

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ОРГАНОЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ВСТУП

Міома матки (ММ) – це поліетіологічне захворювання, що являє собою гормонозалежну доброякісну пухлину, яка походить із гладком'язових клітин міометрія [1, 2].

Серед структурної патології новоутворень ММ посідає провідні позиції, спричиняючи суттєве зниження якості життя, впливаючи як на фізичне, так і ментальне здоров'я пацієнток.

З огляду на мультифакторність захворювання, складно виокремити єдину причину його розвитку, проте доведено кореляцію між підвищеним рівнем стресорних гормонів, зокрема пролактину, та індукцією росту вузлів, а також надмірною масою тіла [3, 4].

Ожиріння впливає на розвиток та зростання ММ через декілька основних механізмів:

- по-перше, відбувається ароматизація андрогенів у жировій тканині та їхнє накопичення, що призводить до підвищення рівня естрогенів (гіперестрогенії);
- по-друге, в умовах жирової дистрофії печінка зменшує синтез глобуліну, який зв'язує статеві гормони, що спричиняє підвищення рівня циркулювальних незв'язаних (активних) естрогенів.

Також у жировій тканині виникає системне запалення з утворенням прозапальних адипоцитокінів та активних форм кисню, що сприяє проліферації позаклітинного матриксу та гальмує апоптоз. Крім того, розвивається інсулінорезистентність, що підсилює синтез інсуліноподібного чинника росту. З огляду на те, що ожиріння є модифікованим чинником ризику для розвитку ММ, метаболічні порушення, які з ним пов'язані, можуть також впливати на формування цього захворювання [5, 6].

Серед основних симптомів ММ можна виділити аномальні маткові кровотечі, менструальний біль, а за тривалого нелікованого перебігу та швидкого росту вузлів – безпліддя маткового генезу, анемію та симптоми стиснення суміжних органів (дизурія, гостра ішурія, кишкова непрохідність тощо).

На сьогодні гінекологічна допомога пропонує декілька варіантів оперативного лікування ММ залежно від розташування, розмірів, симптомності та темпів росту вузлів – гісте-

роскопічний, лапароскопічний або лапаротомний. Але незважаючи на доброякісність цього новоутворення, тактика лікування ММ, особливо великого розміру, здебільшого залишається радикальною.

Своєю чергою гістеректомія позбавляє пацієнтку можливості реалізації дітородної функції.

Сучасні жінки дедалі частіше в повсякденному житті стикаються з високим стресорним навантаженням, і це призводить до «омолодження» захворювання – зниження вікового порогу маніфестації та збільшення кількості хворих жінок репродуктивного віку, які ще не мали паритету [7–9].

Тому на особливу увагу заслуговують органозбережувальні методи лікування, які сьогодні завдяки наявності різноманітних сучасних методів лікування ММ забезпечують можливість збереження органу.

У цій статі наведено клінічний випадок нерадикального лікування ММ великого розміру зі збереженням репродуктивного потенціалу та можливості реалізації репродуктивної функції.

ОПИС ВИПАДКУ

Пацієнтка 3., 32 роки, у липні 2021 року звернулася на консультацію зі скаргами на біль внизу живота та прогресивне збільшення його розмірів із формуванням значного косметичного дефекту. Пацієнтка зазначає, що останні роки міома чинить не тільки фізичний, а і психологічний дискомфорт: «Усі вважають, що я вагітна». Вагітностей раніше не було, але жінка має відтерміновані репродуктивні плани.

Міома діагностована у 2016 році. Жінка консультивалася в декількох медичних центрах, скрізь була запропонована тактика оперативного радикального лікування – гістеректомія, від чого пацієнтка категорично відмовлялася.

Під час першого огляду привертало до себе увагу гіперстенічна будова тіла та наявність ожиріння I ступеня (зріст 170 см, вага 87 кг, індекс маси тіла 30,1 кг/м²) (рис. 1).

