



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64030** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/42 (2006.01)ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

1

2

(21) u201104386

(22) 11.04.2011

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) ЧАЙКА КИРИЛО ВОЛОДИМИРОВИЧ, ДЬОМІ-
НА ТЕТЯНА МИКОЛАЇВНА, ЧАЙКА ВОЛОДИМИР
КИРИЛОВИЧ, ЖИХАРСЬКИЙ РОМАН ВОЛОДИ-
МИРОВИЧ, ЖЕЛІЗНА ГАННА ОЛЕКСАНДРІВНА
(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО(57) Спосіб консервативної міомектомії у жінок
репродуктивного віку шляхом розрізу для вхо-
дження в черевну порожнину, оцінювання стану
матки та локалізації міоматозних вузлів, виконання
ін'єкції розчину адреналіну в м'яз матки та міомато-
зні вузли, виконання розрізу над вузлом, вилу-
щення вузла, ушивання ложа видаленого міомато-

зного вузла, накладання на шов або ложе видале-
ного вузла адсорбуючого колагенового засобу,
повторення цих дій на інших вузлах, контраперту-
рного дренажування та пошарового ушивання черев-
ної порожнини, виконання косметичного шва на
шкірі, накладання асептичної пов'язки на шов, який
відрізняється тим, що як адсорбуючий колагено-
вий засіб застосовують колагеновий виріб КОЛ-
ЛОСТ, вибраний з ряду: мембрана, джгут, 15%-й
гель, причому при видаленні субсерозного вузла
великих розмірів, якщо ложе більше 5 см, то в ньо-
го вкладають мембрану, при видаленні інтрамурал-
ьного або субмукозного вузла та накладанні шва
довжиною більше 3 см в порожнини шва вводять
джгут або 15%-й гель в об'ємі 1,5 мл

Корисна модель належить до медицини, влас-
не до гінекології, і може бути використана для кон-
сервативної міомектомії у жінок репродуктивного
віку.

На міому матки страждають 25-30% жінок піс-
ля 35 років, а в останні роки захворювання все
частіше виявляють і в молодшому віці. У 45-84%
хворих з міомою матки діагностують первинне або
вторинне безпліддя [Hassan H.M., Rotman C. Lapa-
roscopic myomectomy // Obstetrics and Gynecology.-
1992.-V.80, №5.-P.884-8]. Ще недавно близько 50%
хворих на міому матки в гінекологічних стаціона-
рах лікували хірургічним способом, результатом
якого є необоротне безпліддя, утрата менструаль-
ної функції, виразні гормональні порушення, веге-
тосудинні та психоемоційні розлади [Кулагина Н.В.
Дис. ... д.мед.н. Миома матки: иммунологическая и
психосоматическая концепция развития, индиви-
дуальный прогноз и тактика ведения.- С-Пб, 2008.-
426 с.]. Патогенез безпліддя при міомі матки недо-
статньо вивчено, однак не викликає сумніву пря-
мий зв'язок між цими захворюваннями.

При міомі матки у багатьох хворих функція яє-
чників не порушується, тому настання вагітності
дуже вірогідне. В залежності від ступеня патологі-
чних змін в матці, кількості та локалізації міомато-
зних вузлів, місця імплантації, відношення плацен-
ти 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 субмуко-
зна, підвищує ризик розвитку післяпологових кро-
вотеч. Їх вірогідність значно підвищується (до 11-
17%), якщо плацента стикається з міоматозним
вузлом чи покриває його. При цьому інтенсивність
кровотечі може бути настільки великою, що зупи-
нити її може тільки гістеректомія (видалення мат-
ки). Після реконструктивних операцій на матці у
жінок зі збереженою функцією яєчників шанси за-
вагітніти, виносити плід і народити дитину без кро-
вотеч значно зростають.

В останній час у виконанні міомектомій відзна-
чається тенденція до раннього оперативного ліку-
вання з дотриманням принципу мінімальної хірур-
гічної травми з можливим використанням
консервативного лікування (консервативна міоме-
ктомія). Консервативна міомектомія особливо ва-
жлива для жінок репродуктивного віку, які мають
на меті після операції завагітніти та народити ди-
тину, бо вона вірогідно підвищує фертильність.
Мінімальність оперативної травми матки при кон-
сервативній міомектомії за рахунок виконання не-
великих розрізів без ушкодження здорових тканин
позитивно впливає на ступінь відновлення матки в
післяопераційному періоді та подальшу готовність

(13) **U**
(11) **64030**
(19) **UA**

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.-V.14, №7.-P. 1735-40].

