

# Фактори ризику виникнення рецидивів міоми матки

Г.О. Толстанова

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення факторів ризику і частоти виникнення рецидивів міоми матки (ММ) за віддаленими результатами консервативної міомектомії.

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-статистичний ретроспективний аналіз віддалених результатів оперативного лікування 40 пацієнок репродуктивного віку (від 19 до 42 років) з ММ за даними історій хвороб, амбулаторних карт і даних анкетного/телефонного опитування. Усі жінки мали обтяжений гінекологічний і репродуктивний анамнез.

У післяопераційний період пацієнтки отримували гормональну терапію прогестагенами (у циклічному режимі) і оральними контрацептивами протягом 6–12 міс. Для діагностики рецидиву захворювання кожні 3 міс протягом перших 3 років проводили клінічний огляд, бімануальне обстеження, трансвагінальну ехографію, надалі – кожні півроку. Факт рецидиву міоми констатували за появи, як мінімум, одного міоматозного вузла понад 1 см у діаметрі.

**Результати.** Віддалені результати вивчали у 36 хворих з 40, які перенесли консервативну міомектомію. На момент оцінювання, середній вік пацієнок після оперативного втручання становив  $39,7 \pm 6,17$  року, з них в активному репродуктивному віці перебували 4 (11%) особи, у пізньому репродуктивному віці – 11 (33,3%), у пременопаузальному періоді – 10 (27,7%). Середній термін спостереження становив  $6,22 \pm 1,71$  року. Рецидив ММ констатовано у 22 (55%) хворих, 3 (7,5%) з яких потребували повторного оперативного втручання (2 жінкам виконано надпіврвову ампутацію матки, 1 – трансцервікальну резекцію субмукозного вузла).

Кумулятивний (накопичений) відсоток рецидиву ММ протягом 7 років після операції становив  $67,4 \pm 8\%$  з максимальним підвищенням частоти рецидивів на 2-у і 3-у роках після операції (до  $31,7 \pm 6\%$  і  $51,2 \pm 7\%$  відповідно).

Завагітніли після консервативної міомектомії 11 (27,5%) жінок, у тому числі 2 з 5, яким діагностовано безпліддя до операції, та 4 з 9, у яких фіксували невиношування вагітності. Максимальна кількість вагітностей (5) настала в інтервалі від 1 до 1,5 року після операції. Вагітність закінчилась своєчасними пологами у 7 пацієнок, мимовільним абортom – у 3 (7,5%), штучним абортom – в 1 (2,5%). Усі 7 вагітних були розроджені шляхом кесарева розтину.

**Заключення.** Ретроспективний аналіз віддалених результатів органозберігального хірургічного лікування пацієнок репродуктивного віку з міомою матки виявив високу частоту рецидиву міоми після консервативної міомектомії, яка досягала  $67,4 \pm 8\%$  через 7 років. Найбільший приріст рецидивів спостерігався на 2-й і 3-й рік після операції. Статистично значущими факторами ризику розвитку рецидиву захворювання були кількість міоматозних вузлів і вік пацієнтки в інтервалі 30–40 років.

Використання гормональної терапії (норетистерону або оральних контрацептивів) після операції не привело до зниження частоти рецидивів міоми матки. І хоча консервативна міомектомія дозволила підвищити частоту настання вагітності в оперованих пацієнок, однак рівень репродуктивних втрат після операції залишався високим (36,3%).

**Ключові слова:** міома матки, консервативна міомектомія, рецидив міоми, міоматозний вузол, прогестагени, норетистерон, оральні контрацептиви.

## Risk factors for recurrence of uterine fibroids

G. O. Tolstanova

**The objective:** a study of the risk factors and the frequency of recurrence of uterine fibroids (UF) after conservative myomectomy.