Об'єктивно: у нижній частині живота значне пухлиноподібне випинання внаслідок збільшеної матки, абдоміноптоз (рис. 2).

Н.В.КОСЕЙ

д. мед. н., професорка, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», головна наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0003-3085-3285

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професорка, чл.-кор. НАМН України, заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-5498-4143

К.Д. ПЛАКСІЄВА

к. мед. н., старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-3021-4515

О.А. ВЛАСЕНКО

к. мед. н., лікар – судинний хірург відділення маліновазивної та ендоскопічної хірургії, інтервенційної радіології, науково-клінічного відділу торако-абдомінальної онкології клініки онкохірургії ДНП «Національний інститут раку»; ендоскопічний хірург «Клініки Верум експерт», м. Київ
ORCID: 0000-0001-8899-9223

К.Є. МЕЛЬНИК

лікар-гінеколог відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ
ORCID: 0000-0001-9847-2396

Г.А. ТОКАР

студентка Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0001-9430-7588



Рисунок 1. Зовнішній вигляд пацієнтки до початку лікування



Рисунок 2. Збільшені розміри живота через наявність гігантської пухлини матки

Під час гінекологічного огляду виявлено, що тіло матки збільшене до 28–29 тижнів вагітності, верхній полюс на 3 пальці нижче за реберну дугу та на 4 пальці вище за пупок, щільне, займає майже усю порожнину таза, обмежено рухоме. Придатки з обох боків недоступні для пальпації. Під час гінекологічного обстеження виявлено, що шийка матки досягається з технічними труднощами у зв'язку з особливостями розташування міоми.

За результатами трансвагінального та трансабдоминального УЗД органів малого таза в липні 2021 року підтверджено наявність пухлини гігантського розміру з верхнім полюсом у підребер'ї на 4 пальці вище за пупок та на 3 пальці нижче за реберну дугу.

Матка загальним об'ємом 3257,0 см³ (234,0 x 232,0 x 120,0 мм), збільшена через наявність вузлів:

1) трансмурального вузла 2–5-го типу за класифікацією FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), об'ємом 1362,0 см³ (201,0 x 113,0 x 120,0 мм), гетерогенної будови з анехогенними порожнинами, який, з найбільшою ймовірністю, походить із задньої стінки матки;

2) інтрамурального вузла 4-го типу за класифікацією FIGO, об'ємом 125,0 см³ (56,0 x 52,0 x 51,0 мм);

3) інтрамурально-субсерозного вузла 5-го типу за класифікацією FIGO по задній стінці, об'ємом 336,0 см³ (89,0 x 86,0 x 87,0 мм).

Візуалізація яєчників утруднена у зв'язку зі збільшенням розмірів матки.

З пацієнткою обговорювалися можливі варіанти лікування. Від радикального жінка категорично відмовилась. З огляду на технічну складність проведення одномоментного оперативного втручання через великі розміри вузлів та їхнє інтенсивне кровопостачання, ризики масивної крововтрати та значної травми, було сплановано багатоетапну тактику лікування:

- I етап – введення в медикаментозну менопаузу за допомогою ін'єкцій агоністів гонадотропного рилізінг-гормону (ГнРГ) (10,8 мг гозереліну (препарат Золадекс) підшкірно);
- II етап – емболізація маткових артерій (ЕМА);
- III етап – лапаротомна консервативна міомектомія з одномоментною абдомінпластикою (за бажанням пацієнтки).

Пацієнтку було проконсультовано сумісно з пластичним хірургом, з огляду на наявні скарги щодо абдомінотозу узгоджено проведення симультантної операції – лапаротомна консервативна міомектомія з одномоментною абдомінпластикою.

У липні 2021 року проведено діагностичну гістероскопію з метою визначення стану ендометрія. Отримано результат: ендометрій проліферативного типу, атипії клітин відсутня.

