксикаційна, протизапальна, антибактеріальна, антианемічна, метаболічна, симптоматична, антиагрегантна) проводилась щоденна санація порожнини матки розчинами антисептиків в об'ємі 1,5 л/доба за допомогою промивної системи та було встановлено қава-фільтр і ЕМА.

Під час проведення антианемічної терапії нами було призначено препарат ферінжект (карбоксимальтозат заліза) –

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

високомолекулярний і стабільний залізо-вуглеводний комплекс. Він не містить декстран, який може викликати серйозні алергічні реакції. Крім того, до переваг даного препарату перед іншими внутрішньовенними препаратами заліза можна віднести можливість одноразового введення великої дози заліза (1000 мг за короткий час – 15 хв), що дозволяє швидко компенсувати його недостатність. Слід зазначити, що застосування препаратів заліза з високою молекулярною масою, зокрема, ферінжекту, дозволяє швидко ліквідувати виявлений дефіцит заліза при різних патологіях, уникаючи в більшості випадків проведення гемотрансфузії і відповідно пов'язаних з нею ризиків.

Через 1 тиждень після внутрішньовенного введення 1000 мг препарату ферінжект рівень гемоглобіну в пацієнтки піднявся з 68 до 85 г/л. У подальшому їй було призначено препарат Мальтофер, вибір якого був обумовлений його належністю до групи неіонних сполук на основі гідроксид полімальтозного комплексу, що має перевагу порівняно з препаратами солей заліза завдяки меншій кількості побічних дій і токсичних проявів. Через 1 тиждень після початку прийому препарату Мальтофер у пацієнтки було відзначено підвищення гемоглобіну до 108 г/л, тому було рекомендовано продовжити його прийом до нормалізації концентрації феритину.

За результатами бактеріологічного урогенітального обстеження було виявлено *Enterococcus faecalis* в кількості 10^4 КУО/мл. Кров була стерильною (росту бактерій не виявлено). Призначення антибактеріальної терапії проводилось з урахуванням результатів бактеріологічних досліджень.

На фоні проведення вищезгаданого лікування було виконано триразове видалення частин міоматозного вузла з інтервалом у 4, 9 і 14 днів після ЕМА (рис. 2).



РИСУНОК 2. ЧАСТИНА ВИДАЛЕННОГО ВУЗЛА З КОЛІКВАЦІЙНИМ НЕКРОЗОМ

Через 4 дні після першого видалення частин некротизованого вузла розміри матки зменшились до 172×113 мм ($V = 1405$ см³), при цьому міометрій залишився неоднорідним за рахунок інтрамурально-субмукозного вузла розмірами 125×84 мм ($V = 525$ см³). При порівнянні розмірів матки на момент звернення в клініку та після першого видалення частини заемболізованого вузла виявлено зменшення матки з 28 до 17 тижнів вагітності (приблизно на 39,3%) (рис. 3 а, б).

При патоморфологічному обстеженні видалених частин вузла було виявлено його фрагменти з великими ділянками ішемічного некрозу клітинної ЛМ. Висновок: «Вузлова лейоміома матки великих розмірів із ішемічним некрозом вузла».

Через 3 дні після повторного видалення частини некротизованого вузла за даними УЗД виявлено зменшення розмірів

матки до 128×96 мм ($V = 615$ см³), при цьому розміри інтрамурально-субмукозного вузла скоротились до 85×73 мм ($V = 248$ см³), що свідчить про зменшення загальних розмірів матки на 53,6% у порівнянні з початковими даними (рис. 4 а, б).

Слід зазначити, що через 8 днів після третього видалення частини некротизованого вузла було виявлено зменшення матки до 92×63 мм ($V = 235$ см³), при цьому міометрій залишався неоднорідним за рахунок інтрамурально-субмукозного вузла розмірами 35×32 мм ($V = 16,8$ см³) (рис. 5 а, б, в).

Через 11 днів розміри матки зменшились до 79×64 мм ($V = 175$ см³), інтрамурально-субмукозного вузла міоми – до 22×23 мм ($V = 7,8$ см³), що свідчить про їх зменшення на 71,4% у порівнянні з початковими розмірами матки з міомою під час госпіталізації (рис. 6 а, б).

