

Оптимізація хірургічного лікування міоми матки великих розмірів

В. В. Климова

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

Мета дослідження: підвищення ефективності хірургічного лікування міоми матки великих розмірів на підставі вивчення клініко-ехографічних та морфологічних особливостей, а також розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики оперативного втручання з використанням сучасних ендоскопічних технологій.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати комплексного обстеження і хірургічного лікування 200 хворих на міому матки великих розмірів (розміри пухлини відповідні ≥ 12 тиж вагітності і маса видаленого макропрепарату більше 300 г), що піддалися плановій гістеректомії на клінічній базі кафедри. Тотальна лапароскопічна гістеректомія виконана 50 хворим (група 1), 50 жінкам – тотальна лапаротомічна гістеректомія (група 2), 50 пацієнткам – субтотальна лапаротомічна гістеректомія (група 3) і 50 – тотальна вагінальна гістеректомія (група 4).

Результати. Під час аналізу проведених операцій було встановлено, що у 76,0% хворих групи 1, 66,0% – групи 2, 60,0% – групи 3 і 58,0% – групи 4 гістеректомія поєднувалася з іншими операціями. Так, більше половини (54,0%) хворих у групах 2 і 3 оперовані з використанням поперечної надлобкової лапаротомії (типа Pfannenstiel), яка є менш травматичною і забезпечує сприятливіші результати. Нижньо-серединний череворозтин виконували у випадках повторних втручань у хворих, що раніше оперуються з використанням подовжніх розрізів черевної стінки, розмірах пухлини, що перевищують 17–18 тиж. **Заключення.** Результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до хірургічного лікування міоми матки великих розмірів є обґрунтованим і дозволяє поліпшити ранні і віддалені наслідки для жінок в аспекті клінічного перебігу раннього післяопераційного періоду і якості життя у віддалений період.

Ключові слова: міома матки, хірургічне лікування, оптимізація.

Проблема міоми матки залишається вельми актуальною в сучасній гінекології. Міома матки є найбільш поширеною пухлиною малого таза, частота якої становить 35–40% у жінок репродуктивного і перименопаузального періоду [1, 2].

Зважаючи на досягнутий в останні десятиліття значний прогрес у вивченні патогенезу, етіології і консервативного лікування міоми матки, хірургічне лікування поси-

дає головне місце, а єдиним методом, що забезпечує повне лікування, є хірургічне видалення патологічно зміненого органу [3, 4].

В умовах сьогодення від 30% до 52% усіх гістеректомій виконують з приводу міоми матки [5, 6]. Одним із головних показань для хірургічного лікування є великі розміри (більше 12 тиж вагітності) пухлини. Під час аналізу гістеректомій, виконаних з приводу міоми матки, у 30–35% випадків спостерігали міому матки великих розмірів [7, 8]. Доцільність проведення гістеректомій у жінок з міомою матки великих розмірів за відсутності будь-якої симптоматики на сьогодні є предметом суперечок [9, 10]. Так само і в літературі немає однозначного погляду на розміри пухлини, що є показанням до хірургічного лікування.

Серед значної кількості літератури, присвяченої різним типам гістеректомії, лише окремі дослідження присвячені конкретному використанню цієї операції у жінок з міомою матки великих розмірів [11, 12].

Використання лапароскопії в оперативній гінекології дозволило по-новому оцінити і переваги вагінального доступу у хворих на міому матки. Вагінальна гістеректомія у поєднанні з лапароскопічною асистенцією перестала бути «сліпою» операцією. За даними низки авторів використання лише діагностичної лапароскопії дозволило їм виконувати до 70% гістеректомій вагінальним доступом [13, 14].

У сучасній літературі є багаточисельні дослідження, присвячені впливу гістеректомії різного об'єму (тотальна і субтотальна) на гормональний статус, сексуальну функцію і якість життя жінки в цілому [15, 16]. Проте лише поодинокі роботи стосуються взаємозв'язків між доступом гістеректомії і соціальним, рольовим і сексуальним функціонуванням хворих після операції [17, 18].

Дискутабельними залишаються питання, що стосуються доцільності призначення агоністів гонадотропін-рилізінг гормону (а-ГнРГ) як передопераційна підготовка у жінок з міомою матки великих розмірів [19, 20].

Отже, тактика вибору оптимального оперативного доступу при гістеректомії у жінок з міомою матки великих розмірів вимагає уточнення, заснованого на даних порівняльних досліджень усіх доступів, що використовуються: лапаротомії, лапароскопії і вагінального.

Техніка лапароскопічних гістеректомій перебуває в стані постійного розвитку і вдосконалення, що і обумовлює її повільне впровадження в практику. Потрібне подальше вивчення і вдосконалення техніки лапароскопічної гістеректомії і лапароскопічної асистенції при виконанні вагінальної гістеректомії у жінок з міомою матки великих розмірів, що відповідає запитам широкого кола оперуючих гінекологів.

Усе зазначене вище є обґрунтуванням для проведення наукового дослідження.

