

Здоровье женщины

№2 (148) '2020

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ
С ФЕВРАЛЯ 1998 ГОДА

ISSN 2307-5074 (Online)

ISSN 1992-5921 (Print)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ.
ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА:
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО
ЕТИОЛОГІЮ, ПРИНЦИПИ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ 7

АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ
НАСЛІДКИ У ЖІНОК
ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ
ВАГІТНОСТІ 21

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ
ПРОФІЛАКТИКИ НАКОПИЧЕННЯ
ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ
РІДИНИ У ЖІНОК
У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНИЙ
ПЕРІОД 38

ПЕРИГРАВИДАРНИЙ
МЕНЕДЖМЕНТ
РЕВМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ 42

«АТИПОВА» АДЕНТОМИЯ
У ДІТЕЙ 65

GEDEON RICHTER

PIXTER ФерроБіо

40 таблеток

Дієтична добавка

Низькодозова комбінація
гемового і негемового заліза

Для жінок репродуктивного віку

При підготовці до вагітності,
під час виношування дитини
та після пологів

Листок-вкладка до дієтичної добавки PIXTER ФерроБіо.
Склад на одну порцію (1 таблетка): гемоглобін (Bovine Haemoglobin) – 510 мг; залізо сульфат (II) (Ferrozin sulfate) – 81 мг. Рекомендації щодо вживання: приймати не одразу після їди. PIXTER ФерроБіо особливо підходить вегетаріанцям, а також в ситуаціях, коли існують певні обмеження в харчуванні, наприклад, при втраті ваги або позитивному аналізі в осіб, які отримують протипухлинне лікування. Перед споживанням рекомендується консультація лікаря. Спосіб застосування та рекомендації дозування: дорослим і дітям старше 12 років по 1-2 таблетки 1 раз на день, запиваючи склянкою води, незалежно від прийому їжі. Дозова максимальна до 2 таблеток. Протипоказання: індивідуальна чутливість до компонентів продукту, діти віком до 12 років. Алергії не пов'язана з дефіцитом заліза, надлишок заліза чи порушення засвоєння заліза. З обережністю: людям, які страждають на системний мас-туберкульоз, зі слабкою здатністю до лікування залізом або дефіцитом функції нирок. Виробник: Глобальні Лекс, Шатерсдорп-Бі Пароудін 2, 2550 Контіх, Бельгія. Імпортер: ПАТ «Геден Ріхтер», Ужгород, Нісє-Сікарська залізниця, Речкама дієтичної добавки.
Інформація про дієтичну добавку для використання у професійній діяльності медичними та фармацевтичними працівниками. Не є лікарським засобом.

Завантажте
безкоштовно додаток
Simo AR на Android
чи iOS та оживіть
зображення

Представництво «Ріхтер Геден Ріхтер» в Україні: 01054, м. Київ, вул. Тургенівська, 17-5.
Тел.: (044) 389-39-50 (-51), факс: (044) 389-39-52.
E-mail: ukraine@richter.kiev.ua | www.richter.com.ua

PIXTER ФерроБіо



Дуфастон®

дидрогестерон

МАКСИМАЛЬНИЙ ШАНС ЗБЕРЕГТИ ВАГІТНІСТЬ*1,2

№1
БРЕНД В СВІТІ
для терапії прогестеронової
недостатності³



*у порівнянні з мікронізованим прогестероном

Коротка інформація про препарат Дуфастон®.

Регістрація посвідчення МОЗ України: UA/3074/01/01 від 16.08.2017, дійсне безстроково.

Склад: 1 таблетка містить дидрогестерону 10 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Гормони статевих залоз і препарати, які застосовують при патології статевих систем. Гестагени. Похідні прегнадієну. Код АТХ G03D B01. **Показання.** Нерегулярні менструальні цикли; ендометріоз; дисменорея; безпліддя, спричинене лютетіновою недостатністю підтримки лютетінової фази при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ); загрозовий і звичайний викидень, пов'язаний з прогестероновою недостатністю. Дуфастон® можна застосовувати як циклічне доповнення до терапії естрогенами у жінок з інтактною маткою: для попередження гіперплазії ендометрія у період менопаузи; при дисфункційних маткових кровотечах; при вторинній аменореї. **Протипоказання.** Недіагностована вагінальна кровотеча; наявність серйозних захворювань печінки або наявність серйозних захворювань печінки у минулому, якщо показники функції печінки не нормалізувалися; слід враховувати протипоказання для естрогенів, якщо їх застосовувати у комбінації з прогестагенами, такими як дидрогестерон; встановлена гіперчутливість до активної речовини або до будь-якого іншого компонента препарату; встановлені або підозрювані прегестагензалежні новоутворення (наприклад, менінгіома). Лікування з метою підтримки лютетінової фази при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) слід припинити, якщо діагностований аборт/викидень. **Спосіб застосування та дози.** Дози, схему та тривалість лікування можна коригувати залежно від тяжкості розладу та індивідуальної клінічної відповіді пацієнта. **Нерегулярні менструальні цикли.** Довжина циклу 28 днів може бути досягнута шляхом призначення 1 таблетки Дуфастон® на добу з 11-го по 25-й день циклу. **Ендометріоз.** Від 1 до 3 таблеток Дуфастон® на добу з 5-го по 25-й день циклу або протягом усього циклу. Дози, кратні 10 мг на добу, слід розподілити рівномірно протягом доби. Рекомендується призначити найвищу дозу на початковому етапі лікування. **Дисменорея.** Від 1 до 2 таблеток Дуфастон® на добу з 5-го по 25-й день циклу. Дози, кратні 10 мг на добу, слід розподілити рівномірно протягом доби. Рекомендується призначити найвищу дозу на початковому етапі лікування. **Безпліддя, спричинене лютетіновою недостатністю.** 1 таблетка Дуфастон® на добу з 14-го по 25-й день циклу. При лікуванні слід продовжити протягом мінімум 6 послідовних циклів. Рекомендується продовжити лікування протягом перших місяців вагітності у тих же дозах, як і для звичного аборту. **Підтримка лютетінової фази при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ)** 1 таблетка Дуфастон® 3 рази на день (30 мг на добу). Лікування починають з дня забору ооцитів і продовжують протягом 10 тижнів, якщо вагітність підтверджується. **Загроза аборту.** Початкова доза: 4 таблетки Дуфастон® одразу, потім по 1 таблетці Дуфастон® кожні 8 годин. Дози, кратні 10 мг на добу, слід рівномірно розподілити протягом доби. Рекомендується призначити найвищу дозу на початковому етапі лікування. Якщо симптоми не зникають або знову з'являються під час лікування, дозу необхідно збільшити на 1 таблетку Дуфастон® кожні 8 годин. Після того, як симптоми зникають, ефективну дозу необхідно зберегти протягом одного тижня, після чого її можна поступово зменшити. Якщо симптоми з'являються знову, лікування має бути негайно відновлено з дозуванням, яке виявилось ефективним. **Звичайний аборт.** Лікування необхідно розпочати до зачаття. 1 таблетка Дуфастон® на добу до 20-го тижня вагітності, після чого можна поступово знизувати дозу. Якщо симптоми загрози переривання вагітності з'являються під час лікування, лікування слід продовжити, як це описано у випадку загрози аборту. **Дисфункційна маткова кровотеча.** 2 таблетки Дуфастон® на добу протягом 5-7 днів у поєднанні з естрогеном. Через кілька днів після закінчення такого лікування з'явиться кровотеча відміни. З метою профілактики подальшого виникнення кровотечі Дуфастон® призначати по 1 таблетці на добу з 11-го по 25-й день циклу. У разі кістозної геморагічної метроррагії призначати 1 таблетку Дуфастон® на добу з 11-го по 25-й день циклу. У деяких випадках може виявитися необхідним призначення естрогену протягом першої половини циклу. Через кілька днів після припинення такого лікування з'явиться кровотеча відміни. Таке лікування слід продовжити протягом кількох циклів. **Вторинна аменорея.** Для лікування одночасно необхідно призначити естроген. Естроген призначати з 1-го по 25-й день циклу, з 11-го по 25-й день у поєднанні з 1 таблеткою Дуфастон® на добу. Для створення передумов для наступних циклів терапію починати на 5-й день після початку кровотечі шляхом призначення естрогенів (з 5-го по 25-й день). Дуфастон® 10 мг призначати з 11-го по 25-й день. **Для попередження гіперплазії ендометрія у період менопаузи.** Протягом кожного 28-денного циклу терапії естрогенами приймати лише естроген протягом перших 14 днів, і протягом наступних 14 днів приймати 1 або 2 таблетки, що містять 10 мг дидрогестерону, додатково до терапії естрогенами. У разі дозування 10 мг дидрогестерону 2 рази на добу прийом таблеток слід розподілити протягом доби. Кровотеча відміни зазвичай виникає під час застосування дидрогестерону. **Побічні реакції.** При застосуванні дидрогестерону у клінічних дослідженнях за показаннями без лікування естрогенами найчастіше повідомлялося про наступні побічні реакції: мігрень/головний біль, нудота, менструальні розлади та біль/чутливість молочних залоз*. *Повний перелік побічних реакцій представлений в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Дуфастон® від 20.09.2017. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Більше 9 мільйонів вагітних жінок приймали дидрогестерон. Дотепер не виявлено доказів шкідливого впливу дидрогестерону при застосуванні у період вагітності. У доклінічних дослідженнях ембріофетального та постнатального розвитку ефекти відповідали фармакологічному профілю. Несприятливі ефекти виникали лише тоді, коли вплив препарату значно перевищував максимальну експозицію для людини. Дидрогестерон можна застосовувати протягом вагітності за чіткими показаннями. Не слід застосовувати Дуфастон® у період годування груддю. **Діти.** Через недостатність даних про безпеку та ефективність застосування Дуфастон® дітям не рекомендується призначати препарат цій категорії пацієнтів. **Особливості застосування.** У разі звичного або загрозового аборту необхідно визначити і перевірити під час лікування життєздатність плода, щоб переконатися, що вагітність триває і ембріон живий. Перед початком застосування дидрогестерону для лікування патологічної кровотечі слід виключити органічну причину кровотечі. У перші місяці лікування можуть виникати проривні кровотечі або кров'яністі виділення. Якщо будь-яке з нижченаведених порушень відбувається вперше або погіршується під час застосування препарату, має бути розглянуто питання про припинення лікування: надзвичайно сильний головний біль; мігрень або симптоми, які можуть вказувати на ішемію головного мозку; значне підвищення артеріального тиску; поява венозної тромбоемболії. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** Дані досліджень *in vitro* свідчать, що основний шлях метаболізму, завдяки якому утворюється головний фармакологічно активний метаболіт 20α-дигідродидрогестерон (ДГД), каталізується альдокеторедуктазою 1C (AKR 1C) в цитозолі людини. Нарівні із цитозольним метаболізмом метаболічні перетворення здійснюються ізоферментами цитохрому P450 (CYP). Метаболізм дидрогестерону і ДГД може прискорюватися при одночасному прийомі речовин, що індукують ферменти цитохрому P450, таких як антиконвульсанти (наприклад, фенобарбітал, феноїтон, карбамазепін), протимікробні препарати (наприклад, рифампіцин, рифабутин, невірапін, ефаверенц) та фітопрепарати, що містять звіробій (*Hypericum perforatum*), шавлію або гіньку білоба. Ритонавір та нелфінавір відомі як сильні інгібітори ферментів цитохрому, демонструють ферментіндукуючі властивості при одночасному застосуванні зі стероїдними гормонами. Клінічно підвищення метаболізму дидрогестерону може призвести до зниження ефекту. Дослідження *in vitro* показали, що дидрогестерон та ДГД у клінічно значущих концентраціях не пригнічують та не індукують ферменти цитохрому P450, що беруть участь у метаболізмі лікарських препаратів. **Упаковка.** По 14 або 20, або 28 таблеток у блистері; по 1 блистеру в картонній коробці. Категорія відпуску. За рецептом. **Виробник.** Абботт Біолоджікалс Б.В., Нідерланди.

