

### **Список використаних джерел:**

1. Анемія – коморбідний стан/монографія за ред. акад. НАМН України професора Г.В. Дзяка (Т.О.Перцева, В.А.Потабашній, А.П.Кузьміна, С.І.Сміян) – Дніпропетровськ, 2013, 258 с.

2. Auerbach M., Ballard H., Trout J.R. et al. Intravenous iron optimizes the response to recombinant human erythropoietin in cancer patients with chemotherapy-related anemia: a multicenter, open label, randomized trial. // J. Clin. Oncol., – 2004. - 22: 1301–1307.

3. Henke M., Laszig R., Rube C. et al. (2003) Erythropoietin to treat head and neck cancer patients with anaemia undergoing radiotherapy: randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet, 362: 1255–1260.

4. Glossop J.R., Dawes P.T., Hassell A.B. et al. (2005) Anemia in rheumatoid arthritis: association with polymorphism in the tumor necrosis factor receptor I and II genes J. Rheumatol., 32(9): 1673–1678.

**Луценко Н.С.**

*доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедры акушерства и гинекологии;*

**Олейник Н.С.**

*врач-соискатель;*

**Евтерева И.А.**

*доцент кафедры акушерства и гинекологии;*

**Плотникова В.Н.**

*доцент кафедры акушерства и гинекологии;*

**Яремчук О.Н.**

*врач акушер-гинеколог,*

*Запорожская медицинская академия послыдипломного образования  
Министерства здравоохранения Украины*

## **ЛЕЙОМИОМА МАТКИ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ТЕМПА РОСТА**

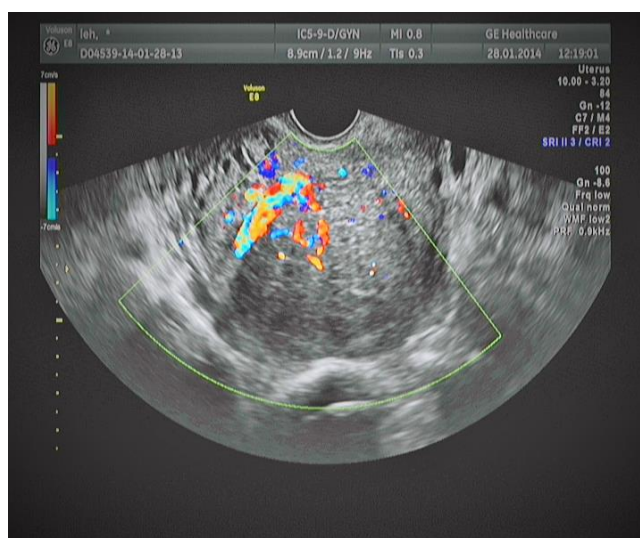
До настоящего времени одним из самых достоверных методов диагностики миомы матки в гинекологии являлось ультразвуковое исследование органов малого таза. Некоторые авторы в своей научной и практической деятельности пришли к выводу, что в

умовлях сучасного високотехнологічного суспільства необхідно йти вперед і використовувати всі можливості і досягнення науки. Поєтому активно ведеться пошук нових підходів як в діагностиці, так і в прогнозуванні дальнішого росту м'ясоми матки в гінекологічній практиці. Ученими запропоновано проведення МРТ органів малого таза [3, с. 213]. Це дослідження дає хороші результати в плані більш детального вивчення структури і розташування м'ясомотозних вузлів відносно самої матки, що дозволяє оптимально підібрати необхідний метод лікування. Однак, беручи во увагу фінансову сторону питання, методика не знайшла широкого застосування в практиці і поки не введена в вигляд рутинної процедури. Поєтому, по-прежнему оптимальним методом дослідження вважається ультразвуковий і його більш сучасна методика – доплерографія або кольорове доплерівське картування (ЦДК).

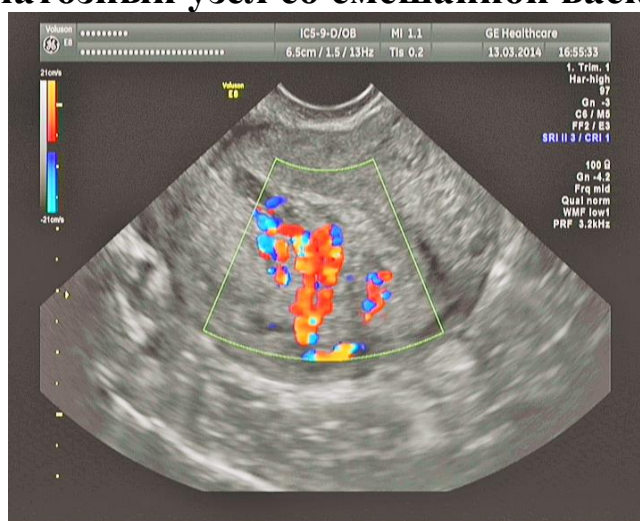
При аналізі даних кровоснабження м'ясомотозних вузлів виділено 4 типи судинного малюнка: 1 тип – аваскулярні вузли (з відсутністю кровотоку в самому вузлі і по периферії); 2 тип – вузли з периферическою васкуляризацией (з наявністю огинаючих судин по периферії вузла), рис. 1; 3 тип – вузли з сумішної васкуляризацией (з наявністю як огинаючих так і внутрівузлових судин), рис. 2; 4 тип – вузли з центральною васкуляризацией (з наявністю тільки внутрівузлових судин), рис. 3.