Через 20 днів після третього видалення частини некротизованого вузла, тобто через 34 доби після ЕМА, відповідно до результатів ехографічного обстеження розміри матки вже були майже нормальними і становили 73×52 мм ($V = 113$ см³), ендометрій – 5,2 мм (рис. 7). Проте у структурі міометрія в проекції видаленого вузла виявлено гіпоехогенне включення неправильної форми розмірами 18×15 мм, яке сполучається з порожниною матки. Придатки з обох сторін з афолікулярною структурою розмірами $16,3 \times 13,7$ мм праворуч і $15,4 \times 11,8$ мм з лівого боку.

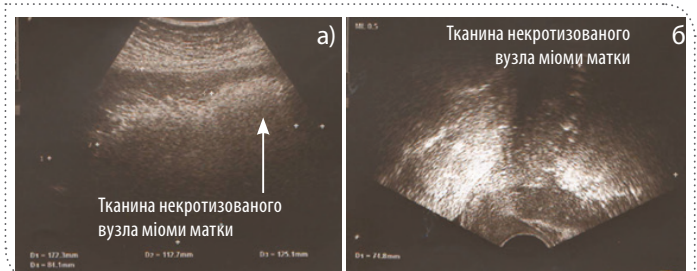


РИСУНОК 3 а, б. ЕХОГРАФІЧНА КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 4 ДНІ ПІСЛЯ ПЕРШОГО ВИДАЛЕННЯ ЧАСТИНИ НЕКРОТИЗОВАНОГО ВУЗЛА (а – трансабдомінальне сканування; б – вагінальне сканування)



РИСУНОК 4 а, б. ЕХОГРАФІЧНА КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 3 ДНІ ПІСЛЯ ПОВТОРНОГО ВИДАЛЕННЯ ЧАСТИНИ НЕКРОТИЗОВАНОГО ВУЗЛА (а – трансабдомінальне сканування; б – вагінальне сканування)



РИСУНОК 5 а, б, в. ЕХОГРАФІЧНА КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 8 ДНІВ ПІСЛЯ ТРЕТЬОГО ВИДАЛЕННЯ ЧАСТИНИ НЕКРОТИЗОВАНОГО ВУЗЛА* (а, б – трансабдомінальне сканування; в – вагінальне сканування)

* в порожнині матки візуалізується округлої форми роздутий кінець катетера розмірами 31 мм у діаметрі

Пацієнтку у задовільному стані з нормалізованими клініко-лабораторними показниками було виписано з відділення і рекомендовано продовжити метаболічну симптоматичну відновлювальну терапію.

Через 2,5 місяці після виписки зі стаціонару під час контрольного огляду загальний стан пацієнтки був задовільним, з піднесенням позитивним настроєм. Під час візиту вона повідомила про відсутність менструації впродовж останніх 2,5 місяців. При ехографічному огляді матка була нормальних розмірів 62 × 35 мм, однорідної структури і щільноподібною формою порожнини, але товщина ендометрія становила лише 2,2 мм. Слід зазначити, що правий яєчник мав розміри 32 × 21 мм, а лівий – 33 × 16 мм і містив у своїй структурі фолікул 9,9 мм (рис. 8 а, б).

Проведений контроль гормональних показників не виявив суттєвих відхилень, а отримані результати гонадотропних гормонів знаходились в межах референтних значень: фолікулостимулюючий гормон (ФСГ) – 6,83 мМО/мл, лютеїнізуючий гормон (ЛГ) – 6,94 мМО/мл, тоді як рівень стероїдних

гормонів знаходився на нижній межі норми: естрадіол – 0,28 нмоль/л, прогестерон – 6,87 нмоль/л; антимюллерів гормон (АМГ) – 0,93 нг/мл, тестостерон – 2,48 нмоль/л і пролактин – 23,84 нг/мл. Аналіз загальноклінічних показників крові виявив анемію легкого ступеня з рівнем гемоглобіну 91 г/л.

З метою корекції яєчникової дисфункції після комплексного протипухлинного лікування пацієнтці було рекомендовано продовжити корекцію рівня гемоглобіну препаратом Мальтофер (жувальні таблетки) по 3 таблетки 1 раз на добу і призначено комплексну терапію, до якої увійшли циклодинон – по 1 таблетці 1 раз на день зранку упродовж 3 місяців, тивортин (сироп) – по 2 мірні ложки тричі на добу протягом 2 тижнів, адаптол – по 1 таблетці (500 мг) 3 рази на день упродовж 2 місяців і фертиловіт – по 1 таблетці 1 раз на день протягом 3 місяців.