Розпочато I етап лікування – медикаментозна менопауза курсом агоніста ГнРГ (введено Золадекс 10,8 мг підшкірно), з огляду на доведений його вплив на розміри пухлини.

Через 2 місяці після первинного звернення (вересень 2021 року) пацієнтка пройшла контрольний огляд (рис. 3).



Рисунок 3. Зовнішній вигляд пацієнтки через 2 місяці від початку лікування (на тлі медикаментозної терапії)

В цей період вона дотримувалась рекомендацій щодо зниження маси тіла задля передопераційної підготовки, відзначала покращення загального стану.

На фоні лікування агоністами ГнРГ під час УЗД виявлено позитивну динаміку лікування у вигляді зменшення об'єму трансмурального вузла з 1362,0 до 1065,0 см³, що становить 21,8%.

Матка загальним об'ємом 2798,0 см³ (орієнтовні розміри 212,0 x 220,0 x 120,0 мм), збільшена через вузли:

1) трансмуральний вузол 2–5-го типу за класифікацією FIGO, об'ємом 1065,0 см³ (190,0 x 102,0 x 110,0 мм), гетерогенної структури з анехогенними порожнинами, з більшою ймовірністю походить із задньої стінки матки;

2) інтрамуральний вузол 4-го типу за класифікацією FIGO, об'ємом 57,0 см³ (50,0 x 47,0 x 49,0 мм);

3) інтрамурально-субсерозний вузол 5-го типу за класифікацією FIGO по задній стінці, об'ємом 270,0 см³ (86,0 x 72,0 x 87,0 мм) (рис. 4).



Рисунок 4. Ультразвуковий знімок міоматозного вузла

Планово як II етап операції пацієнтці виконана ЕМА. На оглядовій рентгенографії органів малого таза та черевної порожнини візуалізовано контур гігантської ММ (рис. 5).



Рисунок 5. Оглядова рентгенограма органів малого таза та черевної порожнини. Блакитним кольором окреслено контури міоматозного вузла.

За стандартною методикою доступом крізь праву загальну стегнову артерію виконано суперселективну катетеризацію обох маткових артерій. Візуалізовано кровопостачання ММ із маткових артерій та анастомози з обома яєчниковими артеріями. Проведена емболізація сферичними емболами Balton 500–710 мкм (1 флакон) та сферичних емболів Balton 710–900 мкм (2 флакони) до повного припинення контрастування тканини пухлини. Права яєчникова артерія діаметром близько 1,25 мм під час контрастування. Під час проведення ангіографії черевного відділу аорти та селективної артеріографії яєчникових артерій їх дистальний анастомоз із матковими артеріями не візуалізувався. Ефективна доза становила 3 мЗв (рис. 6).

