

# Тактика хірургічного лікування міоми матки у жінок з порушенням репродуктивної функції

О.О. Літвак, А.А. Довгань

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

**Мета дослідження:** підвищення ефективності хірургічного лікування міоми матки (ММ) у жінок репродуктивного віку на підставі передопераційного використання спрямованої медикаментозної корекції.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-лабораторне та функціональне обстеження 130 жінок репродуктивного віку, у 100 з яких була діагностована ММ. До 1-ї групи (основної) увійшли 50 жінок з ММ, у яких додатково використовували як передопераційну підготовку препарат, що містить уліпристалу ацетат, у дозі 5 мг на добу протягом 12 тиж. До 2-ї групи (порівняння) увійшли також 50 жінок з ММ, які отримували передопераційну підготовку гестагенами. До контрольної групи включено 30 жінок аналогічного репродуктивного віку без гінекологічної патології.

**Результати.** Упровадження у клінічну практику передопераційної підготовки препарату уліпристалу ацетату з подальшим комбінованим оперативним втручанням (гістеро- та лапароскопія) в один етап з накладанням ендоскопічних швів на стінку матки під гістероскопічним контролем сприяє зниженню інтраопераційної крововтрати, зменшенню об'єму інфузійної терапії та ранньому відновленню фертильної функції пацієнток.

**Заключення.** Використання удосконаленого нами алгоритму дозволить підвищити ефективність лікування безплідності у жінок з міомою матки.

**Ключові слова:** міома матки, безплідність, хірургічне лікування.

Проблему хірургічного лікування міоми матки (ММ) висвітлено у великій кількості вітчизняних та зарубіжних публікацій, а над її розв'язанням працює багато наукових колективів. Разом із тим, на сьогодні залишається досить багато дискусійних питань, пов'язаних з наслідками перенесеного хірургічного лікування (консервативної міомектомії) у пацієнток з ММ, зокрема із субмукозним розташуванням вузла, від яких залежить прогноз відновлення їхнього репродуктивного здоров'я (РЗ), а саме: строки та об'єктивне оцінювання ступеня відновлення рецептивності та імплантаційної здатності ендометрія, анатомічної та функціональної цілісності матки як репродуктивного органа [1–4, 8].

Беззаперечним є те, що серед багатьох факторів, які визначають ефективність оперативного лікування, провідними є техніка проведення оперативного втручання та застосування сучасних хірургічних технологій.

Однак саме вдосконалення техніки ендоскопічних оперативних втручань, зокрема гістероскопічної міомектомії як «золотого стандарту» лікування субмукозних міом, на жаль, не дало суттєвого покращення ситуації щодо відновлення РЗ жінок з ММ. Ефективність цієї методики висока у разі субмукозних вузлів 0 підкласу (FIGO 2011р.), а резекція субмукозних вузлів I і II підкласу супроводжується високими хірургічними ризиками, у зв'язку з якими у низці випадків повне видалення вузла може бути здійснено лише за умови повторної гістероскопії (двоетапний підхід).

Статистичний аналіз результатів ендоскопічної міомек-

томії свідчить, що повторні оперативні втручання проводять у 55% пацієнток, а вагітність настає після операції лише у 23,5% хворих репродуктивного віку протягом перших 6 міс, у 28% – протягом 1 року, у 14,0% – протягом 3 років, а у 7% клінічних випадків – протягом більш ніж 3 років [4]. З огляду на зазначені труднощі раціональним є проведення передопераційної підготовки, спрямованої на зменшення розмірів і васкуляризації субмукозних вузлів I і II підкласу, що приводить до створення кращих умов для повного їхнього видалення за один етап [4].

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій з проблеми ММ, алгоритм тактики хірургічного лікування потребує удосконалення, а дане наукове дослідження дозволить удосконалити саме тактику хірургічного лікування ММ у жінок репродуктивного віку.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності хірургічного лікування ММ у жінок репродуктивного віку на підставі передопераційного використання спрямованої медикаментозної корекції.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне та функціональне обстеження 130 жінок репродуктивного віку, у 100 з яких була діагностована ММ.