Відомий спосіб консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку шляхом гістероскопі, яка ефективна в разі підслизової локалізації міоматозних вузлів [Е.М. Вихляева. Проблема фертильности 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 та невеликими вузлами. А в хірургічній гінекології необхідно враховувати вірогідність наявності багаточисельної міоми з вузлами невеликих розмірів (до 20 мм 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 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 входу 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 дренажування та пошарового ушивання черевної порожнини, виконання косметичного шва на шкірі, накладання асептичної пов'язки на шов.

Відомий спосіб міомектомії у жінок репродуктивного віку шляхом лапаротомії є універсальнішим, ніж відомі аналоги, оскільки придатний для міоматозних вузлів будь-яких розмірів чи локалізації.

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

Причиною недоліків відомого способу є підвищена небезпека виникнення кровотеч з кровоносних судин міоматозної матки, обумовлених пато-

логічним процесом розростання вузлів, що призводять до порушення кровообігу в матці, підсилення її збудженості та скорочувальної властивості.

Відомий обраний за наближчий аналог є спосіб міомектомії у жінок репродуктивного віку [пат. України на корисну модель №16798, МПК А61В 17/42, опубл. 15.08.2006, бюл. № 8] шляхом застосування інтраопераційних ін'єкцій 0,1 мл адреналіну, розведеного в 20 мл фізіологічного розчину, в м'яз матки та міоматозні вузли, а після ушивання ложа видаленого міоматозного вузла накладання на шов адсорбуючої колагенової пластини „Тахокомб“, притискаючи її марлевым тампоном впродовж 30-60 секунд.

Недоліком відомого способу-найближчого аналога є низька ефективність операції щодо відновлення репродуктивної функції через високий ризик травматизації (тріщини, розриви) матки при вагітності та пологах, недоношення, необхідність застосування кесаревого розтину при пологах.

Причиною недоліку відомого наближчого аналога є недостатня еластичність, міцність і надійність постопераційного рубця після застосування колагенової пластини „Тахокомб“.

В основу корисної моделі поставлено задачу в способі консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку шляхом заповнення порожнини після видалення міоматозного вузла колагеновим засобом-імплантатом, який, поступово розсмоктується, заміщується автотканиною, забезпечити еластичність, міцність і надійність біологічних тканин в місці рубця на матці впродовж вагітності та пологів. При цьому зростає ефективність консервативної міомектомії, оскільки частота самостійних пологів порівняно з відомим способом-прототипом зростає втричі, число інтраопераційних гемотрансфузій зменшується втричі, обсяг інтраопераційної крововтрати зменшується в середньому в 1,8 разу. Окрім того, тривалість операції скорочується в середньому на 19 хвилин, пост операційне перебування в стаціонарі - в 1,2 разу.

Поставлена задача вирішується тим, що створено спосіб консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку шляхом розрізу для входу в черевну порожнину, оцінювання стану матки та локалізації міоматозних вузлів, виконання ін'єкції розчину адреналіну в м'яз матки та міоматозні вузли, виконання розрізу над вузлом, вилучення вузла, ушивання ложа видаленого міоматозного вузла, накладання на шов адсорбуючого колагенового засобу, повторення цих дій на інших вузлах, контрапертурного дренажування та пошарового ушивання черевної порожнини, виконання косметичного шва на шкірі, накладання асептичної пов'язки на шов.

Новим у заявленому способі є те, що як адсорбуючий колагеновий засіб застосовують колагеновий виріб КОЛЛОСТ, вибраний з ряду: мембрана, джгут, 15%-й гель, причому при видаленні субсерозного вузла великих розмірів, якщо ложе більше 5 см, то в нього вкладають мембрану, при видаленні інтрамурального або субмукозного вузла та накладанні шва довжиною більше 3 см в

порожнини шва вводять джгут або 15%-й гель в об'ємі 1,5 мл.

