



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16798 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/42

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

1

2

(21) u200602931

(22) 20.03.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Чайка Володимир Кирилович, Желєзна Ганна Олександрівна, Чайка Кирило Володимирович, Трегубенко Анна Олександрівна, Дорошенко Сергій Анатолійович, Бобрик Наталія Миколаївна, Корнієнко Світлана Михайлівна

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.ГОРЬКОГО

(57) 1. Спосіб консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку, що включає розріз для входження в черевну порожнину, оцінювання стану матки та локалізації міоматозних вузлів, виконання розрізу над вузлом, вилучення вузла, ушивання ложа видаленого міоматозного вузла, повторення цих дій на інших вузлах, контрапертурного дрену-

вання та пошарового ушивання черевної порожнини, виконання косметичного шва на шкірі, накладання асептичної пов'язки на шов, який **відрізняється** тим, що після входження в черевну порожнину, оцінювання стану матки та локалізації міоматозних вузлів виконують ін'єкції 0,1 мл адреналіну, розведеного в 20 мл фізіологічного розчину, в м'яз матки та міоматозні вузли, а після ушивання ложа видаленого міоматозного вузла на шов накладають адсорбувальну колагенову пластину "Тахокомб", яку притискають марлевим тампоном впродовж 30-60 секунд.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при видаленні міоматозного вузла діаметром менше 20-30 мм адсорбувальну колагенову пластину "Тахокомб" накладають на ложе видаленого міоматозного вузла без його ушивання.

Корисна модель належить до медицини, точніше до гінекології, і може бути використана для консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку.

Міома матки найчастіше зустрічається серед пухлин жіночого генітального тракту. Частота її, за різними даними, коливається від 24 до 50% [Е.М. Вихляева. Руководство по эндокринной гинекологии. -М: МИА, 2000. - С.427]. На актуальність клінічної проблеми вказує той факт, що в наш час з приводу міоми матки виконують до 50-70% оперативних втручань в гінекологічних стаціонарах. Міома матки належить до групи мезенхиматозних пухлин і є продуктом вогнищевої проліферації, що виникає в тому чи іншому відділі камбіального з'єднувальнотканинного каркасу матки. Найбільш вірогідним джерелом міоми матки є периадвентиціальна тканина, що містить найменш диференційовані клітини з виразною потенцією до диференціювання в фібро- та міобласти, перицити.

У 45-84% хворих з міомою матки відзначають первинне або вторинне безпліддя [Hassan H.M., Rotman C. Laparoscopic myomectomy //Obstetrics and Gynecology. - 1992. - Vol.80, №5. - P.884-8]. Патогенез безпліддя при міомі матки недостатньо в'ясно, однак не викликає сумніву прямий зв'язок між цими захворюваннями: консервативна міомектомія вірогідно підвищує фертильність. Мінімальність оперативної травми матки при консервативній міомектомії за рахунок виконання невеликих розрізів без ушкодження здорових тканин позитивно впливає на ступінь відновлення матки в післяопераційному періоді та подальшу готовність до вагітності. Після консервативної міомектомії у безплідних жінок фертильність настає в 60% випадків, а у віці до 35 років цей показник сягає 75% [Li T.C., Mortimer R. /Hum. Reprod. - 1999. - Vol. 14, №7. - P.1735-40].

При міомі матки у багатьох хворих функція яєчників не порушується, тому настання вагітності дуже вірогідне. В залежності від ступеня

(13) U

(11) 16798

(19) UA

патологічних змін в матці, кількості та локалізації міоматозних вузлів, місця імплантації, відношення плаценти до міоматозних вузлів і багатьох інших факторів така вагітність може перерватися самочинно в ранніх, середніх чи пізніх строках або може бути доношеною [Кирюшенков А. Миома матки //Врач. - 1996. - №5. - С.2-5]. Миома матки, особливо субмукозна, підвищує ризик розвитку післяпологових кровотеч. Його вірогідність значно підвищується (до 11-17%), якщо плацента стикається з міоматозним вузлом чи покриває його. При цьому інтенсивність кровотечі може бути настільки великою, що зупинити її може тільки гістеректомія (видалення матки). Після реконструктивних операцій на матці у жінок зі збереженою функцією яєчників шанси завагітніти, виносити плід та народити дитину без кровотеч значно зростають.