До 1-ї групи (основної) увійшли 50 жінок з ММ, у яких додатково використовували як передопераційну підготовку препарат, що містить уліпристалу ацетат (УПА), у дозі 5 мг на добу протягом 12 тиж. До 2-ї групи (порівняння) увійшли також 50 жінок з ММ, які отримували передопераційну підготовку гестагенами. До контрольної групи включено 30 жінок аналогічного репродуктивного віку без гінекологічної патології.

Усі групи, включені у дослідження, були зіставними за віком та основними показниками – станом соматичного здоров'я, вираженістю клінічної симптоматики та перебігом екстрагенітальної патології.

**Критерії включення у дослідження:**

- письмова інформована згода пацієнтки,
- вік від 20 до 40 років,
- бажання реалізувати фертильну функцію,
- індекс маси тіла (ІМТ) 18–30 кг/м<sup>2</sup>,
- наявність міоми матки, зокрема з субмукозним розташуванням вузла,
- наявність порушення менструального циклу, зокрема маткових кровотеч,
- розмір матки <16 тиж вагітності.

**Критерії виключення із дослідження:**

- розмір матки ≥16 тиж вагітності,
- дисфункціональні кровотечі неясної етіології,
- ІМТ ≤18 або ≥30,
- наявність онкопатології будь-якої локалізації в анамнезі,
- кісти яєчників ≥4 см,
- гострі запальні процеси,
- наявність генітального ендометріозу в анамнезі чи на момент дослідження,

Класифікація субмукозних міоматозних вузлів за STEP-W

Критерії	Бали		
	0	1	2
Розмір (Size)	≤20 мм	20–50 мм	≥50 мм
Розташування вузла за третинами порожнини матки (Topography)	Нижня	Середня	Верхня
Ширина основи вузла (Extent on of thebase)	≤1/2	1/2–2/3	≥2/3
Глибина проникнення вузла в міометрій (Penetration)	Знаходиться у порожнині матки	≤50%	≥50%
Стінки матки (Wall)	Передня чи задня	Латеральна	–

Таблиця 2

Оцінювання складності гістероскопічної резекції вузла (рекомендації FIGO)

Оцінка, бали	Група складності	Ступінь складності
0–4	I	Низький
5–6	II	Високий
7–9	III	Гістерорезекція не показана

– наявність тяжкої соматичної та гормональної патології в анамнезі чи на момент дослідження,  
 – органічна патологія ЦНС,  
 – психічні розлади,  
 – злоякісні пухлини на момент дослідження чи в анамнезі,  
 – жінки, які вживають препарати з психотропною дією,  
 – пацієнтки, які відмовилися підписати інформовану згоду на участь у дослідженні або ті, хто з якоїсь причини висловили бажання вийти з програми дослідження на будь-якому з етапів.

Верифікацію діагнозу проводили згідно з клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України. Клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження пацієнток проводили амбулаторно за один чи/або три місяці (визначальним фактором була група, до якої входила пацієнтка) та тричі після проведеної міомектомії (під час виписки зі стаціонару, через 1 міс та через 9 міс після оперативного втручання).

Під час обстеження пацієнток з ММ дотримувались класифікацій PALM-COEN та STEP-W, рекомендованих Міжнародною федерацією гінекології та акушерства – FIGO (табл. 1).

Хірургічні втручання у пацієнток виконували у межах протоколів МОЗ України, на базі центру малоінвазивної хірургії Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС. Вибір тактики проведення міомектомії – у два етапи із застосуванням гістеро- та лапароскопії або за альтернативним оптимізованим алгоритмом оперативного лікування – залежав від письмової згоди пацієнтки брати участь у науковому дослідженні (табл. 2).

Усі оперативні втручання проводили із застосуванням комбінованого внутрішньовенного знеболювання та штучної вентиляції легень.

Накладання ендоскопічних швів виконували напівзигнутими голками, використовуючи інтракорпоральну техніку зав'язування вузла. Гістерорезектоскопію проводили резектоскопом (зовнішній діаметр 26-III) із використанням неелектролітичних низькомолекулярних розчинів, що нагнітали за допомогою автоматичної помпи.