**Materials and methods.** A clinical and statistical retrospective analysis of the long-term outcomes of surgical treatment of 40 patients in reproductive age (from 19 to 42 years) with UF was carried out based on the data of case histories, outpatient cards and data from a questionnaire/telephone survey. All women had a complicated gynecological and reproductive history. In the postoperative period, the patients received hormonal therapy with progestogens (in cyclic regime) and oral contraceptives for 6–12 months. For the diagnosis of UF recurrence, clinical examination, bimanual examination, transvaginal echography were performed every 3 months during the first 3 years, then every six months. The fact of UF recurrence was ascertained of the appearance at least of one myomatous node more than 1 cm in diameter.

**Results.** The long-term results were studied in 36 out of 40 patients after conservative myomectomy. At the time of assessment, the average age of patients after surgery was  $39.7 \pm 6.17$  years, 4 (11 %) women of them were in active reproductive age, 11 (33.3 %) – late reproductive age, and 10 (27.7 %) – premenopausal period. The mean period of observations was  $6.22 \pm 1.71$  years. Recurrence of UF was diagnosed in 22 (55 %) patients, 3 (7.5 %) of them required repeated surgery (2 women after supravaginal amputation of the uterus, 1 – transcervical resection of the submucous node).

The cumulative (accumulated) percentage of UF recurrence within 7 years after surgery was  $67.4 \pm 8\%$  with the maximum increase of recurrence frequency in the 2nd and 3rd years after surgery (up to  $31.7\%$  and  $51.2\%$ , respectively). After conservative myomectomy, pregnancy occurred in 11 (27.5 %) women, including 2 out of 5 persons with infertility before

surgery, and 4 out of 9 patients who had miscarriage in anamnesis. The maximum number of pregnancies (5) occurred in the interval from 1 to 1.5 years after surgery. Pregnancy ended in timely delivery in 7 patients, spontaneous abortion – 3 (7.5 %), induced abortion – 1 (2.5 %). All 7 pregnant women were delivered by caesarean section.

**Conclusions.** A retrospective analysis of long-term outcomes of organ-preserving surgical treatment of patients of reproductive age with uterine fibroids determined a high frequency of myoma recurrence after conservative myomectomy, reaching  $67.4 \pm 8\%$  in 7 years after the operation. The greatest increase in recurrence was observed in the 2nd and 3rd years after surgery. The statistically significant risk factors for the development of recurrence of the disease were the number of myomatous nodes and the patient's age (30–40 years). The use of hormonal therapy (norethisterone or oral contraceptives) after surgery did not lead to a decrease in the rate of recurrence of uterine fibroids. And although conservative myomectomy made it possible to increase the frequency of pregnancy in operated patients, the level of reproductive losses after surgery remained high (36.3 %).

**Keywords:** uterine fibroids, conservative myomectomy, fibroid recurrence, myomatous node, progestogens, norethisterone, oral contraceptives.

## Факторы риска возникновения рецидивов миомы матки Г.А. Толстанова

**Цель исследования:** изучение факторов риска и частоты рецидивов миомы матки (ММ) после консервативной миомэктомии. **Материалы и методы.** Проведен клинико-статистический ретроспективный анализ отдаленных результатов оперативного лечения 40 пациенток репродуктивного возраста (от 19 до 42 лет) с ММ по данным историй болезней, амбулаторных карт и данных анкетного/телефонного опроса. Все женщины имели отягощенный гинекологический и репродуктивный анамнез.

В послеоперационный период пациентки получали гормональную терапию прогестагенами (в циклическом режиме) и оральными контрацептивами в течение 6–12 мес. Для диагностики рецидива заболевания каждые 3 мес на протяжении первых 3 лет проводили клинический осмотр, бимануальное обследование, трансвагинальную эхографию, далее – каждые полгода. Факт рецидива миомы констатировали при появлении, как минимум, одного миоматозного узла более 1 см в диаметре.

**Результаты.** Удаленные результаты изучали у 36 больных из 40, перенесших консервативную миомэктомию. На момент оценки средний возраст пациенток после оперативного вмешательства составил  $39,7 \pm 6,17$  года, из них в активном репродуктивном возрасте находились 4 (11%) женщины, в позднем репродуктивном возрасте – 11 (33,3%), в пременопаузальном периоде – 10 (27,7%). Средний срок наблюдения составил  $6,22 \pm 1,71$  года. Рецидив ММ констатирован у 22 (55%) больных, 3 (7,5%) из которых нуждались в повторном оперативном вмешательстве (2 женщинам выполнена надвлагалищная ампутация матки, 1 – трансцервикальная резекция субмукозного узла).