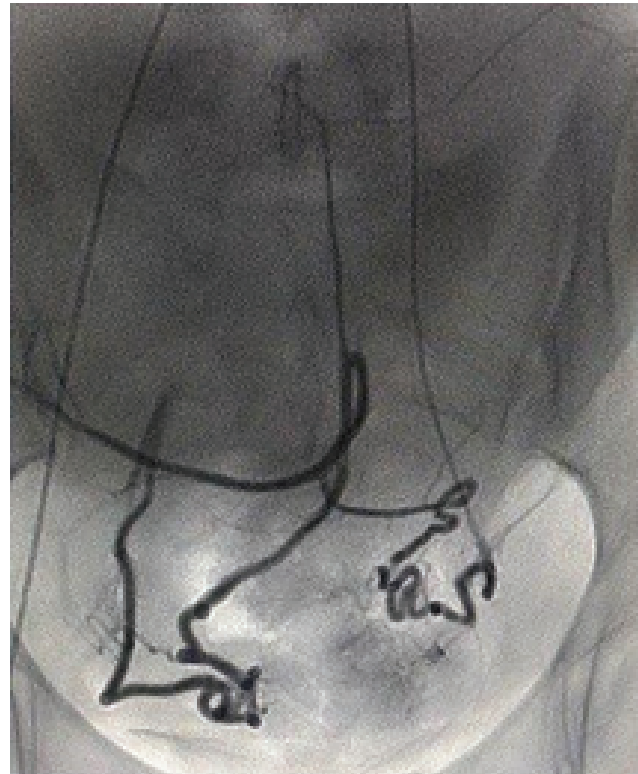


Рисунок 6. Артеріографія судин малого таза під час виконання ЕМА

Післяопераційний період проходив без особливостей. Пацієнтка відзначала помірні болі внизу живота та короткотривале підвищення температури тіла до 38,0 °С, що було обумовлено особливостями перебігу післяемболізаційного синдрому. Для профілактики ускладнень пацієнтка отримувала антибактеріальну (цефуроксим, метронідазол) та симптоматичну (ректальні супозиторії з диклофенаком, ібупрофен перорально, пробіотичні засоби перорально та вагінально) терапію.

Протягом першої доби жінка вже вільно пересувалась палатою, була активною, налагоджено звичайне харчування (рис. 7).

На контрольному візиті через місяць після II етапу лікування шляхом ЕМА (жовтень 2021 року, 3 місяці від початку лікування) виявлено суттєве зменшення розмірів живота, на що звернула увагу й сама пацієнтка. За результатами трансвагінального УЗД візуалізовано матку загальним об'ємом 2424,0 см³, трансмуральний вузол 2–5-го типу за класифікацією FIGO, локалізований низько біля перешийка матки загальним об'ємом 876,0 см³ (орієнтовний розмір 146,0 x 100,0 x 120,0 мм) та інші дрібні вузли. Під час порівняння об'ємів до початку лікування та після двох його етапів виявлено зменшення об'єму матки на 25% та об'єму вузла на 35% (рис. 8).

З огляду на позитивну динаміку регресу вузлових утворень, вирішено продовжити курс медикаментозної менопаузи задля запобігання відновлення кровотоку після зникнення спазму та реканалізації судин багатовузлової міоми, а також потенціювання ефекту від вже проведеної селективної ЕМА. Проведено повторну підшкірну ін'єкцію агоністів ГнРГ (Золадекс 10,8 мг підшкірно) та розпочато



Рисунок 7. Зовнішній вигляд пацієнтки після проведення ЕМА.



Рисунок 8. Ультразвукове дослідження матки та міоматозних вузлів після ЕМА

підготовку до III етапу лікування – органозберезувально-го оперативного втручання.

Через 4 місяці від початку лікування (у листопаді 2021 року) на фоні двох курсів медикаментозної менопаузи досягнуто технічної можливості для проведення III етапу лікування. Виконано органозберезувальну операцію – лапаротомію, роз'єднання злук, консервативну міомектомію, абдомінопластику (рис. 9).