Під час проведення лапароскопічної міомектомії для екстракції макропрепарату з черевної порожнини використовували морцелятор оригінальної модифікації. Усі пацієнтки груп дослідження з діагностованою анемією (Hb ≤70 г/л) отримували препарати заліза (сульфат заліза 80 мг один раз на добу).

Дослідження макроструктури матки та кровотоку у маткових артеріях проводили методом ультразвукового дослідження (УЗД) із застосуванням кольорового доплерівського картування та енергетичного доплера (ультразвуковий комп'ютерний томограф ACUSON I28-XP) із застосуванням трансвагінального датчика (7,5–8,0 МГц) у ранню фолікулярну фазу (для виключення коливань кровопостачання внутрішніх статевих органів). Повноцінність репарації у зоні рубця на матці оцінювали суб'єктивно за термінами зникнення характерних гіперехогенних артефактів, спричинених синтетичним шовним матеріалом, який у ході оперативного втручання використовували для ушивання ложа видалених вузлів.

Вивчення органного кровотоку матки проводили з визначенням доплерівських спектрограм:  
 – максимальна систолічна швидкість кровотоку (МСШК),  
 – кінцева швидкість діастолічного кровотоку (КШДК),  
 – індекс резистентності (ІР),  
 – пульсаційний індекс (ПІ),  
 – систоло-діастолічне співвідношення (СДС) [8, 9].

Тканинну перфузію міометрія вивчали за допомогою ультразвукової методики 3D-PDA (Three-dimensional power Dopple rangiography), що входить до програми VOCAL (Virtual Organ Computer-Aided Analysis). У ручному режимі ділянки міометрія вимірювали у сагітальних і фронтальних площинах. Для кожної площини робили 12–20 ехо-зрізів матки. За допомогою програми VOCAL автоматично розраховували об'єм міометрія (мл) та наступні індекси тривимірного енергетичного доплера:

- індекс васкуляризації (VI) – показник, який відображає кількість судин у тканинах і визначається як відсоток кольорових вокселів у певному об'ємі (%);
- індекс потоку (FI) – показник, котрий відповідає середньому значенню кольору (градація – від 0 до 100 одиниць) та свідчить про середню інтенсивність перфузії;
- індекс потоку васкуляризації (VFI) – показник, який дозволяє описати як васкуляризацію, так і перфузію у тканинах і визначається як середнє значення кольору всіх вокселів досліджуваного об'єму (градація – від 0 до 100 одиниць).

Для вивчення морфологічних особливостей ендометрія та міоматозної тканини вузлів у тканинах у серійних парафінових зрізах товщиною 4–5 мкм проведено імуногістохімічне дослідження рецепторів естрогену (ДАКО, EP1), прогестерону (ДАКО, PgR636), маркера проліферативної активності Ki-67 (ДАКО, SP6), інгібітору апоптозу Bcl-2 (BCL-2 alpha Ab-1 (100 / D5), а також системи візуалізації EnVision FLEX (ДАКО) з діамінобензидином (ДАБ). Продуктом імуногісто-

хімічних реакцій є дрібні коричневі гранули в ділянках локалізації антигену. Для рецепторів естрогену і прогестерону Ki-67 – це ядра клітин, для Vcl-2 – цитоплазма і ядра клітин. Результати імуногістохімічних реакцій оцінювали за допомогою напівкількісного морфометричного методу.

Окрім клініко-діагностичних та лікувальних методів застосовували медико-соціологічний підхід щодо визначення якості життя пацієнтів (адаптований опитувальник SF-36 – The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey). Під час проведення аналізу результатів дослідження використовували статистичний пакет MedCalc.15.2 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 2015) і пакет MedStat (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., 2013).