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 після такої органозберігаючої операції бувають крововтрати, а тканини матки в місці рубця втрачають еластичність, міцність і надійність, що негативно позначається на майбутній вагітності та пологах. Зниження постопераційних крововтрат досягають за рахунок укріплення швів на матці. За відомим способом-прототипом для цього після ушивання ложа видаленого міоматозного вузла на шов накладають адсорбуючу колагенову пластину „Тахокомб“, яку притискають марлевым тампоном впродовж 30-60 секунд. Це значно зменшує крововтрату та скорочує термін оперативного втручання. „Тахокомб“ - це адсорбуюча колагенова пластина, вкрита шаром компонентів фібринового клею (висококонцентрованого фібриногену та тромбіну), які сприяють швидкому згортанню крові. При контакті з кровоточивою раню фактори згортання, що містяться в покривному шарі пластини, вивільняються. При цьому тромбін перетворює фібриноген в фібрин, який сприяє згортанню крові. Проте проблему недостатньої еластичності, міцності та надійності постопераційного рубця адсорбуюча колагенова пластина „Тахокомб“ не вирішує, дуже часто при наступних пологах доводиться застосовувати кесарів розтин.

Згідно ж зі способом консервативної міомектомії, що заявляється, для підвищення ефективності та якості виконання операції консервативної міомектомії з метою відновлення репродуктивної функції без втрати еластичності біологічних тканин в місці рубця на матці впродовж вагітності та пологів і зниження частоти застосування кесаревого розтину застосовують колагеновий виріб КОЛЛОСТ (ЗАТ «БіоФАРМХОЛДИНГ», РФ). Колаген, будучи основним фібрилярним білком сполучної тканини, забезпечує структурну основу виробів КОЛЛОСТ. Фібрили колагену виконують роль фізіологічної матриці, яка забезпечує нормальні репараційні процеси. КОЛЛОСТ в м'яких тканинах забезпечує ділянку корекції основними біологічними ресурсами, які необхідні для загоєння ран. Колагеновий Імплантат зв'язується з раню, фібробласти мігрують до нього з оточуючих тканин й інтегруються в імплантат. Створюється перехідний матрикс, що стимулює імунну систему організму й активацію гранулоцитів, макрофагів і фібробластів, покращує перенесення факторів росту, які вивільняються з клітин, посилює міграцію фібробластів і проліферацію епітеліальних клітин. При веденні КОЛЛОСТу в тканину матки продукуються нові колагенові волокна, які заповнюють порожнину в ділянці імплантації, а сам імплантат поступово розсмоктуючись, заміщується автотканнюю. Після загоєння постопераційних швів біологічні тканини в місці рубця на матці зберігають еластичність, міцність і надійність впродовж вагітності та пологів.

В залежності від операційної ситуації виріб КОЛЛОСТ за корисною моделлю використовують у вигляді трьох імплантатів: мембрани, джгута чи гелю. Мембрана - це гнучкий і щільний матеріал, який контурується по розміру шва на матці (наприклад, при видаленні субсерозного вузла великих розмірів). Джгут володіє підвищеною пластичністю. Його використовують для заповнення різних порожнин, утворених при накладанні швів або після вилучення міоматозних вузлів (при видаленні інтрамурального вузла). Гель (15%) - це максимальна пластична форма імплантата, котра ідеально підходить для заповнення різних порожнин з використанням шприца (для заповнення порожнин на шві після видалення, наприклад субмукозного вузла). Клінічний досвід показав, що оптимальною є наступна тактика хірурга: при видаленні субсерозного вузла великих розмірів, якщо ложе більше 5 см, то в нього вкладають мембрану; при видаленні інтрамурального або субмукозного вузла та накладанні шва довжиною більше 3 см в порожнини шва вводять джгут або 15%-й гель в об'ємі 1,5 мл. Це створює додатковий і / або остаточний гемостаз, зміцнює шов.

Ефективність способу консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку, що заявляється, підтверджена клінічними дослідженнями. На обстеженні у гінекологічному відділенні перебували 57 жінок 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, де вивчали анамнез хвороби та життя, проводили об'єктивне гінекологічне та 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 (28 пацієнток) та порівняння (29 пацієнток). 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 не виношування скаржились 12 пацієнток I групи та 16 -II, на біль в низу живота - 14 та 20 пацієнток відповідно. Екстрагенітальної патології не діагностовано. Операції на органах черевної порожнини перенесли 16 пацієнток I групи та 14 - II. Хронічні запальні хвороби внутрішніх статевих органів діагностовано у 19 та 18 пацієнток відповідно. Всім хворим після обстеження в плановому порядку провели консервативну міомектомію з попередньою лапаротомією. Результати операцій в I та II групах занесено до таблиці.