В останній час у виконанні міомектомії відзначається тенденція раннього оперативного лікування з дотриманням принципу мінімальної хірургічної травми з можливим використанням консервативного лікування (консервативна міомектомія). Консервативна міомектомія особливо важлива для жінок репродуктивного віку, які мають на меті після операції завагітніти та народити дитину.

Відомий спосіб консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку шляхом гістероскопії, яка ефективна в разі підслизової локалізації міоматозних вузлів [Е.М. Вихляева. Проблема фертильності в свете современной концепции о миоме матки /Пробл. беременности. - 2003. - №6. - С.3-7].

Недоліком відомого способу є обмеженість його застосування випадками міоми з підслизовою локалізацією вузлів, які деформують поверхню порожнини матки, та небезпекою перфорації матки.

Відомий спосіб консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку шляхом лапароскопії, яка спричиняє мінімальну травматичну дію, а також значно зменшує вірогідність розвитку злуккового процесу в подальшому [П.А. Базанов, Н.И. Волков. Миома матки и нарушения репродуктивной функции /Пробл. репродукции.- 2002. - №4. - С. 17].

Недоліком відомого способу є обмеженість його застосування випадками міоми з поодинокими поверхневими і невеликими вузлами. А в хірургічній гінекології необхідно враховувати вірогідність наявності багатовисхідної міоми з вузлами невеликих розмірів (до 20мм в діаметрі), особливо інтерстиціальних чи субмукозно-інтерстиціальних, які не деформують зовнішніх контурів матки. В таких випадках лапароскопічний метод не гарантує виявлення міоматозних вузлів інтраопераційно. Це обумовлено тим, що двомірна візуалізація лапароскопічного методу утруднює визначення структури матки.

Відомий обраний за прототип спосіб консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку [Ч.Е. Обианика. Репродуктивная функция до и после консервативно-практических операций на матке у больных с фибромиомой и врожденными пороками развития матки //Вісн. Асоц. акуш.-гінекологів України. - 2000. - Т.6, №1. - С.56-60],

який здійснюють шляхом попередньої лапаротомії, виконуючи розріз для входження в черевну порожнину, оцінювання стану матки та локалізації міоматозних вузлів, виконання розрізу над вузлом, вилучення вузла, ушивання ложа видаленого міоматозного вузла, повторення цих дій на інших вузлах, контрапертурного дренивання та пошарового ушивання черевної порожнини, виконання косметичного шва на шкірі, накладання асептичної пов'язки на шов. Відомий спосіб міомектомії шляхом лапаротомії є більш універсальним, ніж відомі аналоги, оскільки придатний для міоматозних вузлів будь-яких розмірів чи локалізації.

Недоліком відомого способу-прототипу є високий ризик значної інтраопераційної крововтрати та постопераційної кровотечі.

Причиною недоліків відомого способу-прототипу є підвищена небезпека виникнення кровотеч з кровонесних судин міоматозної матки, обумовлених патологічним процесом розростання вузлів, що призводять до порушення кровообігу в матці, підсилення її збудженості та скорочувальної властивості.

В основу корисної моделі поставлено задачу в способі консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку шляхом застосування інтраопераційних ін'єкцій адреналіну та накладання на післяопераційний шов колагенової адсорбувальної пластини забезпечити зниження ризику інтраопераційної крововтрати та зменшення випадків постопераційних кровотеч. При цьому інтраопераційна крововтрата зменшується порівняно з відомим способом-прототипом в середньому на 44,6%, кількість випадків післяопераційної кровотечі зменшується в 2,5 разу, інтраопераційної гемотрансфузії - в 2,16 разу. Окрім того, тривалість операції скорочується в 1,59 разу, післяопераційне перебування в стаціонарі - в 1,2 разу.