Під час проведення порівняння показників, виражених у ранговій шкалі, використовували непараметричні статистичні критерії.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Під час проведення аналізу анамнестичних даних пацієнток 1-ї та 2-ї груп встановлено, що їхній середній вік становив  $34,0 \pm 1,1$  року, середній вік настання менархе –  $13,3 \pm 1,4$  року (від 9 до 18 років). Переважно більшість пацієнток непокоїли рясні, часті та/чи тривалі менструації. Структура порушень менструального циклу співпадала з типовою для субмукозної ММ симптоматикою (малюнок).

Під час дослідження репродуктивного анамнезу встановлено, що тривалість безплідності і ММ у пацієнток 1-ї та 2-ї груп на момент операції коливалася від 1 до 8 років. При цьому 69,2% пацієнток не могли завагітніти понад 3 роки, тоді як про наявність лейоміоми матки у себе більше 3 років знали лише 34,6% жінок.

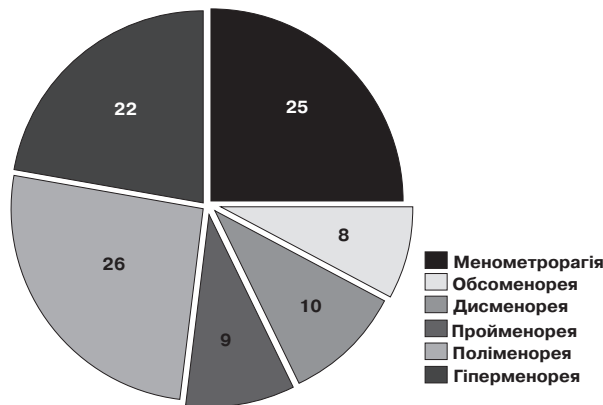
У структурі гінекологічної патології пацієнток, включених у дослідження, вторинну безплідність діагностували частіше за первинну. До моменту операції 67% жінок обох груп вже встигли реалізувати свою репродуктивну функцію. Зокрема, вагітність закінчилася пологами у 45,0%, абортom – у 41,0%, мимовільним перериванням вагітності – у 14,0%. З усіх факторів ризику (ФР) розвитку безплідності лише один чинник, а саме – ММ, був виявлений у 37% жінок, в усіх інших випадках ММ поєднувалася мінімум ще з одним ФР розвитку безплідності.

За результатами обстеження гормонального профілю пацієнток, включених у дослідження, встановлено патологічні його зсуви, що характерно для клінічної картини ановуляторних порушень менструально-оваріального циклу та гіпофізарно-оваріальної регулятивної ланки (43% пацієнток 1-ї групи та 33% – 2-ї групи).

Анамнестично доведено, що для пацієнток, включених у дослідження, консервативна міомектомія була першим оперативним втручанням на органах черевної порожнини – у 89%. У решті випадків пацієнтки мали в анамнезі:

- деструктивне лікування захворювань шийки матки (46%),
- лікувально-діагностичні вишкрібання стінок порожнини матки і каналу шийки матки (33%),
- лапаротомію з приводу патології яєчників, ектопічної вагітності, кесарів розтин і консервативну міомектомію (21%).

Загалом у пацієнток, включених до дослідження, діагностовано поодинокі міоматозні вузли у 68,8% випадків, а множинні – у 31,2%. У середньому у ході оперативного втручання було вилучено  $1,5 \pm 0,1$  вузла. У випадках множинної ММ проводили розподілення на домінуючий вузол та міоматозні вузли другого порядку. Домінуючим вважали вузол більшого діаметра, видалення якого і визначало використання того чи іншого методу міомектомії. Також, за даними серійних УЗД і МРТ, доведено значне зменшення розмірів вузлів в основній групі (у середньому в усіх підгрупах 1-ї основної



**Структура порушень менструального циклу, %**

групи на 25% порівняно з 2-ю групою), а також зменшення болю і скарг, зумовлених ММ, за умови застосування 5 мг УПА у передопераційній терапії.