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=28)	Спосіб-прототип, група II (n=29)
1	Самостійні пологи, число роділь	27 (96,4%)	9(31%)
2	Середня тривалість операції, хв.	59±10	78±12
3	Обсяг інтраопераційної крововтрати, мл	205±25	370±23
4	Число інтраопераційних гемотрансфузій	3 (10,7%)	9(31%)
5	Число випадків постопераційної кровотечі	0	1 (3,4%)
6	Тривалість післяопераційного перебування в стаціонарі, ліжко-дні	4,7±0,1	5,6±0,2

Наведені в таблиці дані підтверджують більшу ефективність консервативної міомектомії за способом, що заявляється, оскільки частота самостійних пологів порівняно з відомим способом-прототипом зросла втричі (з 31% до 96,4%), число інтраопераційних гемотрансфузій зменшилося втричі (з 31% до 10,7%), обсяг інтраопераційної крововтрати зменшився в середньому в 1,8 разу (з 370 мл до 205 мл). Окрім того, тривалість операції скоротилася в середньому на 19 хвилин, постопераційне перебування в стаціонарі - в 1,2 разу.

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

Пацієнтку репродуктивного віку 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. - 352 с.]. 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 0,1 мл адреналіну, розведеного в 20 мл фізіологічного розчину. Виконують 4-5 ін'єкцій в м'яз матки та міоматозні вузли з одного шприца приблизно по 4-5 мл розчину на одну ін'єкцію. Над вузлом виконують розріз і частково гострим, частково тупим шляхом здійснюють вилучення міоматозного вузла. Якщо ложе більше 5 см, то в нього вкладають мембрану КОЛЛОСТ (гнучкий і щільний матеріал, контурується за розміром дефекту). Згідно з інструкцією фірми виробника для придбання мембраною властивостей пластичності її попередньо замочують в стерильному 0,9%-му розчині хлориду натрію (розчині антисептика, антибіотика) не менше ніж на 20-30 хвилин. Якщо ложе ушивають вікриловими або

дексоновими швами і формується рубець довжиною більше 3 см, то в порожнину шва вводять джгут КОЛЛОСТ або 15%-й гелю (1,5 мл). Шприц з гелем попередньо розігрівають до температури тіла людини на водяній бані або в термостаті. Такі ж самі дії повторюють щодо інших вузлів. Якщо вузол субсерозний, ложе його невеликих розмірів (діаметром менше 20-30 мм) і неглибоке, то його не вшивають, а на ложе укладають КОЛЛОСТ мембрану. Якщо при видаленні вузла (інтрамурального, субмукозного) відбулось проникнення в порожнину 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, контрапертурне дренивання черевної порожнини. Після підрахунку серветок й Інструментів черевну порожнину пошарово ушивають. На шкірі виконують косметичний шов, на нього накладають асептичну пов'язку.

Наводимо конкретні приклади реалізації способу консервативної міомектомії у жінок репродуктивного віку, що заявляється.

Приклад 1. Хвора В., 38 років, поступила в гінекологічне відділення для оперативного лікування з діагнозом: Симптомна міома матки. Вторинна анемія. Синдром полікістозних яєчників. Первинне безпліддя. В анамнезі вагітностей не було. Пацієнтка перебуває в шлюбі 8 років, запобіжними засобами щодо вагітності не користувалася, проте вагітність не наступала. З приводу міоми матки 4 роки перебувала під наглядом гінеколога за місцем проживання, в останні 8 міс. відзначено зростання міоматозних вузлів в середньому на 1,5 см на тлі циклічної терапії комбінованими оральними контрацептивами.

В клініці хворій В. провели УЗД статевих органів: матка збільшена до 146 x 198x111 мм, товщина ендометрія - 8 мм (в нормі 1-2 мм). По передній стінці ближче до дна матки виявлено інтрамуральний вузол розміром 96x79 мм; по задній стінці ближче до перешийки матки - вузол 48x40 мм; по передній стінці біля дна - субсерозний вузол на широкій ніжці до 90 мм в діаметрі. Лівий яєчник 28x19 мм, щільна капсула, безліч фолікулів. Правий яєчник 29 x32 мм, щільна капсула.