Кумулятивный (накопленный) процент рецидива ММ в течение 7 лет после операции составил  $67,4 \pm 8\%$  с максимальным приростом частоты рецидивов на 2-м и 3-м годах после операции (до  $31,7 \pm 6\%$  и  $51,2 \pm 7\%$  соответственно).

После консервативной миомэктомии беременность наступила у 11 (27,5%) женщин, в том числе у 2 из 5, у которых диагностировано бесплодие до операции, и у 4 из 9, у которых фиксировали невынашивание беременности. Максимальное количество беременностей (5) наступило в интервале от 1 до 1,5 года после операции. Беременность закончилась своевременными родами у 7 пациенток, самопроизвольным абортom – у 3 (7,5%), искусственным абортom – у 1 (2,5%). Все 7 беременных были родоразрешены путем кесарева сечения.

**Заключение.** Ретроспективный анализ отдаленных результатов органосохраняющего хирургического лечения пациенток репродуктивного возраста с миомой матки выявил высокую частоту рецидива миомы после консервативной миомэктомии, достигавшей  $67,4 \pm 8\%$  через 7 лет. Наибольший рост рецидивов наблюдался на 2-й и 3-й год после операции. Статистически значимыми факторами риска развития рецидива заболевания являлись количество миоматозных узлов и возраст пациентки в интервале 30–40 лет.

Использование гормональной терапии (норэтистерона или оральных контрацептивов) после операции не привело к снижению частоты рецидивов миомы матки. И хотя консервативная миомэктомию позволила повысить частоту наступления беременности у оперированных пациенток, однако уровень репродуктивных потерь после операции оставался высоким (36,3%).

**Ключевые слова:** миома матки, консервативная миомэктомию, рецидив миомы, миоматозный узел, прогестагены, норэтистерон, оральные контрацептивы.

Захворюваність на міому матки – важлива проблема. У сучасній гінекологічній практиці, над вирішенням якої працює багато дослідників. Через велику поширеність захворювання (від 32 до 70% за різними даними) і зростаючу потребу жінок у вирішенні репродуктивних проблем органозберігальне лікування міоми є одним із пріоритетних напрямків сучасної гінекології [1].

Міома матки (ММ) – це гормонозалежна доброякісна пухлина міометрія, поява і прогресуюче зростання якої є результатом цілого комплексу порушень в організмі жінки: нейрогуморальних, генетичних, запальних та інших, які пригнічують репродуктивну функцію та погіршують перебіг захворювання [2]. У 80% випадків міома спостерігається у жінок репродуктивного віку. Останніми роками спостерігається тенденція до «омолодження» цього захворювання. Якщо 20 років тому у віковій групі від 25 до 45 років ММ діагностували у 30%

жінок, то на сьогодні ця цифра зросла до 50%. Під час аутопсії ММ виявляють ще частіше – близько 70% [1].

Більшість авторів відзначають етапність і стадійність патологічних процесів матки у ході канцерогенезу. У зв'язку з цим вивчення як доброякісних, так і передракових захворювань має велике значення для попередження раку матки [3].

Найбільш анатомічною і оптимальною операцією у репродуктивному віці є консервативна міомектомія, яка дозволяє зберегти менструальну функцію і репродуктивний потенціал жінки [4]. Але ефективність органозберігального лікування суттєво обмежується високою вірогідністю рецидивів. За даними багаточетрових досліджень, кумулятивна частота рецидивів міоми становить 44–55% протягом 5 років, досягаючи 85% через 8 років, при цьому у 9–12% пациенток виникає необхідність повторної операції [5–7].