Поставлена задача вирішується тим, що створено спосіб консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку шляхом розрізу для входження в черевну порожнину, оцінювання стану матки та локалізації міоматозних вузлів, виконання розрізу над вузлом, вилучення вузла, ушивання ложа видаленого міоматозного вузла, повторення цих дій на інших вузлах, контрапертурного дренивання та пошарового ушивання черевної порожнини, виконання косметичного шва на шкірі, накладання асептичної пов'язки на шов.

Новим у заявленому способі є те, що після входження в черевну порожнину, оцінювання стану матки та локалізації міоматозних вузлів виконують ін'єкції 0,1мл адреналіну, розведеного в 20мл фізіологічного розчину, в м'яз матки та міоматозні вузли, а після ушивання ложа видаленого міоматозного вузла на шов накладають адсорбувальну колагенову пластину „Тахокомб”, яку притискають марлевим тампоном впродовж 30-60 секунд.

Ще однією відмінністю заявленого способу є те, що при видаленні міоматозного вузла діаметром менше 20-30мм адсорбувальну колагенову пластину „Тахокомб” накладають на ложе видаленого міоматозного вузла без його ушивання.

Між сукупністю суттєвих ознак корисної моделі

й технічним результатом, якого можна досягти при її реалізації, існує причинно-наслідковий зв'язок.

Адекватне видалення міоматозних вузлів є дуже важливим для жінок репродуктивного віку, особливо з нереалізованою репродуктивною функцією. Цим вимогам найбільше відповідає консервативна міомектомія з попередньою лапаротомією. Але і така операція може супроводжуватись кровотечею, оскільки розвиток міоми матки у 80% випадків характеризується множинним розростанням зон дрібних судин, в основному артерій. При цьому відзначають зміну нормального розвитку архітектури капілярної мережі міометрія з формуванням венозних синусів, депонуючих великий обсяг крові. Подібні порушення кровообігу в матці призводять до підсилення її збудженості та скорочувальної властивості. Тому міома матки, особливо субмукозна, є провокатором виникнення інтра- та постопераційних кровотеч. Такий недолік є характерним для способу-прототипу.

Згідно ж зі способом консервативної міомектомії, що заявляється, для зниження інтраопераційних крововтрат, полегшення роботи хірурга та досягнення гемостазу після входження в черевну порожнину, оцінювання стану матки та локалізації міоматозних вузлів виконують ін'єкції 0,1мл адреналіну, розведеного в 20мл фізіологічного розчину, в м'яз матки та міоматозні вузли. Введення адреналіну в запропонованій дозі викликає різкий спазм кровоносних судин в тілі матки та вузлах, що призводить до їх обзекровлення. Тому ризик інтраопераційної кровотечі на таким чином підготовленій матці зводиться до мінімуму. Дозування препарату суттєво впливає на ефективність заявленого способу лікування. Дослідним шляхом встановлено, що оптимальною є саме заявлена ін'єкційна доза адреналіну. При зменшенні дози ефективність інтраопераційної гемостатичної терапії недостатня. Більші дози, ніж заявлено, небезпечні для пацієнтки.

Зниження постопераційних крововтрат досягають за рахунок укріплення швів на матці. Для цього після ушивання ложа видаленого міоматозного вузла на шов накладають адсорбувальну колагенову пластину «Тахокомб», яку притискають марлевым тампоном впродовж 30-60 секунд. В разі видалення міоматозного вузла діаметром менше 20-30мм адсорбувальну колагенову пластину «Тахокомб» накладають на ложе видаленого міоматозного вузла без його ушивання. Це не тільки зменшує крововтрату, а і скорочує термін оперативного втручання.