Повна інформація про препарат представлена в інструкції для медичного застосування лікарського засобу Дуфастон® від 20.09.2017.

1. Pelinescu-Onciul D. Gynecological Endocrinology. 2007; 23(51): 77–81. 2. Carp H. Gynecol Endocrinol. 2012; 28 (12): 983–990. 3. Internal calculations by Abbott based on IQVIA Database, Analytics Link MAT12 2017.

Інформація призначена для медичних та фармацевтичних працівників, розповсюджуються на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. За додатковою інформацією Ви можете звернутися до «ТОВ Абботт Україна»: 01010, м. Київ, вул. Московська, 32/2. Тел.: +38 044 498-60-80, факс: +38 044 498-60-81

Жінки
ПОНАД УСЕ

Abbott

UKR2122602

ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ 2 (148)/2020

ЗАСНОВНИКИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П.Л. ШУПИКА
(НМАПО імені П.Л. Шупика)

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА
І ГІНЕКОЛОГІЇ імені АКАДЕМІКА
О.М. ЛУК'ЯНОВОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

БАХТІЯРОВА Д.О.

ЩЕРБІНСЬКА О.С.

*Згідно Додатку 8 до наказу
Міністерства освіти і науки України
15.10.2019 № 1301 науково-практичний журнал
«Здоров'я жінки» включено до Категорії «Б»
Переліку наукових фахових видань України*

*Журнал «Здоров'я жінки» реферується
Інститутом проблем реєстрації інформації
НАН України*

*Журнал «Здоров'я жінки» включено
у реферативну базу «Україніка наукова»,
а також у міжнародні наукометричні
та пошукові бази.
Статтям журналу «Здоров'я жінки»
присвоюється DOI*

РЕКОМЕНДОВАНО

Вченою радою Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Протокол № 3 від 11.03.2020.

Підписано до друку 14.05.2020.

Статті, що публікуються в журналі
«ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ», – рецензовані.
Відповідальність за достовірність фактів
та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Відповідальність за зміст реклами, а також за відповідність
наведених у рекламі відомостей вимогам законодавства несуть
рекламодавці.
Редакція і видавці не несуть відповідальності за достовірність
інформації, опублікованої в рекламних матеріалах.
Думка редакції може не збігатися з думкою авторів публікації.
Передрук матеріалів тільки з письмового дозволу редакції.
При передруці посилання на журнал
«ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ» обов'язкове.

АДРЕСА ДЛЯ КОРЕСПОНДЕНЦІЇ ТА ТЕЛЕФОНИ РЕДАКЦІЇ ТА ВИДАВЦІВ

Україна, 03039, м. Київ, а/с 36
Тел.: +38(044) 257-27-27, +38(067) 233-75-91.
E-mail: alexandra@zdr.kiev.ua

НАШ ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС: 74598

З питань передплати або придбання журналу звертатися
до поштових відділень зв'язку, до редакції або на сайт:
www.med-expert.com.ua

Тираж – 5500 прим.
Періодичність видання – 10 номерів в рік.
Свідчення про державну реєстрацію друкованого засобу
масової інформації
КВ №23678-13518 ПР від 04.01.2019.

Фотовивід і друк

Друкарня «Аврора Пресс»,
м. Київ, вул. О.Довбуша, 18, тел. +38(067) 230-83-64

- © Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, 2020
- © ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка
О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук
України», 2020
- © Бахтіярова Д.О., 2020
- © Щербінська О.С., 2020

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П.Л. ШУПИКА

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА
І ГІНЕКОЛОГІЇ імені АКАДЕМІКА О.М. ЛУК'ЯНОВОЇ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ HEALTH OF WOMAN

Всеукраїнський науково-практичний журнал

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

Ю. П. Вдовиченко,
член-кор. НАМН України,
д. м. н., професор,
перший проректор НМАПО
імені П.Л. Шупика,
президент Асоціації перинатологів
України

ЗАСТ. ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА

Н.Ю. Педаченко,
д. м. н., професор,
професор кафедри акушерства,
гінекології та перинатології
НМАПО імені П.Л. Шупика

ДИРЕКТОРИ ПРОЕКТУ

Д.О. Бахтіярова
О.С. Щербінська,
канд. мед. наук

ДИРЕКТОР З РЕКЛАМИ

І.М. Лукавенко

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР

О.О. Попільнюк

РЕКЛАМА

К.О. Панова

ЛІТЕРАТУРНИЙ РЕДАКТОР

Н.О. Вікторова

КОРЕКТОР

Л. В. Тищенко

ДИЗАЙН ТА ВЕРСТКА

С.О. Обеднікова

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Т.В. Авраменко
В.О. Бенюк
О.О. Берестовий
Г. Бітман (Ізраїль)
В.І. Бойко
Р.Г. Ботчоришвілі (Франція)
Г.І. Брехман (Ізраїль)
І.Б. Венцківська
І.Б. Вовк
Н.І. Геник
І.З. Гладчук
О.П. Гнатко
Н.Г. Гойда
О.В. Голяновський
О.В. Горбунова
І.І. Горпинченко
Ю.О. Дубоссарська
А.Є. Дубчак
С.І. Жук
С.О. Іванюта
А.Г. Корнацька
І.В. Лахно
Т.В. Лещева
Л.Г. Назаренко
Л.В. Пахаренко
В.О. Потапов
Т.Г. Романенко
О.В. Ромащенко
Н.М. Рожковська
А.Я. Сенчук
Н.Я. Скрипченко
О.І. Соловійов
А.А. Суханова
Т.Ф. Татарчук
Р.О. Ткаченко
В.О. Товстановська
Л.Є. Туманова
А.Г. Ципкун
О.С. Шаповал
О.М. Юзько
М.Є. Яроцький

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ 2 (148)/2020

УЧРЕДИТЕЛИ

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ имени П.Л. ШУПИКА
(НМАПО имени П.Л. ШУПИКА)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ,
АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
имени АКАДЕМИКА Е.М. ЛУКЬЯНОВОЙ
НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ
МЕДИЦИНСКИХ НАУК УКРАИНЫ»

БАХТИЯРОВА Д.О.