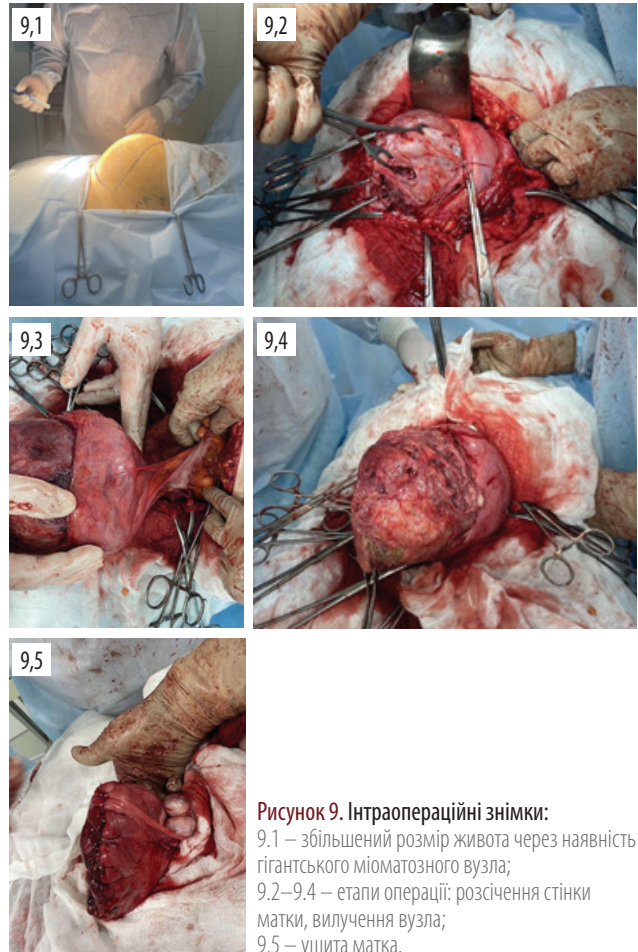


Рисунок 9. Інтраопераційні знімки:

- 9.1 – збільшений розмір живота через наявність гігантського міоматозного вузла;
- 9.2–9.4 – етапи операції: розсічення стінки матки, вилучення вузла;
- 9.5 – ушита матка.

Вилучено пухлину орієнтовним розміром 20,0 x 20,0 см, яка являє собою конгломерат вузлів, сіро-рожевого кольору, що є свідченням того, що відбувся некроз (рис. 10, 11).



Рисунок 10. Вилучений міоматозний вузол, розміром 20 x 20 см



Рисунок 11. Вилучений міоматозний вузол у розрізі

Інтраопераційно була виявлена знахідка – кіста лівого яєчника, візуалізація якого під час УЗД була неможливою через збільшену матку та заповнення нею майже всієї порожнини малого таза. Проведено цистектомію.

Результати патогістологічного дослідження: лейоміома матки клітинного типу (код M8892/0), із частковим ішемічним некрозом вузла. Доброякісна папілярна цистаденома лівого яєчника.

За бажанням пацієнтки було проведено пластику передньої черевної стінки для ліквідації косметичного дефекту (абдоміноптозу) (рис. 12).



Рисунок 12. Вигляд післяопераційних швів після проведення абдомінопластики

Через 2 тижні після операції (5 місяців від початку лікування, грудень 2021 року) відбувся контрольний візит жінки. Загальний стан пацієнтки задовільний, відзначає значне покращення самопочуття (рис. 13).

На трансвагінальному УЗД розміри матки 115,0 x 100,0 x 112,0 мм; загальний об'єм 782,0 см³, зменшення розмірів матки на 76% (об'єм при первинному зверненні становив 3257,0 см³). Візуалізовано яєчники, без особливостей (рис. 14).

Через 7 місяців від початку лікування (у січні 2022 року) та через місяць після операції, з огляду на потребу в контрацепції, а також для профілактики маткових кровотеч і рецидиву ММ до моменту планування вагітності пацієнтці встановлено внутрішньо маткову систему, що вивільняє левоноргестрел.

Пацієнтка задоволена своїм зовнішнім виглядом та нормалізацією форми живота (рис. 15).

У динамічному спостереженні через 2 місяці після операції (лютий 2022 року) пацієнтка повідомила про зниження маси тіла з 87 до 80 кг (індекс маси тіла 27,6 кг/м²). Самопочуття задовільне, продовжує роботу зі схуднення (рис. 16).