«Тахокомб» застосовують для досягнення гемостазу та «склеювання» тканин при хірургічних втручаннях. «Тахокомб» - це адсорбуюча колагенова пластина, вкрита шаром компонентів фібринового клею (висококонцентрованого фібриногену та тромбіну), які сприяють швидкому згортанню крові. При контакті з кровоточивою ранною фактори згортання, що містяться в покривному шарі пластини, вивільняються. При цьому тромбін перетворює фібриноген в фібрин, який сприяє згортанню крові. В організмі жінки пластини

«Тахокомб» піддаються ферментативному розщепленню впродовж 3-6 тижнів. Застосування «Тахокомбу» при хірургічному втручанні на матці забезпечує:

- швидкий та надійний гемостаз;
- ефективне склеювання тканин;
- просте та безпечне використання;
- захист тканин та збереження органу при операції;
- значне зменшення крововтрати та об'ємів кровозамінних препаратів у пацієнток;
- скорочення терміну оперативного втручання;
- мінімалізацію ризику післяопераційної кровотечі;
- відсутність післяопераційних рубців;
- повноцінну репарацію тканин.

«Тахокомб» є готовим до негайного застосування продуктом. Пластина легко обрізується ножицями до необхідного розміру. Її можна застосовувати в змоченому стані для щільного прилягання до нерівних поверхонь. Вона не пропускає повітря та воду до біологічних тканин, закриває та герметизує раневу поверхню, надійно адсорбується на ній, не змивається кров'ю та фізіологічним розчином.

Ефективність способу консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку, що заявляється, підтверджена клінічними дослідженнями. На обстеженні у гінекологічному відділенні перебувала 81 жінка репродуктивного віку з міомою матки. Вік пацієнток складав від 20 до 41 року (в середньому $30,85 \pm 0,36$ року). Всі хворі обстежені у відділенні в плановому порядку до та після операції. Вивчали анамнез хвороби та життя, проводили об'єктивне гінекологічне і загальносоматичне обстеження, лабораторні, ультразвукові, рентгенологічні (гістеросальпінгографія, біконтрастна гінекографія, рентгенопельвіографія) дослідження органів малого таза, а за показаннями - ендоскопічні методи (гістероскопія, лапароскопія). Обстежених пацієнток розділили на 2 групи: основну (30 пацієнток) та порівняння (51 пацієнтка). Групу основну (I) лікували за способом, що заявляється, а групу порівняння (II) - за відомим способом-прототипом. Всі хворі мали порівнювану тривалість захворювання. При ушпиталенні до гінекологічного відділення всі хворі скаржились на безпліддя, порушення менструального циклу. У всіх пацієнток через наявність міоматозних вузлів матка відповідала розмірам від 11 до 20 тижнів вагітності. На невиношування скаржились 10 пацієнток I групи та 14 - II, на біль в низу живота - 13 та 19 пацієнток відповідно. Екстрагенітальної патології не діагностовано. Операції на органах черевної порожнини перенесли 16 пацієнток I групи та 24 - II. Хронічні запальні хвороби внутрішніх статевих органів діагностовано у 18 та 26 пацієнток відповідно.

Порівняння ефективності способу консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку, що заявляється, та відомого способу (n - число пацієнтів).

Таблиця

№ п/п	Показник	Заявлений спосіб, група I (n=30)	Спосіб-прототип, група II (n=51)
1	Тривалість операції, хв.	49±10	78±12
2	Обсяг інтраопераційної крововтрати, мл	205±25	370±23
3	Кількість випадків інтраопераційної гемотрансфузії	3 (10%)	11(21,6%)
4	Кількість випадків постопераційних кровотеч (фіксація за дренажами)	2 (6,7%)	5 (9,8%)
5	Тривалість післяопераційного перебування в стаціонарі, дні	4,7±0,1	5,6±0,2

Всім хворим після обстеження в плановому порядку провели консервативну міомектомію з попередньою лапаротомією. Результати операцій в I та II групах занесено до таблиці. Наведені в таблиці дані підтверджують більшу ефективність зниження інтраопераційної крововтрати та зменшення випадків постопераційних кровотеч. Інтраопераційна крововтрата зменшується порівняно з відомим способом-прототипом в середньому на 44,6%, кількість випадків післяопераційної кровотечі зменшується в 1,5 рази, інтраопераційної гемотрансфузії - в 2,16 рази. Окрім того, тривалість операції скорочується в 1,59 рази, післяопераційного перебування в стаціонарі - в 1,2 рази.

Спосіб консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку, що заявляється, реалізують таким чином.