Висока частота рецидиву пояснюється тим, що видалення міоматозних вузлів не усуває супутніх порушень у гіпоталамо-гіпофізарній системі і не впливає на інші причини розвитку хвороби. Інтраопераційна травма міометрія є провокувальним фактором, який запускає синтез факторів росту, проліферацію міоцитів і компонентів позаклітинного матриксу, що необхідно для репарації тканин [8]. Роз'єднання контактів між міоцитами у ході операції призводить до втрати інгібуючого впливу з боку оточення, тому клітини починають активно синтезувати ростові фактори–переносники мітогенного сигналу клітини, що у подальшому стимулює процеси проліферації. При збереженні зовнішніх причин, супутніх ММ, цей процес може призводити до утворення нових зародків міоматозних вузлів [3, 5, 8].

З урахуванням сучасної концепції патогенезу ММ як гормонозалежного захворювання з домінуючим впливом прогестерону, для профілактики рецидиву пухлини після операції доцільно застосувати гормональну терапію, яка направлена на коригування як системної, так і локальної дисгормонемії. Її кінцевою метою є зменшення міоматозних вузлів та досягнення позитивної динаміки клінічних проявів захворювання.

Гормонотерапія при ММ може застосовуватись як самостійний органозберігальний метод лікування, а також як ад'ювантний метод для зменшення розмірів міоматозних вузлів перед хірургічним втручанням. До того ж ад'ювантна терапія індукторами регресії міоматозних вузлів дозволяє знизити частоту рецидивів [1, 9].

Традиційно у якості ад'ювантної терапії використовують агоністи гонадотропін-рилізінг-гормонів (аГнРГ). За достатньої ефективності ці препарати відрізняються великою кількістю побічних ефектів і високою ціною, що у сукупності обмежує їхнє широке застосування у комплексному лікуванні захворювання [10].

Більш поширеними і доступними на сьогодні є синтетичні прогестагени, дія яких заснована на конкурентній блокаді рецепторів прогестерону. Їхніми перевагами є добра переносимість, зручність застосування і швидкість відновлення менструальної функції [1, 9]. Існує чимало досліджень, які підтверджують ефективність і безпеку гестагенів у лікуванні рецидивів ММ. У той самий час ефективність лікування доброякісної патології досить низька, частота рецидивів висока, а причини розвитку цих рецидивів й досі залишаються дискусійними [11].

Отже, вивчення факторів ризику виникнення рецидивів ММ є одним з провідних напрямків дослідження, що дозволить поліпшити віддалені результати органозберігального лікування ММ, особливо у молодих жінок з нереалізованою репродуктивною функцією.

**Мета дослідження:** вивчення факторів ризику і частоти виникнення рецидивів ММ за віддаленими результатами консервативної міомектомії.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети дослідження був проведений клініко-статистичний ретроспективний аналіз віддалених результатів оперативного лікування 40 пацієнток репродуктивного віку (від 19 до 42 років) з ММ за даними історій хвороб, амбулаторних карт і даних анкетного/телефонного опитування.

Критеріями включення у дослідження слугували репродуктивний вік пацієнтки, наявність показань до консервативної міомектомії, згода пацієнтки на участь у протоколі дослідження.

Показаннями до консервативної міомектомії вважали:

- великі розміри міоми,
- швидкий ріст міоматозного вузла,
- наявність міоми як можливої причини безпліддя,
- звичне невиношування вагітності при міомі,
- атипове розташування вузлів,
- маткові кровотечі, зумовлені міомою,
- больовий синдром.

Критерії виключення з дослідження: відмова пацієнтки на будь-якому етапі дослідження, ад'ювантна терапія до операції, ознаки запального процесу органів малого таза, післяопераційні ускладнення, які утруднюють початок протирецидивної терапії у прийнятні терміни.

Пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Ретельно вивчали дані анамнезу, менструальну і репродуктивну функції, проводили бімануальне піхвове обстеження, виконували загальноклінічні та лабораторні тести, УЗД органів малого таза, оцінювали обсяг оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, а також були проведені додаткові дослідження функціонального стану органів і систем.