Хворій В. провели консервативну міомектомію за заявленою методикою. Після видалення інтрамурального вузла мембрану КОЛЛОСТ, попередньо замочену впродовж 20 хвилин в стерильному розчині октинісепту, вклали в ложе (10 см) вузла. Ложе інших двох вузлів ушили вікриловими швами, а в порожнину кожного шва ввели по 1,5 мл 15%-го гелю. Шприц з гелем попередньо розігріли до 36°C на водяній бані. Інтраопераційна крововтрата склала 300 мл. У післяопераційному періоді впродовж 4 місяців пацієнтці В. проводили гормональну терапію препаратом Данол. Після відміни гормональної терапії відновився менструальний цикл і настання вагітності. Вагітність закінчилася пологам шляхом кесаревого розтину, бо народився хлопчик масою 4100,0 г з оцінкою за шкалою Апгар 6/7 балів.

Приклад 2. Хвора Л., 28 років, поступила в гінекологічне відділення для оперативного лікування з діагнозом: Симптомна міома матки з наявністю субмукозного вузла. Хронічний двосторонній аднексит в стадії ремісії. Первинне безпліддя. Місячне - з 14 років, нерегулярне, рясне, по 4-10 днів через 21-35 днів, бувають затримки місячного на 1-2 місяці. З приводу міоми матки 7 років перебувала під наглядом гінеколога за місцем проживання. З приводу поліпозу ендометрія виконано вишкрібання порожнини матки та проведено лікування гормональним препаратом Дуфастон.

В клініці хворій Л. провели УЗД статевих органів: матка збільшена до 118 x112x105 мм, товщина ендометрія - 5 мм (в нормі 1-2 мм). Міометрій неоднорідний. По передній стінці матки виявили інтрамуральний вузол розміром 98x87 мм, який децю деформує порожнину матки.

Хворій Л. провели консервативну міомектомію за способом, що заявляється. Після видалення інтрамурального вузла мембрану КОЛЛОСТ, попередньо замочену впродовж 30 хвилин в стерильному 9%-му розчині хлориду натрію, вклали в ложе (10 см) вузла. Інтраопераційна крововтрата склала 270 мл. У післяопераційному періоді впродовж 4 місяців пацієнтці В. проводили гормональну терапію препаратом Данол. Після відміни гормональної терапії відновився менструальний цикл і настала вагітність. Вагітність закінчилася самостійними пологами. Народився хлопчик масою 3200,0 г з оцінкою за шкалою Апгар 7/7 балів.

Приклад 3. Хвора Н., 34 років, поступила в гінекологічне відділення для оперативного лікування з діагнозом: Симптомна міома матки. Хронічний

двосторонній аднексит в стадії ремісії. Синдром полікістозних яєчників. Вторинне безпліддя. В анамнезі 4 вагітності, 2 медичні аборти, двоє половів: нормальні термінові у віці 18 і 23 років. Протягом наступних 9 років діагностували вторинне безпліддя. У жінки повторний шлюб. Чоловічий фактор безпліддя виключено. З приводу міоми матки 6 років перебувала під наглядом гінеколога за місцем проживання. В останні 4 місяці відзначено зростання міоматозних вузлів на тлі гормональної терапії.

В клініці хворій Н. провели УЗД статевих органів: матка збільшена до 106x90x114 мм, товщина ендометрія - 6 мм (в нормі 1-2 мм). Міометрій неоднорідний. По передній і лівій боковій стінках матки візуалізується вузол розміром 46x39 мм, децю деформуючий порожнину матки. По задній стінці матки виявили вузол розміром 58x42 мм, по передній стінці біля дна - 2 субсерозні вузли до 30-40 мм у діаметрі. Лівий яєчник має розмір 28x17 мм, щільна капсула, безліч фолікулів. Правий яєчник - 26x42 мм, щільна капсула, безліч фолікулів.

Хворій Н. в клініці провели консервативну міомектомію за відомим наближчим аналогом. Крововтрата склала 600 мл. Хворій Н. виконали трансфузію 270 мл свіжозамороженої однострунної плазми. В післяопераційному періоді впродовж 6 місяців проводили гормональну терапію препаратом Дуфастон. Після відміни гормональної терапії відновився менструальний цикл і настала вагітність. Вагітність закінчилася передчасними пологами в терміні 29 тижнів шляхом кесарівого розтину. Народилася дівчинка масою 1500,0 г. Дитина жива.