**Рис. 1. М'ясомотозний вузол з периферическою васкуляризацией**



**Рис. 2. Миоматозный узел со смешанной васкуляризацией**



**Рис. 3. Миоматозный узел с центральной васкуляризацией**

Прототипом такого распределения на типы кровотока в узлах явилось исследование Ионовой Е.А. по ультразвуковой оценке васкуляризации узловых образований щитовидной железы [2, с. ].

Под наблюдением находилось 64 пациентки с миомой матки, которые не получали лечения. Всем женщинам проводилось ультразвуковое исследование вагинальным датчиком с исследованием кровотока в маточных сосудах и сосудах миоматозного узла на аппарате TITAN 033 FGZ Sonosite Inc. США. Период наблюдения с 2011 по 2014 гг. Возраст пациенток колебался от 28 до 46 лет, в среднем  $40,1 \pm 2,03$  года. В контрольную группу вошли пациенты без патологии матки и придатков и составили 25 человек. Объем матки у этих пациенток был в среднем  $54,24 \pm 3,53$ . Соответственно типам кровотока все пациентки были разделены на 4 группы.

Таблиця 1

**Динамика роста матки и миоматозных узлов**

Тип кровотока Показатель	Аваскулярный тип, n=10	Периферический тип, n=21	Смешанный тип, n=22	Центральный тип, n=11
V матки до исследования, см <sup>3</sup>	67,69±12,68	143,85±28,85	209,59±42	160,44±30,38
V матки в конце исследования, см <sup>3</sup>	72,19±11,07	152,91±27,83	406,98±87,23	303,73±17,24
Процент роста матки, %	6	6	49	48
D доминирующего узла до исследования, мм	11,23±2,12	19,68±2,26	39,56±3,95	34,79±3,39
D доминирующего узла в конце исследования, мм	11,46±1,80	27,49±2,17	54,20±4,10	41,81±4,48
Процент роста миоматозного узла, %	0	30	27	18

Достоверность  $p > 0,05$

По данным таблицы №1 видно, что при смешанном типе васкуляризации диаметр доминирующего миоматозного узла и объем матки достоверно больше, по сравнению с остальными группами. Минимальные объемы матки определяются в группе с аваскулярными миоматозными узлами-72,19±11,07см (при норме 54,24±3,53), а диаметр узлов в среднем составил 11,46±1,80см. Это практически в 1,3 раза больше объема матки пациенток контрольной группы и в 5 раз меньше, чем в группе со смешанными кровотоками. Объем матки женщин третьей группы в конце наблюдения был максимальным и в 7,5 раз превышал нормальные показатели. Процент увеличения матки и доминирующего узла за время наблюдения преобладает в группах со смешанным и центральным типом кровоснабжения – 27% и 18% для узлов и 49% и 48% для матки соответственно. Интересно отметить, что процент роста матки в этих группах за время наблюдения ниже, чем миоматозных узлов, а в группе с периферическим типом прослеживается обратная тенденция. У пациенток с I типом сосудистого рисунка в миоматозных узлах существенных изменений за время наблюдения не было. Те же данные определяются в показателях максимальных скоростей кровотока и индексах резистентности, зафиксированных в сосудах

доминирующего миоматозного узла (таб. №2). Так в третьей и четвертой группах МССК достигла 56 см/сек, а ИР- 0,54, что говорит о высоком кровоснабжении этих узлов [1, с. 210]. В первой группе четкой визуализации сосудистых пучков не отмечалось.

Таблица №2

**Допплерометрические данные  
кровоснабжения миоматозных узлов**

Тип кровотока / Показатель	Аваскулярный тип, n=10	Периферический тип, n=21	Смешанный тип, n=22	Центральный тип, n=11
МССК в узле, см/сек	-	42,7±4,2	54,36±6,16	55,95±8,19
ИР	-	0,69±0,02	0,58±0,23	0,54±0,35

Однако при более пристальном корреляционном анализе зависимости размеров узлов от процента роста можно отметить, что узлы диаметром до 25 мм имеют меньший потенциал роста, чем узлы большего размера. А улучшение кровоснабжения миоматозных узлов приводит к их дальнейшему росту.

Учитывая полученные данные, наиболее неблагоприятным типом кровотока является смешанный, при котором имеется тенденция к более быстрому росту объемов как миоматозных узлов, так и матки. Пациентки с аваскулярными миоматозными узлами не имеют динамики роста, как матки так и узла, и подлежат дальнейшему наблюдению. Таким образом, определение типов сосудистого рисунка и скоростей кровотока в матке и миоматозных узлах дает возможность прогнозировать темп роста миомы матки и, соответственно, индивидуализировать подбор терапии.

**Список использованных источников:**

1. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология: курс лекций: в 3 т. / М.Н. Буланов. – М.: Видар – М. – 2010. – Т. 2. – 312 с.
2. Ионова Е.А. Ультразвуковое исследование на этапах хирургического лечения узловой патологии щитовидной железы: дис... д-ра. мед. наук / Е.А. Ионова. – Москва, 2008. – 304 с.
3. Медведєв М.В. Лейоміома матки: нові підходи до застосування органозберігаючих технологій в лікуванні: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. В. Медведєв. – Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика, Днепропетр. мед. акад., каф. акушерства та гінекології. – К., 2013. – 32 с.