ЩЕРБИНСКАЯ Е.С.

*Согласно Приказу Министерства образования
и науки Украины 15.10.2019 № 1301
научно-практический журнал «Здоровье женщины»
включен в Категорию «Б» Перечня научных
профессиональных изданий Украины*

*Журнал «Здоровье женщины» реферируется
Институтом проблем регистрации информации
НАН Украины*

*Журнал «Здоровье женщины» включен в реферативную
базу «Україніка наукова», а также в международные
научометрические и поисковые базы.
Статьям журнала «Здоровье женщины»
присваивается DOI*

РЕКОМЕНДОВАНО

Ученым советом Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П.Л. Шупика.
Протокол № 3 от 11.03.2020.

Подписано к печати 14.05.2020.

Статьи, публикуемые в журнале
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ», – рецензированы.
Ответственность за достоверность фактов и прочих сведений
в публикациях несут авторы.
Ответственность за содержание рекламы, а также за
соответствие приводимых в рекламе сведений требованиям
законодательства несут рекламодатели.
Редакция и издатели не несут ответственности за достоверность
информации, опубликованной в рекламных материалах.
Мнение редакции может не совпадать с мнением
авторов публикации.
Перепечатка материалов только с письменного разрешения
редакции. При перепечатке ссылка на журнал
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ» обязательна.

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ И ТЕЛЕФОНЫ РЕДАКЦИЙ И ИЗДАТЕЛЕЙ

Украина, 03039, Киев, а/я 36
Тел.: +38(044) 257-27-27, +38(067) 233-75-91.
E-mail: alexandra@zdr.kiev.ua

НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС: 74598

По вопросам подписки или приобретения журнала
обращаться в почтовые отделения связи, в редакцию
или на сайт: www.med-expert.com.ua

Тираж – 5500 экз.

Периодичность издания – 10 номеров в год.
Свидетельство о государственной регистрации
печатного средства массовой информации
КВ №23678-13518 ПР от 04.01.2019.

Фотовывод и печать

Типография «Аврора-Пресс»,
г. Киев, ул. О. Довбуша, 18, тел. +38(067) 230-83-64

© Национальная медицинская академия последипломного
образования имени П.Л. Шупика, 2020
© ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии
Национальной академии медицинских наук Украины», 2020
© Бахтиярова Д.О., 2020
© Щербинская Е.С., 2020

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ имени П.Л. ШУПИКА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ, АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ имени АКАДЕМИКА Е.М. ЛУКЬЯНОВОЙ
НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
УКРАИНЫ»

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ HEALTH OF WOMAN

Всеукраинский научно-практический журнал

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Ю. П. Вдовиченко,
член-корр. НАМН Украины,
д. м. н., профессор,
первый проректор НМАПО
имени П.Л. Шупика,
президент Ассоциации
перинатологов Украины

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Н.Ю. Педаченко,
д. м. н., профессор,
профессор кафедры
акушерства, гинекологии
и перинатологии НМАПО
имени П.Л. Шупика

ДИРЕКТОРА ПРОЕКТА

Д.О. Бахтиярова
Е.С. Щербинская,
канд. мед. наук

ДИРЕКТОР ПО РЕКЛАМЕ

И.Н. Лукавенко

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

А.А. Попильнюк

РЕКЛАМА

Е.О. Панова

ЛИТЕРАТУРНЫЙ РЕДАКТОР

Н.А. Викторова

КОРРЕКТОР

Л. В. Тищенко

ДИЗАЙН И ВЕРСТКА

С.О. Обедникова

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Т.В. Авраменко
В.А. Бенюк
О.А. Берестовой
Г. Битман (Израиль)
В.И. Бойко
Р.Г. Ботчоришвили (Франция)
Г.И. Брехман (Израиль)
И.Б. Венцковская
И.Б. Вовк
Н.И. Генык
И.З. Гладчук
Е.П. Гнатко
Н.Г. Гойда
О.В. Голяновский
О.В. Горбунова
И.И. Горпинченко
Ю.А. Дубоссарская
А.Е. Дубчак
С.И. Жук
С.О. Иванюта
А.Г. Корнацкая
И.В. Лахно
Т.В. Лещева
Л.Г. Назаренко
Л.В. Пахаренко
В.А. Потапов
Т.Г. Романенко
О.В. Ромащенко
Н.Н. Рожковская
А.Я. Сенчук
Н.Я. Скрипченко
А.И. Соловьев
А.А. Суханова
Т.Ф. Татарчук
Р.А. Ткаченко
В.А. Товстановская
Л.Е. Туманова
А.Г. Цыпкун
О.С. Шаповал
А.М. Юзько
Н.Е. Яроцкий

НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС: **74598**

HEALTH OF WOMAN 2 (148)/2020

FOUNDERS

SHUPYK NATIONAL MEDICAL ACADEMY
OF POSTGRADUATE EDUCATION (NMAPE)

STATE INSTITUTION «INSTITUTE OF PEDIATRICS
OBSTETRICS AND GINECOLOGY NAMED
ACADEMIC ELENA M. LUKYANOVA NATIONAL
ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE»

BAKHTIYAROVA D.O.

SHCHERBINSKA O.S.

*According to the order of the Ministry of Education
and Science of Ukraine 15.10.2019 № 1301 scientific
and practical journal «Health of woman» is included
in Category «B» of the List of scientific professional
publications of Ukraine*

*Journal «Health of Woman» is reviewed by the Institute
of Information Recording of NAS of Ukraine*

*Journal «Health of Woman» is included
in the abstracts database «Ukrainika naukova»,
in the international scientometric and search databases.
Articles of the journal «Health of Woman» are assigned DOI*

RECOMMENDED BY

Academic Council Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education
Protocol №3 from 11.03.2020.

Passed for printing 14.05.2020

Articles published in the journal «Health of Woman» – reviewed.
Authors are responsible for accuracy of the facts and other infor-
mation in the publication. Advertisers are responsible for the con-
tent of advertising, as well as those appearing in the advertisement
information requirements of the law. The editors and publishers
are not responsible for the accuracy of the information published
in promotional materials.

Editorial opinion may not coincide with the opinion of the authors
of the publication.

Reprinting material only with the written permission of the
publisher.

When reprinting reference to the journal «Health of Woman»
is obligatory.