Пацієнтку з діагностованими міоматозними вузлами за традиційним методом готують до лапаротомії. Після подвійної обробки антисептиком (бетадином) операційного поля черевну порожнину розрізують доступом за Пфанненштилем (або нижньосерединно, якщо вже були лапаротомії за вказаним доступом). Впродовж операції користуються сучасними хірургічними інструментами [Семёнов Г.М. Современные хирургические инструменты. -С-Пб: «Питер», 2005. - 352с.]. Після входження в черевну порожнину проводять ревізію органів малого таза: оцінюють розміри матки, локалізацію міоматозних вузлів, їхню кількість, стан фаллопієвих труб, яєчників. Після цього виконують ін'єкції 0,1мл адреналіну, розведеного в 20мл фізіологічного розчину. Виконують 4-5 ін'єкцій в м'яз матки та міоматозні вузли з одного шприца приблизно по 4-5мл розчину на одну ін'єкцію. Над вузлом виконують розріз і частково гострим, частково тупим шляхом здійснюють вилучення міоматозного вузла. Ложе видаленого вузла ушивають викриловими або дексоновими швами. На шов накладають адсорбувальну колагенову пластину «Тахокомб» [zareestrovana в Україні 04.04.2000, свідоцтво №Р.04.00/01617, виробник Нікомед Австрія ГмбХ, Австрія], яку притискають марлевым тампоном впродовж 30-60 секунд, доки не почнеться просотування пластини в м'яз матки. При видаленні міоматозного вузла діаметром менше 20-30мм адсорбувальну колагенову пластину «Тахокомб» накладають на ложе видаленого міоматозного вузла без його ушивання. Такі ж самі дії повторюють на інших вузлах. Якщо при видаленні вузла (інтрамурального, суб-

мукозного) відбулось проникнення в прошнину матки, то застосовують традиційні заходи: зондування шийки матки, вишкрібання порожнини матки, встановлення в порожнину матки дренажа-протектора. Після видалення вузлів перевіряють проходження фаллопієвих труб, виконують контроль гемостазу, контраптертурне дренивання черевної прошнини. Після підрахунку серветок та інструментів черевну прошнину поширив ушивають. На шкірі виконують косметичний шов, на нього накладають асептичну пов'язку.

Наводимо конкретні приклади реалізації способу, що заявляється. Приклад 1. Хвора Н., 34 років, поступила до гінекологічного відділення для оперативного лікування з діагнозом: симптомна міома матки, хронічний двосторонній аднексит в стадії ремісії. В анамнезі хворої Н. зафіксовано 4 вагітності, 2 медичних аборти, 2 пологів у віці 18 та 23 років. Впродовж останніх 9 років діагностували вторинне безпліддя. У жінки повторне заміжжя. Безпліддя у чоловіка виключають. З приводу міоми матки 6 років перебувала під наглядом гінеколога за місцем проживання. В останні 6 місяців відзначали зростання міоматозних вузлів на тлі гормональної терапії.

В клініці хворій Н. провели ультразвукове дослідження статевих органів:

матка збільшена до 106-90-114мм, (в нормі приблизно 42-38-40мм), товщина ендометрія - 6мм (в нормі 1-2мм), міометрій однорідний. По передній та лівій боковій стінках матки 1-ий міоматозний вузол має розмір 46-39мм і дещо деформує порожнину матки. По задній стінці матки 2-ий міоматозний вузол має розмір 58-42мм, по передній стінці біля дна матки - 2 суб-серозні вузли: 3-ій до 30-40мм, 4-ий до 20мм в діаметрі. Розміри яєчників в межах норми. В клініці хворій Н. провели консервативну міомектомію за способом, що заявляється. Пацієнтку приготували до лапаротомії за традиційним методом. Після подвійної обробки антисептиком (бетадином) операційного поля черевну порожнину розрізали доступом за Пфанненштилем. Впродовж операції використовували сучасні хірургічні інструменти. Після входження в черевну порожнину провели ревізію органів малого таза: оцінили розміри матки, локалізацію міоматозних вузлів, їхню кількість, стан фаллопієвих труб, яєчників. Виявили 4 міоматозних вузла. Після цього виконали 5 ін'єкцій 0,1мл адреналіну, розведеного в 20мл фізіологічного розчину, в м'яз матки та міоматозні вузли з одного шприца приблизно по 4мл розчину