Усі жінки, яким виконано консервативну міомектомію і перебували під спостереженням, були зіставні за віком (середній вік дорівнював  $34,62 \pm 5,9$  року), об'ємом матки і кількістю міоматозних вузлів. Достовірних розбіжностей за наведеними показниками не спостерігалось ( $p < 0,05$ ).

З метою виявлення рецидиву захворювання клінічний огляд, бімануальне обстеження, трансвагінальну ехографію проводили кожні 3 міс протягом перших 3 років, надалі – кожні півроку протягом ще 4 років. Факт рецидиву міоми констатували за появи, як мінімум, одного міоматозного вузла понад 1 см у діаметрі [6].

Гістологічне обстеження тканин видалених міоматозних вузлів, цитологічне дослідження ендометрія і слизової оболонки шийки матки проводили за стандартними методиками, при цьому урахували характерні ознаки простої і проліферувальної міоми.

Математичне і статистичне оброблення даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica», оцінювання статистичної значущості відмінностей – із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок. Різницю між значеннями вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток, за якого була виконана консервативна міомектомія, становив  $34,62 \pm 5,9$  року, превалювали жінки віком 30–39 років (57,15%). У 5 (16,5%) жінок ММ поєднувалась з безпліддям, що тривало від 1 до 15 років. У 7 (17,5%) пацієнток в анамнезі було від 1 до 3 мимовільних викиднів на фоні ММ. У 5 (12,5%) в анамнезі зареєстровано від 1 до 3 вагітностей, які не розвивались. Отже, кожна восьма хвора

з ММ, яку було прооперовано, страждала на первинне або вторинне безпліддя, кожна четверта – на невиношування, а в кожній десятій хворій в анамнезі зафіксовано вагітність, яка не розвивалась.

Гінекологічний анамнез був обтяжений у 31 (77,5%) пацієнтки. Найчастіше спостерігались: патологія шийки матки – у 17 (42,5%), хронічні запальні захворювання матки і придатків – у 13 (32,5%), патологія ендометрія – у 7 (17,5%). Поєднану патологію відзначено у 25,2% жінок. Середня тривалість менструального циклу в обстежуваних жінок становила  $29,4 \pm 4$  доби, тривалість менструації –  $6,1 \pm 1,5$  доби, у 10 (25%) хворих менструальна кровотеча продовжувалась понад 8 днів.

Гістологічний аналіз видалених препаратів продемонстрував, що ММ поєднувалась з аденоміозом у 7 (17,5%) хворих, з простою або складною гіперплазією ендометрія – у 6 (15%), з пухлиноподібними утвореннями яєчників – у 8 (20%). Виявлені процеси в усіх випадках мали доброякісний характер.

До госпіталізації у стаціонар 15 (37,5%) пацієнток отримували консервативне лікування, переважно антианемічне – 6 (15%), і гормональне – 9 (22,5%). Найчастіше використовували препарати норетистерону у циклічному режимі. Передопераційну терапію аГнРГ не проводили.

Показаннями до консервативної міомектомії були:

- великі розміри пухлини (50%),
- геморагічний синдром (55%),
- безпліддя при ММ (12,5%),
- больовий синдром і синдроми здавлювання суміжних органів (22,5%),
- швидкий ріст вузла (15%),
- субсерозна міома на ніжці (5%),
- ММ з явищами некрозу вузла в анамнезі (5%).

Поєднання зазначених показань було встановлено у 35% випадків.

Консервативну міомектомію виконано всім 40 пацієнткам черевностіночним доступом, у 28 жінок використано поперековий надлобковий розріз черевної стінки за Пфаненштилем, у 12 – нижньосерединний розріз. Величина матки, оцінена під час операції, варіювала від 7 до 24 тиж, у середньому –  $12,33 \pm 4,1$  тижня, розміри пухлини понад 12 тиж фіксували у 20 (50%) хворих.