EDITORIAL OFFICES ADDRESS AND TELEPHONE OF PUBLISHERS

Ukraine, 03039, Kyiv, p/b 36
Tel: +38(044) 257-27-27, +38(067) 233-75-91.
E-mail: alexandra@zdr.kiev.ua

OUR SUBSCRIPTION INDEX: 74598

To subscribe or purchase contact the post offices,
editorial office or web-site: www.med-expert.com.ua

Circulation – 5500 copies.
Periodicity – 10 issues per year.
Certificate of registration
KB №23678-13518 PIP of 04.01.2019

Imagesetter and Printing

«Aurora-Press»,
Kyiv, O.Dovbusha str, 18, tel. +38(067) 230-83-64

© Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
2020

© SI «Institute of pediatrics obstetrics and genecology named
academic Elena M. Lukyanova National academy of medical
sciences of Ukraine», 2020

© D.O.Bakhtiyarova, 2020

© O.S.Shcherbinskaya, 2020

SHUPYK NATIONAL MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION (NMAPE)

STATE INSTITUTION
«INSTITUTE OF PEDIATRICS OBSTETRICS
AND GINECOLOGY NAMED ACADEMIC
ELENA M. LUKYANOVA NATIONAL ACADEMY
OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE»

HEALTH OF WOMAN ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ Ukrainian scientific-practical journal

EDITOR-IN-CHIEF

Yu.P. Vdovychenko,
corresponding member
of NAMS of Ukraine,
Dr. med. Sciences, professor,
First Vice rector of NMAPE,
president of the Ukraine Perinatology
Association

DEPUTY OF CHIEF EDITOR

N.Yu. Pedachenko,
Dr. med. Sciences, professor,
professor of the Department
of Obstetrics, Gynaecology
and Perinatology, Shupyk National
Medical Academy of Postgraduate
Education

PROJECT DIRECTORS

D.O. Bakhtiyarova
O.S. Shcherbinska,
PhD

ADVERTISING DIRECTOR

I.M. Lukavenko

RESPONSIBLE SECRETARY

O.O. Popilniuk

ADVERTISEMENT

K.O. Panova

LITERARY EDITOR

N.O. Viktorova

CORRECTION

L.V. Tischenko

DESIGN AND IMPOSITION

S.O. Obednikova

EDITORIAL BOARD

T.V. Avramenko
V.O. Beniuk
O.O. Berestovyi
G. Bitman (Israel)
V.I. Boiko
R.G. Botchorishvili (France)
G.I. Brekhman (Israel)
I.B. Ventskivska
I.B. Vovk
N.I. Henyk
I.Z. Hladchuk
O.P. Hnatko
N.G. Goyda
O.V. Holianovskiy
O.V. Gorbunova
I.I. Gorpynchenko
Yu.O. Dubossarska
A.Ye. Dubchak
S.I. Zhuk
S.O. Ivanyuta
A.H. Kornatska
I.V. Lakhno
T.V. Leshcheva
L.G. Nazarenko
L.V. Pakharenska
V.O. Potapov
T.G. Romanenko
O.V. Romashchenko
N.M. Rozhkovska
A.Ya. Senchuk
N.Ya. Skrypchenko
O.I. Soloviev
A.A. Suhanova
T.F. Tatarchuk
R.O. Tkachenko
V.O. Tovstakovska
L.Ye. Tumanova
A.G. Tsyapkun
O.S. Shapoval
O.M. Yuzko
M.Ye. Yarotskiy

СОДЕРЖАНИЕ 2 (148)/2020

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

Запальні захворювання органів малого таза:
сучасні уявлення про етіологію, принципи
діагностики та лікування
Н.М. Гичка, О.А. Щерба, Л.Д. Ластовецька7

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ

Профилактика больших акушерских синдромов
у беременных с резистентностью к
биодоступному прогестерону
Е.Н. Носенко 15

Акушерські та перинатальні наслідки
у жінок із загрозою переривання
вагітності, які проживають у зоні
збройного конфлікту
І.Ю. Романенко 21

Modern view of intra- and post-operative
blood loss prevention during
hysteroscopic resection in patients with
submucous uterine leiomyoma
V.O. Benyuk, N.G. Korniets, V.F. Oleshko,
O.V. Zabudskyi 25

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Фітотерапія як складова клінічного рішення
при тактиці відтермінованого призначення
антибактеріального лікування дітям із
урологічною симптоматикою
на амбулаторному етапі
Т.В. Буднік 30

Оптимізація методів профілактики
накопичення внутрішньоматкової рідини
у жінок у постменопаузальний період
В.О. Бенюк, А.В. Кузьміна, Т.В. Ковалюк 38

Перигравидарний менеджмент ревматических
заболеваний
И.Ю. Головач, Е.Д. Егудина 42

АКУШЕРСТВО

Стан лактації у породіль залежно від сімейного
становища
В.В. Курочка, Н.П. Королюк, С.В. Бенюк 53

ГИНЕКОЛОГИЯ

Результати лікування хворих з поліпами
ендометрія при застосуванні диференційованого
підходу
В.О. Бенюк, В.С. Ярмач, Ю.Г. Друп, Т.В. Ковалюк 56

Особливості змін вагінальної мікробіоти
у жінок фертильного віку як можливий
механізм виникнення хронічних запальних
захворювань статевих органів та сучасні
можливості корекції
Вл.В. Подольський, В.В. Подольський 60

ПЕРИНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ

«Атипична» аденома у дітей
І.А. Косаківська 65

Результати застосування комбінованого
препарату магнію і вітаміну В6 у дітей
із поєднаним перебігом хронічного
гастроудоденіту та первинної артеріальної
гіпертензії
Ю.В. Марушко, А.С. Злобинець, Т.В. Гишак,
О.С. Комісарова 70

ЛЕКЦИИ И ОБЗОРЫ

Laparoscopic myomectomy in women
with reproductive intentions (Literature review)
І.З. Гладчук, Г.В. Шитова, Н.А. Заржицька 75

Лапароскопічна консервативна міомектомія у
пацієнток із репродуктивними намірами (Огляд
літератури)
І.З. Гладчук, Г.В. Шитова, Н.А. Заржицька 80

Уважаемые авторы!
Стоимость публикации научных статей
в журнале «Здоровье женщины» составляет
150 грн./1800 знаков.

Лапароскопична консервативна міомектомія у пацієнток із репродуктивними намірами (Огляд літератури)

І.З. Гладчук, Г.В. Шитова, Н.А. Заржицька

Одеський національний медичний університет

Міома матки – найпоширеніша доброякісна пухлина жіночої репродуктивної системи, яка пов'язана з багатьма клінічними проблемами. Лапароскопічна міомектомія – абсолютна альтернатива стандартній відкритій хірургії із зіставними віддаленими результатами. У зв'язку з широким використанням та вдосконаленням оперативних технік з лапароскопічним доступом сьогодні гостро стоїть питання можливості його застосування у жінок, які мають лейоміому матки та репродуктивні наміри.

Неоднозначним є відношення до якості накладання ендоскопічного шва на матку після енукеації вузла та спроможності шва під час наступної вагітності. На особливу увагу заслуговують як технічні аспекти ушивання розрізу на матці, так і досвід та навички хірурга при проведенні міомектомії. Розриви матки під час вагітності та пологів, за даними різних літературних джерел, пов'язані, як правило, саме з порушенням техніки ушивання дефекту маткової стінки – однорядний шов на матці порівняно з пошаровим ушиванням, що вкрай необхідно для повноцінного відновлення цілісності стінки матки після видалення лейоміоми; широке застосування електрокоагуляції, висока енергія якої може призвести до опіку міометрія з подальшим погіршенням процесів регенерації тканин. Ураховуючи необхідність індивідуального підходу до кожної пацієнтки з міомою матки та репродуктивними намірами, хірургічну техніку, доступ, вибір енергій та шовного матеріалу визначає кожний хірург залежно від розміру, локалізації міоми матки та клінічного перебігу для отримання найбільш ефективного післяопераційного результату.

Стаття присвячена огляду літератури щодо особливостей проведення лапароскопічної міомектомії у жінок репродуктивного віку. Лапароскопічну міомектомію, яку виконує досвідчений хірург, можна розглядати як безпечну процедуру з хорошими результатами наступних вагітностей.

Ключові слова: міома матки, фіброїд, міомектомія, лапароскопія, хірургічна техніка.

Laparoscopic myomectomy in women with redroductive intentions (Literature review)

I.Z. Gladchuk, G.V. Shitova, N.A. Zarzhitska

Uterine fibroids are the most common benign tumors of the female genital tract and are associated with numerous clinical problems. Laparoscopic myomectomy is an absolute alternative to standard open surgical technique with comparable long-term results. Due to the wide use and improvement of operational techniques with laparoscopic access, the pressing issue is possibility of its use in women, who have leiomyomas of the uterus and reproductive intentions.

The attitude to the quality of endoscopic suturing of the uterus after the enucleation of the knot and capability of suture during the next pregnancy is controversial. The technical aspects of suture of uterine incisions and also experience and skill of a surgeon during myomectomy deserves special attention. Uterine ruptures during the pregnancy and delivery are connected with violation of suture techniques – one-row uterine suture is compared with layering, and it's extremely important for the full recreation of uterine-wall integrity after the removal of leiomyoma; wide use of electrocoagulation, which can lead to burns of myometrium with the further worsening of tissue regeneration. Given the need for an individual approach to each patient with uterine fibroids and reproductive intentions, surgical technique, access, choice of energy and suture are determined by each surgeon depending on the size, localization of uterine fibroids and clinical course to obtain the most effective postoperative result.

The article is dedicated to peculiarities of the laparoscopic myomectomy in women of reproductive age. Laparoscopic myomectomy, when performed by an experienced surgeon, can be considered a safe technique with good results in terms of pregnancy outcome.