Результати дослідження продемонстрували припинення менструальних кровотеч у 92,0% випадків у разі вживання 5 мг УПА у пацієнток 1-ї групи порівняно з лише 18,0% у жінок 2-ї групи, які отримували гестагени. При цьому у 76,0% пацієнток 1-ї групи (які отримували 5 мг УПА) кровотеча припинялася вже на восьмий день вживання, а у 2-ї групі такого ефекту було досягнуто лише у 6,0% жінок. Нормалізацію показників гемоглобіну протягом 13 тиж спостерігали у 86,0% пацієнток основної групи, які отримували УПА (5 мг УПА + препарат заліза), рівень гемоглобіну у цих пацієнток становив  $\geq 120$  г/л.

Середня тривалість гістероскопії становила  $26,2 \pm 2,0$  хв, а за наявності вузлів ММ класу I, діаметром 51–60 мм –  $38,1 \pm 2,6$  хв відповідно. Оперативне лікування шляхом гістероскопії ММ підкласу I–II, діаметром 61–70 мм відбувалось у два етапи, кожний етап у середньому тривав  $35,9 \pm 3,3$  хв. За наявності множинної ММ підкласу I–II, діаметром більше 70 мм оперативне втручання проводили у два етапи: перший етап – гістероскопія, другий етап – лапароскопія (через 3 міс).

Отже, час операції – лапароскопії як другого етапу хірургічного лікування збільшувався прямо пропорційно (від  $35,0 \pm 0,9$  хв до  $115,9 \pm 5,6$  хв) до діаметра міоматозного вузла від 50 мм до 180 мм (клас ММ II). Під час виконання операції в обох групах здійснювали підрахунок інтраопераційної крововтрати, вона у середньому становила  $74,0 \pm 2,3$  мл під час гістероскопії та  $434,0 \pm 2,3$  мл – під час лапароскопії.

Ранній післяопераційний період у пацієнток обох груп перебігав без ускладнень, з метою післяопераційного знеболювання використовували ненаркотичні анагетіки. Відновлення фізичної активності у післяопераційний період у пацієнток обох груп відбувалося через 6 год після операції.

Практично у 82% пацієнток 1-ї групи через 1 міс після оперативного втручання на доплерограмі відзначали конверсію нульового і реверсного діастолічного компонента швидкості кровотоку у маткових артеріях (МА), що переважали до початку лікування, на позитивний високоамплітудний діастолічний тип, характерний для судинних систем з низькою резистентністю і хорошим кровопостачанням органів.

У 1-ї групі показники кровотоку в МА через 6 міс після міомектомії характеризувалися показниками як у правій, так і у лівій МА, які практично не відрізнялися від відповідних показників групи контролю, тоді як у 2-ї групі відповідні показники нормалізувалися протягом 6 міс після операції (табл. 3).

Про відновлення повноцінного кровопостачання у зоні операційної альтерації матки у пацієнток 1-ї групи через 6 міс після оперативного лікування свідчили достовірно вищі показники перфузії на межі міометрій/ендометрій –VI, FI та

Показники швидкості кровотоку у МА у групах дослідження після міомектомії, М±m

Показник		Динаміка спостереження				Група контролю, n=30
		1-а група, n=50		2-а група, n=50		
		1 міс	6 міс	1 міс	6 міс	
Права МА	МСШК, см/с	27,4±0,99	26,6±0,88	34,6±0,95*	29,0±0,95**	25,6±0,95
	КШДК, см/с	3,66±0,22	3,75±0,22	4,73±0,19*	4,43±0,18**	3,33±0,19
	ІР	0,88±0,02	0,70±0,02	0,93±0,02*	0,75±0,02**	0,65±0,02
	ПІ	2,51±0,32	2,47±0,33	3,54±0,33*	2,56±0,33**	2,460,33
Ліва МА	МСШК, см/с	28,1±0,33	28,1±0,93	36,56±0,33*	30,1±0,93**	27,2±0,33
	КШДК, см/с	3,87±0,19	3,78±0,22	3,95±0,22*	3,33±0,28**	3,75±0,22
	ІР	0,68±0,02	0,66±0,02	0,91±0,22*	0,70±0,02**	0,65±0,02
	ПІ	2,51±0,33	2,43±0,33	3,43±0,31*	3,41±0,33**	2,41±0,33

Примітки: \* – рівень достовірності різниці між 1-ю та 2-ю групами, p<0,05;  
\*\* – достовірність різниці показника з контрольною групою (p<0,001).