на одну ін'єкцію. Над першим міоматозним вузлом виконали розріз і частково гострим, частково тупим шляхом вилушили його. Ложе видаленого вузла ушили викриловими швами. На шов наклали адсорбуючу колагенову пластину «Тахокомб», яку притискали марлевим тампоном впродовж 60 секунд, доки не почалося просотування пластини в м'яз матки. Такі ж самі дії повторили на інших 2-х вузлах. При видаленні останнього 4-го субсерозного вузла діаметром до 20мм адсорбуючу колагенову пластину «Тахокомб» наклали на ложе видаленого вузла без його ушивання. Після видалення вузлів перевірили проходження фаллопієвих труб, виконали контроль гемостазу, контрапертурне дренування черевної порожнини. Після підрахунку серветок та інструментів черевну порожнину пошарово ушили. На шкірі виконали косметичний шов, на нього наклали асептичну пов'язку. Крововтрата впродовж операції склала 500мл. Після операції хворій Н. виконали трансфузію 270мл свіжозамороженої однострунної плазми. Післяопераційний період перебігав нормально. Хвора Н. за рекомендаціями гінеколога одержувала консервативне лікування з приводу безпліддя (дуфастон). Через рік у хворій Н. настала вагітність.

Приклад 2. Хвора А., 28 років, поступила до гінекологічного відділення для оперативного лікування з діагнозом: симптомна міома матки, хронічний двосторонній аднексит в стадії ремісії, первинне безпліддя. Безпліддя у чоловіка виключають. В анамнезі - поліпоз ендометрія, з приводу якого виконано вишкрібання порожнини матки та проведено лікування дуфастоном. Місячне з 14 років, нерегулярне, рясне, по 4-10 днів через 21-35 днів, бували затримки місячного на 1-2 місяці. З приводу міоми матки перебувала впродовж 3,5 років під наглядом гінеколога за місцем проживання. В клініці хворій А. провели ультразвукове дослідження статевих органів: матка збільшена до

118·112·105мм, (в нормі приблизно 42·38·40мм) за рахунок міоматозного вузла по передній стінці розміром 98·87мм. Яєчники в межах норми.

В клініці хворій А. провели консервативну міомектомію за способом, що заявляється. Пацієнтку за традиційним методом приготували до лапаротомії. Після подвійної обробки антисептиком (бетадином) операційного поля черевну порожнину розрізали доступом за Пфанненштилем. Впродовж операції використовували сучасні хірургічні інструменти. Після входження в черевну порожнину провели ревізію органів малого таза: оцінили розміри матки, локалізацію міоматозних вузлів, їхню кількість, стан фаллопієвих труб, яєчників. Виявили 1 міоматозний вузол. Виконали 4 ін'єкції 0,1мл адреналіну, розведеного в 20мл фізіологічного розчину, в м'яз матки та міоматозний вузол з одного шрица приблизно по 5мл розчину на одну ін'єкцію. Над міоматозним вузлом виконали розріз і частково гострим, частково тупим шляхом вилушили його. Ложе видаленого вузла ушили дексоновими швами. На шов наклали адсорбуючу колагенову пластину «Тахокомб», яку притискали марлевим тампоном впродовж 30 секунд, доки не почалося просотування пластини в м'яз матки. Після видалення вузла перевірили проходження фаллопієвих труб, виконали контроль гемостазу, контрапертурне дренування черевної порожнини. Після підрахунку серветок та інструментів черевну порожнину пошарово ушили. На шкірі виконали косметичний шов, на нього наклали асептичну пов'язку. Крововтрата впродовж операції склала 270мл. Післяопераційний період перебігав нормально. Хвора за рекомендаціями гінеколога одержувала консервативне лікування з приводу безпліддя (дуфастон). Через півроку у хворій Н. настала вагітність. Вагітність пролонгується.