Key words: uterine fibroids, fibroid, myomectomy, laparoscopy, surgical technique.

Лапароскопическая консервативная миомэктомия у пациенток с репродуктивными намерениями (Обзор литературы)

И.З. Гладчук, А.В. Шитова, Н.А. Заржицкая

Миома матки – самая распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы, которая связана со многими клиническими проблемами. Лапароскопическая миомэктомия – абсолютная альтернатива стандартной открытой хирургии с сопоставимыми отдаленными результатами. В связи с широким использованием и улучшением оперативных техник с лапароскопическим доступом сегодня остро стоит вопрос возможности его применения у женщин с миомой матки и репродуктивными намерениями.

Неоднозначным является отношение к качеству наложенного эндоскопического шва на матку после энуклеации узла и состоятельности шва во время последующей беременности. Особенного внимания заслуживают как технические аспекты ушивания дефекта маточной стенки, так и опыт и навыки хирурга при проведении миомэктомии. Разрывы матки во время беременности и родов, по данным литературных источников, связаны, как правило, именно с нарушением техники ушивания дефекта маточной стенки – однорядный шов на матке по сравнению с послойным ушиванием, что необходимо для полноценного возобновления целостности стенки матки после удаления миомы; частое использование электрокоагуляции, высокая энергия которой может привести к ожогу миометрия с последующим нарушением процессов регенерации тканей. Учитывая необходимость индивидуального подхода к каждой пациентке с миомой матки и репродуктивными планами, хирургическую технику, доступ, выбор энергий и шовного материала определяет каждый хирург в зависимости от размера, локализации миомы матки и клинического течения для получения более эффективного послеоперационного результата. Статья посвящена обзору литературы относительно особенностей проведения лапароскопической миомэктомии у женщин репродуктивного возраста. Лапароскопическую миомэктомию, которую выполняет опытный хирург, можно рассматривать как безопасную процедуру с хорошими результатами последующих беременностей.

Ключевые слова: миома матки, фиброид, миомэктомия, лапароскопия, хирургическая техника.

У зв'язку з широким використанням та вдосконаленням оперативних технік з лапароскопічним доступом сьогодні гостро стоїть питання можливості його застосування у жінок, які мають лейоміому матки та репродуктивні наміри [1, 2]. Неоднозначним є відношення до якості накладання ендоскопічного шва на матку після енуклеації вузла та спроможності шва під час наступної вагітності [2, 3, 4]. На особливу увагу заслуговують як технічні аспекти ушивання розрізу на матці, так і досвід та навички хірурга при проведенні лапаротомічної і лапароскопічної міомектомії [2, 5]. Важливими є також і суттєві переваги лапароскопії, а саме – відсутній розріз передньої черевної стінки, менш виражений больовий синдром, зменшена крововтрата, коротший період реабілітації та перебування у стаціонарі. Проте лапароскопічна міомектомія потребує більшого часу для виконання операції, тренування, спеціального обладнання [3, 4, 5, 6, 7].

Лапароскопічне видалення фіброїдів великих розмірів, специфічної локалізації (нижній сегмент, перешийок) може становити серйозні інтраопераційні ризики з можливою конверсією на лапаротомію [3, 4, 8, 9, 10, 11]. Розриви матки під час вагітності та пологів, за даними різних літературних джерел, пов'язані, як правило, саме з порушенням техніки ушивання дефекту маткової стінки – однорядний шов на матці порівняно з пошировим ушиванням, що вкрай необхідно для повноцінного відновлення цілісності стінки матки після видалення лейоміоми; широке застосування електрокоагуляції, висока енергія якої може призвести до опіку міометрія з подальшим погіршенням процесів регенерації тканин [2, 3, 8, 9, 10]. Однак це не повинно стати систематичним протипоказанням до спроби вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці після міомектомії [3, 8, 12].

Опосередковані докази, засновані на даних МРТ, свідчать про повноцінне відновлення міометрія після кесарева розтину протягом 6 міс – часу між міомектомією та наступною вагітністю, необхідного для оптимальної репарації тканин [3, 13]. Усі пацієнтки, які підлягають лапароскопічній міомектомії, повинні бути проінформовані про ризики конверсійної лапаротомії у близько 8% випадків проведення оперативного втручання [3, 5, 8, 9, 10, 11].

Альтернативні методи лікування міоми матки у пацієнток з репродуктивними намірами

1. Focused Energy Delivery Systems:

- 1) термоміолізис, кріоміолізис: проведення лапароскопічної теплової коагуляції або кріодеструкції міоматозних вузлів [5, 11, 13, 14]. Слід зазначити, що за одну процедуру можна проводити лікування лише однієї міоми матки. Проте безпечність / ефективність процедури досліджена недостатньо, описані наступні ускладнення: гарячка, необхідність переливання крові, конверсійна гістеректомія [3, 5, 8, 9, 14];
- 2) MR-guided focused ultrasound – обмежене використання у жінок з міомою матки та репродуктивними намірами; необхідність наявності МРТ, тривале втручання (від хвилин до декількох годин) [3, 11, 13];
- 3) Radiofrequency myolysis – новий розвиток лапароскопічного міолізу, що включає доставку радіочастотної енергії до міоми під ультразвуковим контролем [3, 11].

2. *Лапароскопічно асистована міомектомія*: якщо дозволяє розмір матки, вона може бути виведена через міні-лапаротомічний розріз для завершення накладання шва; у деяких випадках можна додатково пропальпувати менші інтрамуральні вузли та видалити їх із забезпеченням зменшення ризику рецидиву лейоміоми та покращення акушерського результату [3, 8, 9, 15].

3. Hand-assisted laparoscopy.

4. *Robotic assisted laparoscopy* – лише в одному дослідженні зазначено, що даний метод лікування асоційований з більшою крововтратою порівняно зі стандартною лапароскопічною міомектомією [3, 5].

5. *Ультрамінілапаротомія*: ушивання матки проводиться через 25 мм троакальний розріз, куди вводиться морцелятор. Дане втручання рекомендоване для мінімально інвазивного лікування великих міом (описані випадки ефективного лікування лейоміом розміром понад 14 см) [8].

6. *Традиційна мінілапаротомія*: успішно виконується через 3–6 см розріз [3, 8, 10].

Показання до лапароскопічної міомектомії

Більшість хірургів мають власні критерії для лапароскопічної міомектомії [5].

1. Наявність 1–3 (не більше 5) інтрамуральних або субсерозних міоматозних вузлів розмірами до 10 см в діаметрі; також визначаються досвідом хірурга.
2. Наявність одного вузла більше 15 см або не більше 3 міоматозних вузлів по 5 см [9].
3. Наявність 1–3 інтрамуральних або субсерозних міоматозних вузлів діаметром менше 8 см [11].

Критерії міомектомії для безплідних пацієнток (American College of Obstetricians and Gynecologists).

Показання: міома матки у пацієнток як можливий фактор безплідності або звичного невиношування вагітності.

Підтвердження показань:

- 1) наявність міоми матки великих розмірів або специфічної локалізації є можливим фактором безплідності;
- 2) інші причини безплідності чи звичного невиношування вагітності відсутні.

Критерії міомектомії для пацієнток, які бажають зберегти матку (American College of Obstetricians and Gynecologists)

Показання: міома матки у пацієнток, які бажають зберегти матку.

Підтвердження показань:

- 1) безсимптомна міома матки таких розмірів, що її можна пропальпувати трансабдомінально, наявні скарги;
- 2) міома матки, яка є можливою причиною маткових кровотеч (профузні кровотечі зі згустками або тривалістю понад 8 днів; анемія за рахунок гострої чи хронічної крововтрати) [7].

Передопераційна підготовка до консервативної міомектомії

1. *Інструментальне дообстеження*. На особливу увагу заслуговує ретельне передопераційне дообстеження пацієнток з міомою матки із застосуванням ультразвукового дослідження, а за необхідності – МРТ [3, 7]. Це допомагає чітко визначити кількість, розмір, локалізацію міоматозних вузлів, їхнє відношення до порожнини матки та до судин [5, 16].

2. Використання медикаментів.