Рисунок 13. Стан післяопераційного рубця задовільний

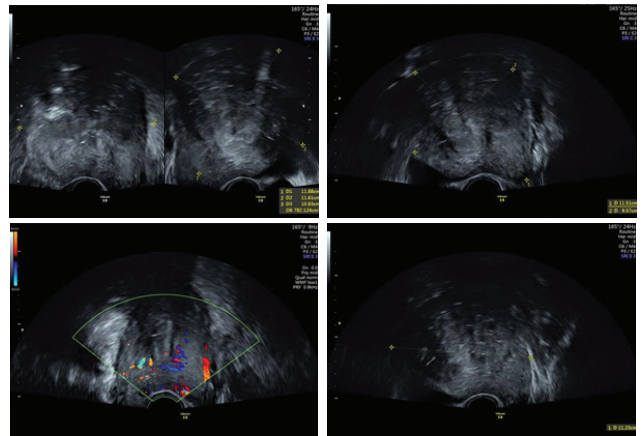


Рисунок 14. Ультразвукові зображення матки та ушитого ложа вузла



Рисунок 15. Зовнішній вигляд пацієнтки через 1 місяць після операції

За результатами УЗД органів малого таза виявлено позитивну динаміку лікування за рахунок подальшої регресії гіпертрофованого міометрія та зменшення об'єму матки з 3257,0 до 58,0 см³, тобто на 98,2% від початкового об'єму до лікування (рис. 17).



Рисунок 16. Зовнішній вигляд пацієнтки через 2 місяці після оперативного лікування



Рисунок 17. УЗД від лютого 2022 року, стан матки через 2 місяці після операції

Під час контрольного вимірювання рівень антимюлерового гормону становив 3,6 нг/мл (референтні значення 0,07–7,35 нг/мл), що вказує на сприятливий прогноз щодо репродуктивних планів.

Пацієнтка проходила обстеження регулярно за графіком і через 1 рік 4 місяці після операції (у березні 2023 року) на плановому огляді пацієнтка повідомила про різкий набір маси тіла (+17 кг) на тлі порушення роботи щитоподібної залози та стресорного навантаження. Через рік сумісної роботи зі спеціалістами різного профілю (ендокринологом, дієтологом-гастроентерологом) у березні 2024 року досягнуто нормалізації маси тіла (рис. 18).

Пацієнтка планує вагітність у віддаленій перспективі після завершення реабілітації.

ВИСНОВКИ

Наведений клінічний випадок свідчить про широкі можливості сучасних методів та їхньої комбінації в органозберігаючому лікуванні ММ різних, навіть великих розмірів. А їхнє поєднання з ефективним знеболенням та принципами ранньої активізації дає можливість жінці швидко повернутися до повсякденного життя й отримати прогностично сприятливі результати.

Для ефективного та безпечного лікування ММ великих розмірів суттєве значення має залучення висококваліфікованих спеціалістів та їхня командна співпраця, а також використання експертного обладнання та розробка індивідуаль-