Таблиця 4

Характер перфузії на межі міометрій/ендометрій, М±m

Показник	Динаміка спостереження	
	1-а група, n=50	2-а група, n=50
VI	34,6±0,95*	9,12±0,16
FI	4,73±0,19*	26,4±0,6
VFI	0,93±0,02*	5,32±0,16

Примітка: \* – рівень достовірності різниці між групами (p<0,05).

Таблиця 5

Задоволеність лікуванням (за даними анкети), %

Результат лікування	1-а група, n=50	2-а група, n=50
Відмінний	54,0	18,0
Добрий	40,0	60,0
Задовільний	6,0	22,0

VFI (p<0,05) – порівняно з відповідними показниками 2-ї групи (табл. 4).

Основними позитивними результатами наданої хірургічної допомоги є відновлення репродуктивного здоров'я та покращання якості життя гінекологічних хворих у цілому.

За даними проведеного анкетування встановлено, що оцінка задоволеності результатом лікування пацієнток з ММ, яким було проведено передопераційну підготовку УПА та застосовано оптимізований алгоритм оперативного втручання, добра та відмінна – у 94,0% респонденток, що є суттєво вище за відповідний показник групи порівняння – 78,0% (табл. 5).

Клінічні результати дослідження продемонстрували припинення менструальних кровотеч у 92,0% випадків на тлі вживання 5 мг УПА у пацієнток 1-ї групи порівняно з 18,0% – у жінок 2-ї групи, які отримували гестагени. При цьому у 76,0% пацієнток 1-ї групи кровотеча припинялася вже на восьмий день вживання препарату, а серед пацієнток 2-ї групи такий ефект досягнуто лише у 6% жінок.

Аналіз показників відновлення репродуктивного здоров'я засвідчив, що у 1-й групі пацієнток вагітність настала у 48,0% випадків, у 2-й групі пацієнток – у 44,0% випадків.

### ВИСНОВКИ

Застосування як передопераційну підготовку препарату, що містить уліпристалу ацетат (УПА), у дозі 5 мг перорально по 1 таблетці на добу протягом трьох місяців дозволяє:

- досягти швидкого контролю за кровотечею у жінок з гіперменореєю, пов'язаною з наявністю міоми матки (ММ), що сприяє підвищенню рівня гемоглобіну;

- зменшити розміри ММ перед проведенням оперативного втручання, що значно покращує умови для проведення органозберігального хірургічного лікування;

- швидше відновити репродуктивну функцію шляхом збереження відносної кількості функціонуючих судин мікроциркуляторного русла у зоні альтерації міометрія, що створює сприятливі умови для імплантації та розвитку фетоплацентарного комплексу.

Упровадження у клінічну практику комбінованого оперативного втручання (гістеро- та лапароскопії) в один етап з накладанням ендоскопічних швів на стінку матки під гістероскопічним контролем у ситуаціях, які потребують об'єктивного оцінювання спроможності стінки матки у ділянці видаленого вузла, сприяє:

- зниженню інтраопераційної крововтрати;
- зменшенню об'єму інфузійної терапії;
- ранньому відновленню фертильної функції пацієнток шляхом максимального збереження анатомічної структури матки як органа, що забезпечує розвиток плода;
- ранньому відновленню рухової активності хворих (у першу добу після операції) та зменшенню тривалості перебування хворих у стаціонарі після оперативного лікування (у середньому 3 доби).

**Перспективи подальшого дослідження.** Необхідно продовжити вивчення особливостей перебігу вагітностей та пологів у пацієнток після застосування у їхньому лікуванні удосконаленого способу передопераційної підготовки та удосконаленого алгоритму оперативного втручання.

**Тактика хирургического лечения миомы матки у женщин с нарушением репродуктивной функции****Е.О. Литвак, А.А. Довгань**

**Цель исследования:** повышение эффективности хирургического лечения миомы матки (ММ) у женщин репродуктивного возраста на основе предоперационного использования направленной медикаментозной коррекции.