1) Агоністи гонадотропін-рилізінг-гормонів (аГнРГ) порівняно з плацебо та за відсутності лікування мають переваги у покращанні передопераційного рівня гемоглобіну та гематокриту, зменшенні післяопераційних ускладнень та часу перебування у стаціонарі [5, 8]. При застосуванні аГнРГ перед міомектомією спостерігалося зменшення інтраопераційної крововтрати [8]. Слід пам'ятати про побічні ефекти лікування аГнРГ у формі вираженого гіпострогенного впливу, зменшення мінеральної щільності кісткової тканини, відновлення розмірів вузла через 2–3 міс після лікування. На тлі застосування аГнРГ можливе розм'якшення міоматозного вузла (розвиток дегенеративних змін), що ускладнює

дисекцію з подовженням часу лапароскопічного втручання та підвищує ризик конверсійної лапаротомії [3, 5, 6, 8, 9, 17].

- 2) Уліпристалу ацетат – селективний модулятор рецепторів прогестерону. Даний препарат може використовуватися у якості передопераційної підготовки у жінок репродуктивного віку з міомою матки та помірними чи тяжкими клінічними проявами до 3 міс. Досконале використання та дія препарату ще вивчаються [3, 8].

3. Корекція анемії.

Не менш важливим є корекція анемії у пацієнток з міомою матки, ураховуючи можливі інтраопераційні ускладнення, такі, як кровотеча (застосування селективних модуляторів прогестеронових рецепторів, аналогів ГнРГ у передопераційній підготовці) [3, 8, 14, 16].

Знеболювання

З метою знеболювання класично використовується ендотрахеальна анестезія.

Розташування портів при лапароскопічній міомектомії

У більшості випадків традиційно використовується класичне розташування портів: перший в умбілікальній ділянці – для оптики, другий та третій у здухвинних ділянках – для різного інструментарію. Проте при нетипових чи складних випадках розташування портів може бути змінено або встановлено додатковий порт для зручності хірурга та покращення доступу до міоми матки (наприклад, по середній лінії на 2/3 відстані від пупка до лобка) [2]. Є ентузіасти, які виступають за однопортову лапароскопію, проте доказової бази щодо її переваг для лапароскопічної міомектомії немає. Для покращення експозиції використовується матковий маніпулятор [2, 5].

Первинний огляд черевної порожнини (ревізія) – візуальне обстеження зони, розташованої під першим троакаром, для виключення ятрогенних пошкоджень, потім за часовою стрілкою проводиться огляд черевної порожнини, визначаються патологічні утворення, вираженість спайкового процесу. Ревізія дозволяє вирішити принципово важливі питання для проведення консервативної міомектомії інтраопераційно: кількість, розмір, локалізація фіброміом та їхнє співвідношення між собою та судинами або розташованими поряд органами, анатомічними структурами [7, 14].

Етапи проведення консервативної міомектомії

1. Розріз тканин та вилучення міоматозного вузла.
2. Проведення ушивання утвореного дефекту стінки матки.
3. Забезпечення стійкого гемостазу.
4. Видалення міоматозного вузла з черевної порожнини [4, 6, 7, 17].

Для покращення якості оперативного лікування методом лапароскопії у пацієнток з лейоміомою матки та репродуктивними намірами використовують низку прийомів:

1. Застосування методик, що знижують крововтрату під час операції.
2. Використання певного виду енергії.
3. Застосування хірургічної техніки ушивання матки з використанням різних видів шовного матеріалу [6, 8, 18].

Способи зменшення крововтрати під час міомектомії

Міомектомія традиційно розглядається як оперативне втручання, що приводить до високого ризику інтраопераційної крововтрати. Це пов'язано з підвищеним кровопостачанням міоми матки [8]. Слід зазначити, що власне фіброїд має незначну васкуляризацію, але оточуючий міометрій містить розгалужену сітку кровоносних судин.

У цьому випадку під впливом міоми виникає механічна обструкція венозного дренажу міометрія та ендометрія із закупоренням та дилатацією венозних сплеть. Енуклеація інтрамуральних фіброїдів з псевдокапсули може призвести до ризику кровотечі з прилеглих кровоносних судин. «Мертвий простір», який утворюється внаслідок енуклеації фіброїду, – це потенційне місце для утворення гематом [17].

Для зменшення крововтрати під час міомектомії доступні такі методи:

- 1) передопераційне використання препаратів;
- 2) оклюзія кровотоку у судинах;
- 3) хімічний гемостаз;
- 4) хірургічні техніки дирекції [14, 17].

Фізична оклюзія кровотоку у судинах

1. Використання клем/турнікетів. Taylor et al. (2005) повернувся до використання турнікетів для оклюзії кожної яєчникової та маткових артерій [19]. Проте використання методу обмежено розміром фіброїду, особливо для маткових судин [17, 20]. У літературних джерелах повідомляється, що використання перицервікальних турнікетів значно зменшує крововтрату під час міомектомії та необхідність переливання крові [3, 19].

2. Лігування, кліпування маткових артерій; тимчасова оклюзія внутрішніх здухвинних артерій, яка приводить до припинення кровотоку у маткових артеріях та процесів перфузії міометрія, що забезпечують значне зменшення інтраопераційної крововтрати, та допомагає чітко визначити межі міоматозного вузла [11, 19, 20, 21]. Проте дані хірургічні маніпуляції повинні виконуватися досвідченим хірургом, оскільки завжди існує ризик травмування судин [3, 17, 20].

Лапароскопічне лігування маткових артерій має потенційні переваги порівняно з ЕМА – уникнення неселективної емболізації, менш виражений післяопераційний больовий синдром. У працях на цю тему описані випадки тимчасового паралічу обтураторного нерва. Описана також нова процедура – тимчасова оклюзія маткових судин з використанням трансвагінального доплер-керованого накладання клем без лапароскопічного доступу [20, 21].

3. Емболізація маткових судин перед міомектомією (ЕМА, зокрема селективна емболізація). Використання ЕМА перед міомектомією може бути особливо корисною у жінок з великими розмірами міом, коли очікується масивна крововтрата чи ризик кровотечі, зіставний з ризиком конверсійної гістеректомії [5, 13, 19, 22]. Низка авторів розглядають лікування міоми матки за допомогою ЕМА тільки для жінок, які не планують вагітність [11, 19]. ЕМА при консервативній міомектомії для жінок, які бажають зберегти фертильність, за різними даними, має такий вплив на репродуктивний потенціал – неселективна емболізація може призвести до яєчникової емболізації, що призводить до зниження оваріального резерву; може відбутися зменшення адекватного кровопостачання ендометрія з подальшим порушенням процесів імплантації [5, 13, 22, 23].

Показання для ЕМА – симптомні ЛМ (геморагічний, больовий синдром); перешийкова локалізація міоми матки; субмукозні міоми матки; центропетальний ріст вузла матки; безсимптомна ЛМ – розмір більше 14 тиж вагітності; за кількістю – 5 і більше вузлів з діаметром більше 3 см; рецидив ЛМ після лікування; невиношування та безплідність (при множинній міомі матки, неефективності попереднього лікування, у разі високого ризику під час проведення консервативної міомектомії); як етап передопераційної підготовки [7, 19, 22]. Протипоказаннями до ЕМА можуть бути інфекційні захворювання ОМТ, підозра на лейоміосарком; субсерозний вузол на тонкій ніжці [5, 7, 22].

Хімічні гемостатики

1. Вазопресин (гормон, який може призвести до судинного спазму та скорочення міометрія; зменшує як крововтрату, так і необхідність використання електрокоагуляції – збереження оточуючого міометрія) [3, 5]. Відомо декілька доповідей про кардіоваскулярний колапс після інтраміометральної ін'єкції, що потребує правильності його розведення та комунікації з анестезіологом [3]. В одному з досліджень розведений вазопресин (20 одиниць у 100 мл соляного розчину), уведений до розрізу матки, мав ефект, який можна зіставити з механічною судинною оклюзією – дренажем Пенроуза, турнікетом [3, 5, 8, 9].

2. Мізопастол (аналог простагландину E1) інтравагінально – Celik and Sarpaz 400 мг однократно: зменшує кровотік у маткових артеріях та підвищує скоротливу здатність міометрія, що забезпечує значне зменшення періопераційної, інтраопераційної крововтрати та рівнів переливання крові [3,8].

3. Транексамова кислота (антифібринолітична дія, інгібітор плазміногену) [3].

4. Мізопростол (аналог простагландину E1) інтравагінально – Celik and Sarpaz 400 мг однократно: зменшує кровотік у маткових артеріях та підвищує скоротливу здатність міометрія, що забезпечує значне зменшення періопераційної, інтраопераційної крововтрати та рівнів переливання крові [3,8].

5. Окситоцин внутрішньовенно: є дані, що свідчать про ефективність застосування даного препарату у зменшенні об'єму інтраопераційної крововтрати; за іншими даними – не виявлено достовірної різниці використання окситоцину при лапароскопічній міомектомії та без нього [3, 6].