Слід зазначити, що під час наступного консультативного огляду через 6 місяців після ЕМА пацієнтка вже не висувала ніяких скарг. Так, через 1 місяць від початку прийому призначеної терапії відновився регулярний менструальний цикл тривалістю по 3 дні через 28–30 днів, при цьому менструації були безболісними і помірної інтенсивності. Ехографічний огляд органів малого тазу виявив матку однорідної структури розмірами 60 × 30 мм та ендометрій 2,7 мм на 6-й день менструального циклу. Сонографічна структура яєчників відповідала I фазі менструального циклу, при цьому правий яєчник був розмірами 19 × 12 мм і лівий – 18 × 10 мм (рис. 9 а, б).

Результати гормональних обстежень через 6 місяців після ЕМА були в межах норми, зокрема: ФСГ – 5,98 мМО/мл, ЛГ – 6,31 мМО/мл, естрадіол – 0,37 нмоль/л, прогестерон – 25,39 нмоль/л, АМГ – 1,25 нг/мл, тестостерон – 2,37 нмоль/л і пролактин – 18,37 нг/мл. Після антианемічної терапії рівень гемоглобіну становив 118 г/л.

Через 1 рік після проведеної протипухлинної терапії пацієнтка не висувала скарг і не мала нарікань щодо менструацій, оскільки вони були регулярними – по 3–4 дні через 28–30 днів, безболісними та помірної інтенсивності. Ехографічний огляд: матка розмірами 55 × 48 мм, однорідної структури, товщина ендометрія становила 5,9 мм, правий яєчник мав розміри 26 × 17 мм, а лівий – 30 × 18 мм (рис. 10 а, б).

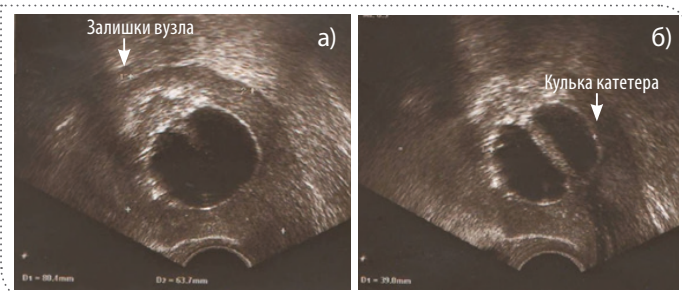


РИСУНОК 6 а, б. ЕХОГРАФІЧНА КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 11 ДНІВ ПІСЛЯ ТРЕТЬОГО ВИДАЛЕННЯ ЧАСТИНИ НЕКРОТИЗОВАНОГО ВУЗЛА*

(а, б – вагінальне сканування)

* в порожнині матки візуалізується округлої форми роздутий кінець катетера розмірами 39 мм у діаметрі



РИСУНОК 7. ЕХОГРАФІЧНА КАРТИНА МАТКИ ЧЕРЕЗ 20 ДНІВ ПІСЛЯ ТРЕТЬОГО ВИДАЛЕННЯ НЕКРОТИЗОВАНОГО ВУЗЛА І ВНУТРІШЬОМАТКОВОГО КАТЕТЕРА З ПОРОЖНИНИ МАТКИ

(вагінальне сканування)

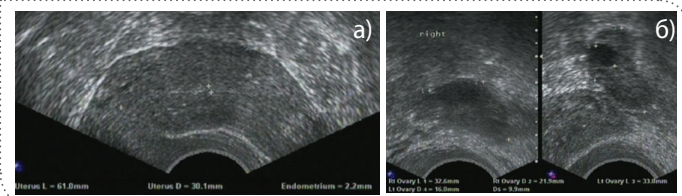


РИСУНОК 8 а, б. ЕХОГРАФІЧНА КАРТИНА ПРИДАТКІВ У ПАЦІЄНТКИ Д., 26 РОКІВ, ЧЕРЕЗ 2,5 МІСЯЦІ ПІСЛЯ ВИПИСКІ ЗІ СТАЦІОНАРУ

(а, б – вагінальне сканування)