Рисунок 18. Зовнішній вигляд пацієнтки через 2 роки 4 місяці після операції

ного плану лікування з використанням медикаментозних, мінімально інвазивних та хірургічних методик. Також важливо обговорити з пацієнткою всі етапи лікування, розглянути переваги та недоліки кожного, ризик можливих ускладнень. Можливість збереження матки за наявності навіть великих ММ визначає оптимістичний прогноз щодо реалізації фертильної функції пацієнтками з такими пухлинами, що особливо важливо в умовах складної демографічної ситуації в Україні.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Machado-Lopez A, Alonso R, Lago V, et al. Integrative genomic and transcriptomic profiling reveals a differential molecular signature in uterine leiomyoma versus leiomyosarcoma. *Int J Mol Sci.* 2022;23(4):2190. DOI:10.3390/ijms23042190
2. Miyazaki R, Hoka S, Yamaura K. Visceral fat, but not subcutaneous fat, is associated with lower core temperature during laparoscopic surgery. *PLOS ONE.* 2019;14(6). DOI: 10.1371/journal.pone.0218281.
3. Qin H, Lin Z, Vásquez E, et al. Association between obesity and the risk of uterine fibroids: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiology Community Health.* 2021 Feb;75(2):197–204. DOI:10.1136/jech-2019-213364
4. Sun K, Xie Y, Zhao N, Li Z. A case-control study of the relationship between visceral fat and development of uterine fibroids. *Exp Ther Med.* 2019;18(1):404–10. DOI:10.3892/etm.2019.7575
5. AlAshqar A, Patzkowsky K, Afrin S, Wild R, Taylor HS, Borahay MA. Cardiometabolic risk factors and benign gynecologic disorders. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 2019;74(11):661–73. DOI:10.1097/OGX.0000000000000718.
6. Soave I, Marci R. From obesity to uterine fibroids: An intricate network. *Current Medical Research and Opinion.* 2018;34(11):1877–9. doi: 10.1080/03007995.2018.1505606. Epub 2018. PMID: 30049230.
7. Go VA, Thomas MC, Singh B, Prenatt S, Sims H, Blanck JF, Segars JH. A systematic review of the psychosocial impact of fibroids before and after treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(5):674–708. DOI:10.1016/j.ajog.2020.05.044
8. Spyropoulou K, Kosmas I, Tsakiridis I, Mamopoulos A, Kalogiannidis I, Athanasiadis A, Daponte A, Dagklis T. Myomectomy during pregnancy: A systematic review. *Eur J Obstet Amp Gynecol Reprod Biol.* 2020;254:15–24. DOI:10.1016/j.ejogrb.2020.08.018
9. Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, Ali M, Elkafas H, Boyer TG, Al-Hendy A. Comprehensive review of uterine fibroids: developmental origin, pathogenesis, and treatment. *Endocr Rev.* 2021;43(4):678–719 DOI:10.1210/edrv/bnab039.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ОРГАНОЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

Клінічний випадок

Н.В. Косей, д. мед. н., професорка, завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», головна наукова співробітниця відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професорка, чл.-кор. НАМН України, заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», головна наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ

К.Д. Плаксієва, к. мед. н., старша наукова співробітниця відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ

О.А. Власенко, к. мед. н., лікар — судинний хірург відділення малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, інтервенційної радіології, науково-клінічного відділу торако-абдомінальної онкології клініки онкохірургії ДНП «Національний інститут раку»; ендovasкулярний хірург «Клініки Верум експерт», м. Київ

К.Є. Мельник, лікар-гінеколог відділення ендокринної гінекології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

Г.А. Токар, студентка Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Міома матки — це доброякісна пухлина з клітин міометрія, яка під дією багатьох екзо- та ендогенних чинників отримує потенціал до швидкого багатолокалізаційного росту, прогресування клінічної симптоматики, впливу на фізичне та mentale здоров'я жінок із погіршенням якості життя жінки. Нерідко перешкоджає реалізації репродуктивної функції, спричиняючи непліддя та невиношування вагітності.

Незважаючи на доступність та різноманіття методик консервативного лікування, методикою вибору лікування міоми матки великого розміру часто залишається гістеректомія, яка назавжди позбавляє жінку можливості дітородження.

У статті представлено опис клінічного випадку успішного органозберезувального лікування жінки з міомою матки гігантського розміру.

Було застосовано комбіноване трьохетапне лікування: I етап — введення у медикаментозну менопаузу за допомогою ін'єкції агоністів гонадотропного рилізинг-гормону (гозерелін 10,8 мг — препарат Золадекс підшкірно); II етап — емболізація маткових артерій на тлі медикаментозної менопаузи; III етап — лапаротомна консервативна міомектомія з одномоментною абдомінопластиком.

На тлі медикаментозної менопаузи через місяць після введення 10,8 мг гозереліну відбулося зменшення об'єму матки з 3257 до 2798 см³ (на 14%) та об'єму вузла з 1362 до 1065 см³ (на 21,8%).

Після емболізації маткових артерій продовжилось зменшення об'єму матки та вузла до 2424 см³ (на 25%) та 876 см³ (на 35%) відповідно.