Вид енергії

Порушення процесів репарації тканин після використання коагуляції негативно впливає на спроможність рубця на матці під час наступної вагітності [4, 6, 7]. Сьогодні під час консервативної міомектомії перевага надається ультразвуковому скальпелю, його дія зумовлена ефектом кавітації; формування ультразвукових коливань високої амплітуди приводить до розриву мембран без термічного пошкодження тканин та обуглювання [5, 6, 7, 14]. Також за використання ультразвукового скальпеля, на відміну від лазерної та електроенергії, на місці коагуляції не утворюється струп, який може відторгнутися та призвести до огороження судин з подальшим виникненням кровотечі; відсутня перифокальна судинна реакція; менш виражений больовий синдром у післяопераційний період; безпечність методу – електричний струм через тіло жінки не проходить [5, 6, 8].

Монополярна коагуляція не використовується при консервативній міомектомії, оскільки має пошкоджувальний вплив на краї рани. Біполярна коагуляція через технологічні особливості не дає можливості проводити лінійний розріз, який вкрай необхідний для консервативної міомектомії; забезпечує хороший точковий гемостаз [4, 6, 7, 8, 9, 10].

Хірургічні техніки дисекції

Розтин серозної оболонки матки визначається розміром, кількістю та локалізацією лейоміом та їхньою близькістю до маткових судин та маткових труб. Для зниження ризику формування спайок автори інформують про вибір одиночного, переднього, середнього вертикального розрізу для видалення якнайбільшої кількості лейоміом без розтину порожнини матки [8]. У разі глибокого розташування трансмуральних мі-

оматозних вузлів можна залишати псевдокапсулу лейоміоми, що дозволяє не розтинати порожнину матки. На цьому етапі, на думку деяких авторів, можна ввести 5 ОД окситоцину внутрішньовенно з метою скорочення матки та «народження» інших вузлів, що полегшує їхнє вилучення [8, 17].

Традиційний вертикальний розріз використовується з метою зменшення ризику подовження розрізу матки та пошкодження маткових труб, широких зв'язок, судин. Горизонтальний розріз рекомендований для запобігання секції судин, що йдуть поперечно, для мінімізації крововтрати [8]. Окрім цього, при закритті розрізу стінки матки розміщення вертикальних швів, які перпендикулярні кровоносним судинам, також сприяє гемостазу [7, 8, 17].

Дисекція: лейоміому захоплюють за допомогою гачка, використовуючи тракцію, відповідну розмірам вузла. Можна використовувати лапароскопічні кульові щипці з тракцією та контртракцією для максимально можливої атравматичної стосовно міометрія енукеації вузла. Виділення міоми проводять в основному тупим шляхом з використанням атравматичного затискача чи лапароскопічних ножиць [6, 8]. При щільному зрощенні капсули лейоміоми та міометрія необхідно проводити дисекцію тканин за допомогою ультразвукової енергії в режимі різання, що допоможе мінімально травмувати прилеглий міометрій [7, 8, 14].

Після виділення міоматозного вузла необхідно бути впевненим, що у ділянці його ложа відсутні зяючі судини, які можуть значно кровоточити та призвести до утворення гематоми. Для гемостазу необхідно застосовувати біполярну коагуляцію в режимі коагуляції або ушивання судин. Слід пам'ятати, що надмірна коагуляція може призвести до розходження післяопераційного рубця на матці під час вагітності [8].

Під час консервативної міомектомії треба намагатися видалити всі видимі вузли. Бажано не розкривати порожнину матки, але якщо це сталося, треба ушити її переривчастими екс-трамуральними швами, використовуючи 2/0 вікріл [4,6,17].

Закриття: під час виконання консервативної міомектомії особливу увагу приділяють шовному матеріалу. Фізико-хімічні властивості шовного матеріалу впливають на реакцію оточуючих тканин [10].

Варіанти шовного матеріалу при консервативній міомектомії

1. Плетені з покриттям – вікріл, вікрілапід, вікріл плюс (полігладтин).
2. Мононитки – монокріл (поліглекапрон), ПДС (полідіоксанон).
3. Самофіксуючий шовний матеріал – однонаправлена, двонаправлена нитка (полідіоксанон з насічками) [6, 10, 18].

Етапи накладання шва на матку:

1. Накладання першого стартового шва. 2. Проведення ушивання міометрія. 3. Проведення фіксації останнього фінального шва [6].

Під час ушивання дефекту міометрія застосовують окремі м'язово-м'язові ендешви з використанням методики екстракорпорального зав'язування вузлів за допомогою пушера. Проте низка хірургів обирають і техніку інтракорпорального зав'язування вузлів [14]. З цієї метою використовується синтетичний матеріал, що розсмоктується (Vicryl+ 2-0 та / або Monocryl+ 2-0). З метою профілактики утворення гематом у ділянці ложа міоматозного вузла проводять ушивання дефекту міометрія пошарово з накладанням декількох рядів швів [5, 6, 8, 9]. Адекватне закриття мертвого простору необхідне для зниження ризику утворення локальних гематом. З цієї метою можна застосовувати переривчастий вісмікоподібний шов, використовуючи вікріл 1/0 [4, 6, 8, 10, 17].

ПГА – шовний матеріал: основна особливість застосування даного шовного матеріалу полягає у необхідності утримування асистентом кожного зтягнутого стібка атравматичним лапароскопічним затискачем ближче до тканин у натягнутому стані, щоб уникнути розпускання раніше накладених швів.

Накладається стартовий шов з фіксацією чотирма різнонаправленими вузлами: подвійним прямим, одинарним зворотним та знову одинарним прямим. Це необхідно для забезпечення адекватного натягування нитки, щільного закріплення нитки у тканині матки без ризику подальшого розпускання шва. Коли нитка проводиться через міометрій, необхідно залишити достатню частину нитки. У кінці ушивання міометрія нитка підводиться до першого вколу та зв'язується з раніше залишеним вільним кінцем нитки чотирма вузлами. Перший ряд: м'язово-м'язовий – необхідно обов'язково захопити ложе вузла для уникнення формування порожнин, де може утворитися гематома, що протидіє формуванню повноцінного рубця. Другий ряд: серозно-м'язовий – постійне утримування натягу нитки для уникнення її розпускання та формування повноцінного шва, який забезпечує повноцінність загоєння дефекту стінки матки [6, 18].

Самофіксуючий шовний матеріал – вузол не накладається, а спочатку голка вколюється у ділянці одного з кутів рани матки із захопленням дна ложа; нитка протягується до петлі та голка проводиться через петлю – первинна фіксація шовного матеріалу. Подальше накладання шва виконується інтракорпорально (як при ПГА). Спочатку накладається м'язово-м'язовий ряд, а потім – серозно-м'язовий. Насічки на нитці забезпечують заякорювання її в тканину матки, що виключає можливість її розпускання. Після накладання всіх швів нитка зрізається біля основи, оскільки не має необхідності у зав'язуванні вузла [6, 18].

Евакуація міоматозного вузла з черевної порожнини

Міоматозний вузол може бути видалений з черевної порожнини декількома способами: трансвагінально (кольпотомию), трансабдоминально (через порт після розрізу міоми на декілька частин; можливо видалення міоми через післяопераційний рубець, зокрема після апендектомії, морцеляції) [4, 5, 8, 14].

Морцеляція може супроводжуватися ускладненнями, такими, як судинна травма або травма органів при використанні леза, що рухається. Особливо важливо пам'ятати, що морцеляція може призвести до дисемінації шматочків міоми матки з формуванням у подальшому лейоміоматозу чи більш небезпечного ускладнення – дисемінації випадкової лейоміосаркоми [3, 4]. Цього можна уникнути, використовуючи спеціальний контейнер, куди вміщується міоматозний вузол, з подальшою морцеляцією всередині [5, 8, 9, 10]. Описана також часткова морцеляція міоматозного вузла, який зв'язаний з матковою стінкою, при цьому вкрай важливо візуалізувати кінець морцелятора у межах міоми [8].

Інколи розміри вузла потребують проведення міні-лапаротомії або кольпотомії для його видалення з черевної порожнини. У випадку видалення множинних міоматозних вузлів кольпотомія значно зменшує тривалість оперативного втручання [3, 8].