Кількість видалених міоматозних вузлів коливалась від 1 до 13 (у середньому –  $2,22 \pm 0,9$ ) за операцію. Множинна міома з кількістю міоматозних вузлів більше чотирьох виявлена у 7 (17,5%) хворих. Середній вік цих пацієнток становив 37 (33,7; 40,2) років, з поодинокими вузлами – 32,8 (29,9; 35,8) року, що було статистично достовірно ( $p < 0,05$ ). Міомектомію з розтином порожнини матки виконували у 3 (7,5%) хворих. У цих пацієнток були великі міоматозні вузли з центрипетальним ростом, міома поєднувалась з аденоміозом.

Згідно з відомостями історій хвороб, післяопераційну гормональну терапію рекомендовано 17 (42,5%) пацієнткам: норетистерон у циклічному режимі – 9 хворим, оральні контрацептиви – 8 жінкам. Рекомендована тривалість терапії дорівнювала 6–12 міс. Як правило, це були жінки з геморагічним синдромом, множинними міоматозними вузлами або ті, у яких операція ускладнилась розтином порожнини матки.

Віддалені результати вивчені у 36 хворих з 40, які перенесли консервативну міомектомію (за даними амбулаторних карток і опитування). Середній інтервал контролю віддалених результатів становив  $6,22 \pm 1,71$  року. На момент оцінювання середній вік пацієнток після оперативного втручання становив  $39,7 \pm 6,17$  року, з них у репродуктивному віці перебували 4 (11%) пацієнтки, у пізньому репродуктивному віці – 11 (33,3%), у пременопаузальному періоді – 10 (27,7%).

Загалом завагітніли після консервативної міомектомії 11 (27,5%) жінок, у тому числі 2 з 5, які страждали до операції на безпліддя, та 4 з 9, у яких фіксували невиношування вагітності. Максимальна кількість вагітностей (5) настала в інтервалі від 1 до 1,5 року після операції. Вагітність закінчилась своєчасними пологами у 7 жінок, мимовільним абортom – у 3 (7,5%), штучним абортom – у 1 (2,5%). Усі 7 вагітних були розроджені шляхом кесарева розтину.

Отже, консервативна міомектомія дозволила підвищити частоту настання вагітності в оперованих пацієнток, однак рівень репродуктивних втрат після операції залишався високим (4 з 11; 36,3%).

Рецидив ММ було констатовано у 22 (55%) хворих, 3 (7,5%) з яких потребували повторного оперативного втручання (2 жінкам виконано надпівову ампутацію матки, 1 – трансцервікальну резекцію субмукозного вузла).

Частота рецидиву у перший рік після консервативної міомектомії дорівнювала  $14,6 \pm 5\%$ , через 2 роки –  $31,7 \pm 7\%$ , максимальний приріст частоти рецидивів спостерігався на 2-у і 3-у роках після операції (до  $31,7 \pm 6\%$  і  $51,2 \pm 7\%$  відповідно).

З урахуванням часу виникнення рецидиву і тривалості спостереження хворих (без повторної появи пухлини) розраховано кумулятивний (накопичений) відсоток рецидиву ММ протягом 7 років після операції –  $67,4 \pm 8\%$ . Для розрахунку були враховані такі коваріанти: кількість міоматозних вузлів, вік пацієнтки, об'єм матки, діаметр максимального вузла, швидкий ріст пухлини, факт використання гормональної терапії після операції, наступні вагітності.

За даними проведеного розрахунку, ризик виникнення рецидиву ММ збільшується у 3,27 разу за кількості міоматозних вузлів більше трьох, в 1,3 разу – у жінок вікової категорії 30–40 років. Вік молодше 30 або понад 40 років не має статистично достовірного впливу на частоту післяопераційних рецидивів. Також не виявлено залежності між частотою рецидивів і об'ємом матки, розміром пухлини і паритетом. Не виявлено достовірного збільшення ризику виникнення рецидиву при швидкому рості міоматозних вузлів до операції, що, можливо, пов'язано з утрудненням трактовки цього критерію тільки за ретроспективними даними.

Серед пацієнток, які отримували після операції оральні контрацептиви або норетистерон, частота післяопераційних рецидивів (9 з 17; 52,9%) достовірно не відрізнялась від такої у пацієнток, які не вживали гормонотерапії (13 з 23; 56,5%). Був однаковим і час появи першого рецидиву – протягом 1 року після операції.