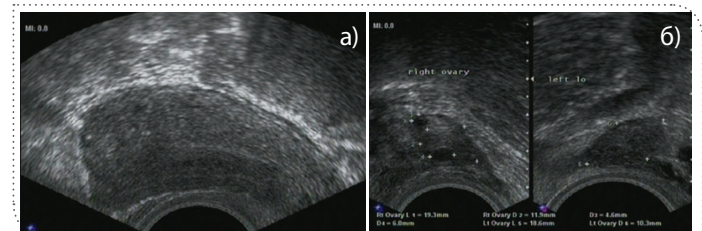


РИСУНОК 9 а, б. ЕХОГРАФІЧНА КАРТИНА ПРИДАТКІВ У ПАЦІЄНТКИ ЧЕРЕЗ 6 МІСЯЦІВ ПІСЛЯ ЕМА І ВИДАЛЕННЯ ВУЗЛА

(а, б – вагінальне сканування)

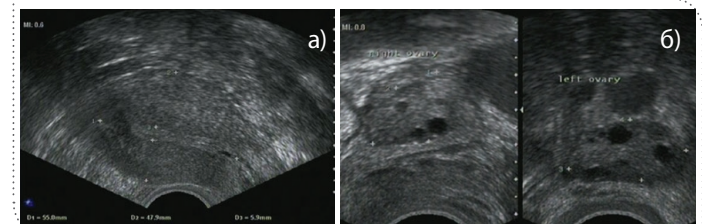


РИСУНОК 10 а, б. ЕХОГРАФІЧНА КАРТИНА ПРИДАТКІВ У ПАЦІЄНТКИ ЧЕРЕЗ 12 МІСЯЦІВ ПІСЛЯ ЕМА І ВИДАЛЕННЯ ВУЗЛА

(а, б – вагінальне сканування)

Слід зазначити, що показники гормональних обстежень продовжували відповідати референтним значенням репродуктивного періоду і становили: ФСГ – 4,85 мМО/мл, ЛГ – 6,27 мМО/мл, естрадіол – 0,48 нмоль/л, прогестерон – 40,51 нмоль/л, АМГ – 1,72 нг/мл, тестостерон – 1,94 нмоль/л і пролактин – 15,91 нг/мл.

ВИСНОВКИ

Наведений вище клінічний випадок у пацієнтки репродуктивного віку з ЛМ великих розмірів може стати яскравим прикладом ефективної органозберігаючої терапії із застосуванням ЕМА на фоні призначення агоністів гонадотропного рилізінг-гормону та лікування супутньої соматичної патології. Незважаючи на те, що пацієнтка мала складний

анамнез із тромботичними ускладненнями, використання сучасних міні-інвазивних методик дало можливість зберегти молодій жінці матку. Після застосування ЕМА, тромбозу здухвинно-стегнового сегмента та тривалої терапії у пацієнтки спостерігалось тимчасове зниження функції яєчників, яке завдяки призначенню антистресорної, ангіопротекторної терапії та вітамінних препаратів вдалося подолати і відновити нормальну оваріальну функцію. Це свідчить про необхідність обстеження функції яєчників перед лікуванням ЛМ і проведення профілактики їх дисфункції при здійсненні ЕМА.

Таким чином, наявність ЛМ у жінок репродуктивного віку вимагає індивідуалізованого підходу до лікування, що в більшості випадків дає можливість проведення органозберігаючої терапії міоми та збереження репродуктивної функції.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Татарчук, Т. Ф.

Дифференциальные подходы к органосохраняющей терапии лейомиомы матки в различные возрастные периоды / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2008. — № 4. — С. 24–28.

Tatarchuk, T.F., Kosei, N.V.

“Differential approach to conserving therapy of uterine leiomyoma in different age.” Medical Aspects of Women's Health, 4(2008): 24–28.

2. Татарчук, Т. Ф.

Миома матки и репродуктивная функция женщины:

критическая оценка терапевтических подходов /

Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, Т.Н. Тутченко // Репродуктивная эндокринология. — 2011. — № 1. — С. 56–63.

Tatarchuk, T.F., Kosei, N.V., Tutchenko, T.N.

“Uterine fibroids and reproductive function of women: a critical assessment of therapeutic approaches.” Reproductive Endocrinology, 1(2011): 56–63.