Антиадгезивні засоби

Міомектомія – оперативне втручання, що супроводжується підвищеним ризиком утворення спайок. Фактори ризику спайкоутворення визначаються довжиною розрізу стінки матки, кількістю видалених вузлів та їхнім найбільшим розміром, розташуванням розрізу по задній стінці матки, кількістю вузлів на стінці матки, тривалістю оперативного втручання [4, 17]. Дуже важливим є дотримання хірургічної техніки під час міомектомії, а саме – обережне поводження з тканинами, ретельний гемостаз, видалення чужорідних тіл. Зменшення тривалості пневмоперитонеуму також зменшує спайкоутворення.

Особлива увага приділяється шовній техніці. Розташування розрізу у ділянці дна чи передньої стінки матки має менший ризик спайкоутворення порівняно із задньою стінкою [8, 9, 17].

Серед антиадгезивних бар'єрів при лапароскопічній міомектомії описано використання засобів на основі окисленої відновленої целюлози (Interceed). Interceed втрачає свою ефективність за наявності крові чи надлишку перитонеальної рідини. За умови неможливості забезпечення надійного гемостазу перевага надається Core-Tex (polytetrafluoroethylene barrier). Бар'єри на основі sodium hyaluronate та carboxymethylcellulose не показали настільки значущі результати щодо зменшення формування післяопераційних спайок [8]. Доказова база з практичними рекомендаціями щодо використання антиадгезивних бар'єрів відсутня [3, 8, 9, 11, 17].

Ускладнення після консервативної міомектомії

1) Ранні – інтраопераційна кровотеча, травматичні пошкодження судин та органів малого таза:

- при проникненні у черевну порожнину;
- при проведенні вишування міоматозного вузла з його ложа та ушивання дефекту стінки матки;
- під час морцеляції міоматозного вузла з дисемінацією тканини міоми [4];
- розвиток локальних гематом у місці ушивання ложа вузла при недосконалому гемостазі;
- опіки;
- порушення цілісності кишечника, сечового міхура, сечоводу – при нетиповій локалізації вузлів та порушеннях нормальної анатомії органів малого таза, у тому числі і матки [4, 8, 9, 10].

2) Пізні – больовий синдром, гнійно-септичні ускладнення, неспроможність шва на матці з формуванням ніш, розриви матки під час вагітності та пологів, невиношування вагітності [4, 5].

ВИСНОВКИ

Міомектомія – доволі поширений метод хірургічного лікування пацієнток з міомою матки, який дає можливість позбутися доброякісного утворення та дозволяє зберегти матку для реалізації репродуктивної функції. Ураховуючи необхідність індивідуального підходу до кожної пацієнтки з міомою матки та репродуктивними намірами, хірургічна техніка, доступ, вибір енергій та шовного матеріалу визначається кожним хірургом залежно від розміру, локалізації міоми матки та клінічного перебігу для отримання найбільш ефективного післяопераційного результату.

Сведения об авторах

Гладчук Игорь Зиновьевич – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета № 1, 65000, г. Одесса, пер. Валиховский, 2; тел.: (048) 723-33-24

Шитова Анна Валентиновна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета № 1, 65000, г. Одесса, пер. Валиховский, 2; тел.: (067) 484-11-64. E-mail: shytovaonmu@gmail.com

Заржицкая Наталия Анатольевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета № 1, 65000, г. Одесса, пер. Валиховский, 2; тел.: (097) 953-00-63. E-mail: zargytska@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Wright K.N. Leiomyomas in adolescents /K.N. Wright, M.R. Laufer// Fertil Steril. – 2011. – Vol. 95. – P. 2434.
2. Agdi M. Endoscopic management of uterine fibroids / M. Agdi, T. Tulandi // Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2008. – Vol. 22, № 4. – P. 707–716.
3. The Management of Uterine Leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. – 2015. – № 37 (2). – P. 157–178.
4. Zaporozhan V.N. Conservative Myomectomy / V.N. Zaporozhan, I.I. Gladchuk, N.N. Rozhkovska // Zaawansowane techniki laparoskopowe w ginekologii. – Lodz, 2005. – P. 127–129.
5. Sarah Hagood Milton MD; Chief Editor: Michel E Rivlin, MD .Gynecologic Myomectomy Treatment & Management. <http://emedicine.medscape.com/article/267677-treatment#a1133>.
6. Гаврилов М.В. Оценка эффективности применения современного шовного материала при лапароскопической миомэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. – Москва, 2016. – 25 с.
7. Акушерство та гінекологія : нац. підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації, лікарів-інтернів і лікарів-курсантів вищ. мед. навч. закл. (ф-тів) післядипл. освіти: у 4 т. Т. 4 : Оперативна гінекологія / В.М. Запорожан, Т.Ф. Татарчук, І.З. Гладчук та ін.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 696 с.
8. Frishman G.N. Myomas and myomectomy /G.N. Frishman, M.W. Jurema // Journal of Minimally Invasive Gynecology. – 2005. – № 12. – P. 443–456.
9. Mohammed Agdi MD, Togas Tulandi MD, MHC. Endoscopic management of uterine fibroids. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2008. – Vol. 22, № 4. – P. 707–716, doi:10.1016/j.bpobgyn.2008.01.011 available online at <http://www.science-direct.com>
10. Horng H.-C. Review of myomectomy / H.-C. Horng, K.-C. Wen, W.-H. Su // Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2012. – № 51. – P. 7–11.
11. Marret H. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines / H. Marret, X. Fritel, L. Ouldamer // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2012. – № 165. – P. 156–164.
12. Viswanathan M. Management of Uterine Fibroids: An Update of the Evidence / M. Viswanathan, K. Hartmann, N. McKoy // Evidence Report / Technology Assessment – 2014. – № 154.
13. Nirmala Duhan, Daya Sirohiwal Uterine myomas revisited Department of Obstetrics and Gynecology, Pt. B.D. Sharma Post Graduate Institute of Medical Sciences, Rohtak, Haryana, India European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 152 (2010) 119–125.
14. Запорожан В.М. Оперативна гінекологія : практ. посібник / В.М. Запорожан. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2006. – 448 с.
15. Prapas Y. Laparoscopy vs laparoscopically assisted myomectomy in the management of uterine myomas: a prospective study /Y. Prapas, I. Kalogiannidis, N. Prapas, [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2009. – Vol. 200. –P. 144.
16. Gupta S. Clinical presentation of fibroids /S. Gupta, J. Jose, I. Manyonda // Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2008. – Vol. 22, № 4. – P. 615–626.
17. DeSilva C. Conventional myomectomy N. Mukhopadhyaya /C. DeSilva, I.T. Manyonda // Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2008. – Vol. 22, № 4. – P. 677–705.
18. Tulandi T, Einarsson JI. The use of barbed suture for laparoscopic hysterectomy and myomectomy: a systematic review and meta-analysis. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2014; 21(2): p.210-216. [PubMed].
19. Holub Z. Laparoscopic uterine artery occlusion versus uterine fibroid embolization /Z. Holub, M. Mara, J. Eim. – 2006. – P. 44–45.
20. Kavoussi S.K. Uterine Leiomyomas /S.K. Kavoussi, L. Kumetz, M.G. Christman // Menstruation and menstrual disorders S. Sen, M.A. Lumsden Elsevier Limited. – 2011. – P. 449–471.
21. Alborzi S.A Comparison of combined laparoscopic uterine artery ligation and myomectomy versus laparoscopic myomectomy in treatment of symptomatic myoma /S. Alborzi, E. Ghannadan, S. Alborzi//Fertility and Sterility. – 2009. – Vol. 92, № 2. – P. 742–747.
22. Коцей Н.В. Лейоміома матки (клініка, патогенез, діагностика та лікування): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.01 /Н.В. Коцей. – К., 2009. – 36 с.
23. Bratby M.J. RCP, FRCR Specialist Registrar in Clinical Radiology A.-M. Belli FRCR Consultant Radiologist Reader in Interventional Radiology. Department of Radiology, St George's Hospital, Blackshaw Road, Tooting, London SW17 0QT, UK Radiological treatment of symptomatic uterine fibroids. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2008. – Vol. 22, № 4. – P. 717–734.

Статья поступила в редакцию 05.02.2020

Журнал «Здоровье женщины» индексируется и/или представлен здесь:

- «Библиометрика украинской науки»
- «Научная периодика Украины» (Национальной библиотеки Украины имени В.И. Вернадского)
- Google Scholar
- Copernicus International
- Science Index (eLIBRARY.RU)
- CrossRef (статьям журнала присваивается цифровой идентификатор объекта (DOI))
- INFOBASEINDEX
- ReaserchBib
- SIS
- Directory of Research Journals Indexing (DRJI)
- Open Academic Journals Index (OAJI)
- Bielefeld Academic Search Engine (BASE)
- International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF)
- Hinari