**Материалы и методы.** Проведено клинико-лабораторное и функциональное обследование 130 женщин репродуктивного возраста, у 100 из которых была диагностирована ММ. В 1-ю группу (основную) вошли 50 женщин с ММ, у которых дополнительно использовали в качестве предоперационной подготовки препарат, содержащий улипристала ацетат, в дозе 5 мг в сутки в течение 12 нед. Во 2-ю группу (сравнения) вошли 50 женщин с ММ, получавшие предоперационную подготовку гестагенами. В контрольную группу включено 30 женщин аналогичного репродуктивного возраста без гинекологической патологии.

**Результаты.** Внедрение в клиническую практику предоперационной подготовки препаратом улипристала ацетата с последующим комбинированным оперативным вмешательством (гистеролапароскопия) в один этап с наложением эндоскопических швов на стенку матки способствует снижению интраоперационной кровопотери, уменьшению объема инфузионной терапии и раннему восстановлению фертильной функции пациенток

**Заключение.** Использование усовершенствованного нами алгоритма позволит повысить эффективность лечения бесплодия у женщин с миомой матки.

**Ключевые слова:** миома матки, бесплодие, хирургическое лечение.

**Tactics of surgical treatment of hysteromyoma at women with disturbance of genesial function****E.O. Litvak, A.A. Dovgan**

**The objective:** to increase efficiency of surgical treatment of hysteromyoma at women of genesial age on the basis of preoperative use medicamental correction.

**Materials and methods.** Clinical-laboratory and functional examination of 130 women of genesial age was conducted, at 100 from which there was diagnostic hysteromyoma. 1 (main) group was made by 50 women with a hysteromyoma at whom in addition used as preoperative preparation a preparation which contains ulipristalacetat in a dosage of 5 mg per day within 12 weeks. 2 (comparisons) group made also 50 women with a hysteromyoma who received preoperative preparation gestagens. The control group was made by 30 women of similar genesial age without gynecologic pathology.

**Results.** Introduction in clinical practice of preoperative preparation by preparation ulipristalacetat with the subsequent combined operative measure (hystero-laparoscopy) in one stage with applying of endoscopic seams on a wall of a uterus promotes depression of an intraoperative hemorrhage; to decrease to the volume of infusional therapy and early restoration of fertility function of patients.

**Conclusion.** Use of the algorithm improved by us will allow to increase efficiency of treatment of sterility at women with hysteromyoma.

**Key words:** hysteromyoma, sterility, surgical treatment.

**Сведения об авторах**

**Литвак Елена Олеговна** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

**Довгань Анатолий Андреевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Окоро Бонавентуре, 2016. Современные подходы к выбору лечебной тактики ведения больных с миомой матки // *Міжнародний медичний журнал* : 22 : 2 : 43-46.
2. Татарчук Т.Ф., 2016. Миома матки: лікування з метою довгострокового контролю // *Жіночий лікар* : 1 : 3-7.
3. Татарчук Т.Ф., 2016. Органосохраняющее лечение симптомной лейомиомы матки у пациенток репродуктивного возраста // *Репродуктивна ендокринологія*: 2(28) : 94-99.
4. Татарчук Т.Ф., 2014. Новая эра в лечении миомы матки у женщин различных возрастных групп // *Репродуктивна ендокринологія*: 6 (20) : 9-19.
5. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. «Про затвердження

клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

6. Наказ МОЗ України № 905 від 27.12.2006 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
7. Бурлев В.А., 2017. Локальный и системный ангиогенез у больных с миомой матки // *Проблемы репродукции* : 13 : 1 : 26-33.
8. Давыдов А.И., 2016. Возможнос-

ти 3D трансвагинальной эхографии в диагностике доброкачественных заболеваний матки и придатков // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии* : 1 : 47-52.

9. Каменецкий Б., 2011. Допплерометрия кровотока в сосудах матки как прогностический фактор при лечении бесплодия методами вспомогательной репродукции // *Проблемы репродукции* : 4 : 4-17.

*Статья поступила в редакцию 02.09.2018*