Через місяць після емболізації маткових артерій здійснена лапаротомна міомектомія з абдомінопластиком, після чого об'єм матки зменшився до 782 см³ (на 76% від початкового розміру), а через 2 місяці після операції матка скоротилась до 58 см³, що свідчить про її зменшення на 98,2% від початкового об'єму. На період післяопераційної реабілітації з метою запобігання виникненню аномальних маткових кровотеч, рецидивування міоми матки та задля забезпечення ефективної контрацепції пацієнтці встановлено левоноргестрелвмісну внутрішньоматкову систему.

Висновки. Органозберезувальні консервативні методики є безпечною і доступною опцією лікування міоми матки для пацієнток із нереалізованими репродуктивними планами. Описана комбінація методів дає можливість зберегти матку та реалізувати дітородну функцію.

Ключові слова: міома матки, емболізація маткових артерій, міомектомія, органозберезувальне лікування, органозберезувальні консервативні методики.

MODERN POSSIBILITIES OF ORGAN-SPARING TREATMENT OF UTERINE FIBROID

Clinical case

N.V. Kosei, MD, professor, head of the Department of Reproductive Health, SSI "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", chief researcher, Endocrine Gynecology Department, SI «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the NAMS of Ukraine», Kyiv

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy director for research work, head of the Endocrine Gynecology Department, «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the NAMS of Ukraine»; chief researcher, Department of Reproductive Health of SSI "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv

K.D. Plaksiieva, PhD., senior researcher, Department of Reproductive Health, SSI "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv

O.A. Vlasenko, PhD, vascular surgeon, Department of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery, Interventional Radiology of the Scientific and Clinical Division of Thoraco-Abdominal Oncology at the Oncological Surgery Clinic, State Enterprise "National Cancer Institute"; endovascular surgeon, «Verum Expert Clinic», Kyiv

K.E. Melnyk, gynecologist, Endocrine Gynecology Department, SI «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the NAMS of Ukraine», Kyiv

H.A. Tokar, student, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Uterine fibroid is a benign tumor originating from myometrial cells, which due to the various exogenous and endogenous factors has the potential for rapid multi-localized growth, progression of clinical symptoms, and impact on the physical and mental health of women, leading to deterioration in their quality of life. It often impedes reproductive function, causing infertility and pregnancy loss.

Despite the availability and variety of conservative treatment methods, hysterectomy remains the treatment of choice for large uterine fibroids, which permanently deprives women of the possibility of childbearing.

This article presents a clinical case of successful organ-preserving treatment of a woman with a giant uterine fibroid.

A combined three-stage treatment was applied. Stage I — inducing medical menopause by administering a gonadotropin-releasing hormone agonist (goserelin 10.8 mg subcutaneously); stage II — uterine artery embolization during medical menopause; stage III — laparotomic conservative myomectomy with simultaneous abdominoplasty. One month after administering goserelin 10.8 mg, during medical menopause, the uterine volume reduced from 3257 to 2798 cm³ (a 14% decrease), and the fibroid volume from 1362 to 1065 cm³ (a 21.8% decrease). After uterine artery embolization, the uterine and fibroid volumes continued to decrease to 2424 cm³ (a 25% reduction) and 876 cm³ (a 35% reduction), respectively.

One month after uterine artery embolization, laparotomic myomectomy with abdominoplasty was performed. Following the surgery, the uterine volume decreased to 782 cm³ (a 76% reduction from the initial volume), and two months post-surgery, the uterus decreased to 58 cm³, reflecting a 98.2% reduction from the initial volume.

During the postoperative rehabilitation period, to prevent abnormal uterine bleeding, recurrence of uterine fibroids, and to ensure effective contraception, the levonorgestrel-releasing intrauterine system was placed.

Conclusions. Organ-preserving conservative methods offer a safe and accessible treatment option for women with uterine fibroids who have not yet fulfilled their reproductive plans. The described combination of methods makes it possible to preserve the uterus and realize the reproductive function.

Keywords: uterine fibroids, embolization of uterine arteries, myomectomy, organ-preserving conservative methods, organ-preserving treatment.