Отже, ретроспективний аналіз віддалених результатів органозберігального хірургічного лікування пацієнток репродуктивного віку з ММ виявив високу



частоту рецидиву міоми після консервативної міомектомії, яка досягала  $67,4 \pm 8\%$  через 7 років. Найбільший приріст рецидивів спостерігався на 2-й і 3-й рік після операції. Статистично значущими факторами ризику рецидиву захворювання були кількість міоматозних вузлів і вік пацієнтки в інтервалі 30–40 років. Використання гормональної терапії (норетистерону або оральних контрацептивів) після операції не привело до зниження частоти рецидивів ММ.

### ВИСНОВКИ

За узагальненими даними проведеного клінічного дослідження, згідно з віддаленими результатами після консервативної міомектомії найбільш значущими факторами ризику виникнення рецидиву пухлини є:

- кількість міоматозних вузлів більше трьох (збільшення ризику на 27%;  $p < 0,05$ );
- швидкий ріст пухлини до операції (збільшення ризику на 25%;  $p < 0,05$ );
- вік пацієнтки в інтервалі 30–40 років (збільшення ризику на 10%;  $p < 0,05$ ).

### Відомості про автора

**Толстанова Галина Олександрівна** – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04107, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044) 205-49-46

### Information about the author

**Tolstanova Galyna O.** – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.; tel.: (044) 205-49-46

### Сведения об авторе

**Толстанова Галина Александровна** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-46

### ПОСИЛАННЯ

1. Zalizniak VO, Barkovsky DE. Modern views on the treatment of uterine fibroids: a textbook. Zaporozhye State Medical University; 2010. 115 s.
2. Babaeva NA, Ashrafyan LA, Antonova IB, Aleshikova OI, Ivashina SV. The role of hormonal disorders in the carcinogenesis of tumors of the female reproductive system. Obstetrics and gynecology: news, opinions, training. 2017;1:76-82.
3. Adamyan LV, editor. Uterine fibroids: diagnosis, treatment and rehabilitation: clinical guidelines for the management of patients [draft]. M.; 2015. 100 s.
4. Bourdel N, Jardon K [et al.]. Hysteroscopic myomectomy: Recurrence and satisfaction survey at short- and long-term. Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de Reproduction. 2011;40(2):116-22.
5. Yen CF [et al.]. Successful pregnancies in women with diffuse uterine leiomyomatosis after hysteroscopic management. Fertil. Steril. 2017; 88(6):1667-73.
6. Nishiyama S, Saito M [et al.]. High Recurrence Rate of Uterine Fibroids on Transvaginal Ultrasound after Abdominal Myomectomy in Japanese Women. Gynecol Obstet Invest. 2006;61:155-9.
7. Yi YX, Zhang W, Guo WR [et al.]. Meta-analysis: the comparison of clinical results between vaginal and laparoscopic myomectomy. Archives of Gynecol, and Obstet. 2011; 283(6):1275-89.
8. Vikhyaeva EM. On the strategy and tactics of managing patients with uterine fibroids. Bulletin of the Russian Association of Obstetricians and Gynecologists. 2014;3:21-3.
9. Vasilchenko NN, Frichenko VN. Treatment of patients with uterine fibroids and its effectiveness. Obstetrics and gynecology. 2015;2: 7-10.
10. Medvedev MV. Immunohistochemical assessment of myomatous tissue and myometrium in patients with uterine leiomyoma in hypo- and hyperestrogenic conditions due to different regimens of gonadotropin-releasing hormone analogues. Morphology. 2012; 6(1):43-9.
11. Zabolotnov VA, Pamfamirov YuK, Kucherenko YA, Parmenov OI, Karapetyan OV. Uterine fibroids: topical issues of pathogenesis, conservative and surgical treatment, a modern approach to the implementation of reproductive function [manual for physicians and students]. Simferopol; ICCSMU; 2012. 65 s.

*Стаття надійшла до редакції 31.08.2021. – Дата першого рішення 03.09.2021. – Стаття подана до друку 22.10.2021*