3. Berkane, N., Moutafoff-Borie, C.

“Impact of previous uterine artery embolization on fertility.” Curr Opin Obstet Gynecol, 22(2010): 242–247.

4. Donnez, J., Tatarchuk, T.F., Bouchard, P., Puscasiu, L., Zakharenko, N.F., Ivanova, T., Ugocsai, G., Mara, M., Jilla, M.P., Bestel, E., Terrill, P., Osterloh, I., Loumaye, E.

“Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery.” N Engl J Med, 366(5) (2012): 409–20.

5. Klatsky, P.C., Tran, N.D., Caughey, A.B., Fujimoto, V.Y.

“Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature

review from conception to delivery.” Am J Obstet Gynecol, 198(2008): 357–366.

6. Moss, J., Cooper, K., Khaund, A., Murray, L., Murray, G., Wu, O., et al.

“Randomised comparison of uterine artery embolisation (UAE) with surgical treatment in patients with symptomatic uterine fibroids (REST trial): 5-year results.” BJOG, 118(8) (2011): 936–944.

7. Mohan, P., Hamblin, M.H., Vogelzang, R.L.

“Uterine Artery Embolization and Its Effect on Fertility.” Journal of Vascular and Interventional Radiology, 24(7) (2013): 925–930.

8. Pritts, E.A., Parker, W.H., Olive, D.L.

“Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence.” Fertil Steril, 91(2009): 1215–1223.

СИМПТОМНА ЛЕЙОМИОМА МАТКИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ. ЧИ МОЖНА ЗБЕРЕГТИ МАТКУ?

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувачка відділенням ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

Н.В. Косей, д. мед. н., головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

Л.А. Васильченко, аспірант відділення ендокринної гінекології ІПАГ НАМН України

В.А. Джупін, лікар акушер-гінеколог, Вінницький міський клінічний пологовий будинок № 2

Наведено клінічний випадок лейомиоми матки великих розмірів, ускладненої метрорагією, анемією і венозним тромбозом здухвинно-стегнового сегмента. Вдалося ефективно виконати поетапне органозберігаюче лікування лейомиоми матки із застосуванням малоінвазивних технологій на тлі терапії супутньої соматичної патології, з перспективою подальшого збереження фертильної функції.

Ключові слова: лейомиома матки великих розмірів, метрорагія, анемія, венозний тромбоз здухвинно-стегнового сегмента.

СИМПТОМНАЯ ЛЕЙОМИОМА МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ. МОЖНО ЛИ СОХРАНИТЬ МАТКУ?

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., профессор, член-корр. НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии ИПАГ НАМН Украины

Н.В. Косей, д. мед. н., главный научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии ИПАГ НАМН Украины

Л.А. Васильченко, аспирант отделения эндокринной гинекологии ИПАГ НАМН Украины

В.А. Джупин, врач акушер-гинеколог, Винницкий городской клинический родильный дом № 2

Приведен клинический случай лейомиомы матки больших размеров, осложненной метроррагией, анемией и венозным тромбозом подвздошно-бедренного сегмента. Удалось эффективно выполнить поэтапное органосохраняющее лечение лейомиомы матки с применением малоинвазивных технологий на фоне терапии сопутствующей соматической патологии, с перспективой дальнейшего сохранения фертильной функции.

Ключевые слова: лейомиома матки больших размеров, метроррагия, анемия, венозный тромбоз подвздошно-бедренного сегмента.

LARGE SIZE SYMPTOMATIC UTERINE LEIOMYOMA. IS SAVING THE UTERUS FEASIBLE?

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of NAMS of Ukraine, Deputy Director for Research Work, Chief of the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

N.V. Kosei, MD, chief researcher at the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

L.A. Vasylychenko, post-graduate student at the Endocrine Gynecology Department Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine

V.A. Dzhupin, obstetrician-gynecologist, Vinnitsa City Clinical Maternity Hospital

The paper presents the clinical case of large size uterine leiomyoma complicated by uterine bleeding and venous thrombosis of iliofemoral segment. Due to the use of minimally invasive methods successful staged organ saving treatment of leiomyoma with coexisting somatic pathology was performed after which the patient has a good perspective of fertility preservation.

Keywords: large size uterine leiomyoma, metrorrhagia, anemia, venous thrombosis of iliofemoral segment.