Мета дослідження: підвищення ефективності хірургічного лікування міоми матки великих розмірів на підставі вивчення клініко-ехографічних та морфологічних особливостей, а також розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики оперативного втручання з використанням сучасних ендоскопічних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано результати комплексного обстеження і хірургічного лікування 200 хворих на міому матки великих розмірів (розміри пухлини ≥ 12 тиж вагітності і маса видаленого макропрепарату більше 300 г), що піддалися плановій гістеректомії на клінічній базі кафедри.

Хворих було розподілено на групи:

- група 1 – 50 хворих, яким було проведено тотальну лапароскопічну гістеректомію;
- група 2 – 50 жінок, яким було проведено тотальну лапаротомічну гістеректомію;
- група 3 – 50 жінок, яким було проведено субтотальну лапаротомічну гістеректомію;
- група 4 – 50 пацієнток, яким проведено тотальну вагінальну гістеректомію.

На кожну пацієнтку заповнювали форму під назвою «Реєстраційна карта жінки», куди вносили дані обстеження, а також виписки з історій хвороби і амбулаторних карт спостереження. У кожної обстежуваної жінки було отримано інформовану згоду на участь у дослідженні.

Структура дослідження відповідає сучасним етичним нормам, протокол дослідження схвалений етичним комітетом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що оперативне лікування у більш ніж половині випадків виконано пацієнткам віком від 40 до 49 років. Проте у групі 4 більшість хворих були віком від 50 до 59 років. Слід зазначити, що середній вік у групах 1 і 3 статистично значуще менше, ніж у групах 2 і 4 ($p < 0,05$), а саме: група 1 – $46,9 \pm 6,1$ року; група 2 – $49,4 \pm 3,3$ року; група 3 – $44,5 \pm 4,8$ року; група 4 – $51,5 \pm 4,2$ року. Загальний середній вік становив $47,8 \pm 5,7$ року.

Проведений клінічний аналіз продемонстрував, що головне місце серед скарг у всіх групах посідали патологічні кровотечі (тривалі і рясні менструації, ациклічні маткові кровотечі) ($72,0\text{--}82,0\%$), що призводили до виникнення постгеморагічної анемії і пов'язаної з нею симптоматики: слабкості, швидкої стомлюваності, запамороченням тощо. Проте на момент хірургічного втручання анемія діагностована у $24,0\text{--}30,0\%$ хворих.

Більше половини хворих всіх груп відзначала наявність відчуття тяжкості і періодичного болю в нижніх відділах живота, у попереку. Порушення функції сусідніх органів (прискорене сечовипускання, закрепи) відзначали $22,0\text{--}32,0\%$ пацієнток. Слід підкреслити, що $28,0\text{--}36,0\%$ хворих скаргилися на зростання пухлини, а $18,0\text{--}36,0\%$ пацієнток – на наявність великої пухлини, відчутної при самообстеженні. Скарги на сексуальну дисфункцію пред'являли $22,0\text{--}32,0\%$ пацієнток і лише у $2,0\text{--}8,0\%$ хворих міома матки не мала симптоматики. Важливою особливістю отриманих результатів є відсутність достовірних змін між групами ($p > 0,05$).

Давність захворювання до моменту оперативного лікування становила:

- у групі 1 – від 2 міс до 16 років (у середньому $4,5 \pm 0,4$ року);
- у групі 2 – від 4 міс до 19 років (у середньому $4,7 \pm 0,4$ року);
- у групі 3 – від 2 міс до 15 років (у середньому $4,4 \pm 0,4$ року);
- у групі 4 – від 8 міс до 17 років (у середньому $4,9 \pm 0,4$ року) ($p > 0,05$).

Менше половини хворих ($40,0\text{--}48,0\%$) отримували попереднє консервативне лікування, яке в більшості випадків носило симптоматичний характер. Слід зазначити, що в період передопераційної підготовки у групі 1 у $16,0\%$ хворих з вираженою анемією як гормональна терапія використовували препарати групи а-ГНРГ протягом 2–4 міс, що дозволило за цей період підняти рівень гемоглобіну, а також сприяло зменшенню розмірів пухлини.

Отже, аналізуючи дані анамнезу, розвитку і клінічного перебігу захворювання у хворих міомою матки великих розмірів можна відзначити, що групи були підібрані відповідно до поставленої мети.

У подальшому було проведено комплексний аналіз радикального хірургічного лікування хворих на міому матки великих розмірів, заснований на даних результатів передопераційної діагностики і підготовки, основних параметрів операції, клініко-лабораторного обстеження, показників перебігу раннього післяопераційного періоду, найближчих і віддалених результатів оперативного лікування.

Під час оцінювання величини матки було встановлено, що у більшості пацієнток (54,0%) розміри матки були в інтервалі 12–14 тиж, проте середня величина відповідала приблизно 15 тиж. Групи 1, 2 і 3 не відрізнялися між собою по середній величині матки ($p > 0,05$). У групі 4 середня величина матки була статистично значуще менше порівняно з показниками інших груп ($p < 0,05$). У 84,0% хворих групи 4 розміри матки становили 12–14 тиж, що значно нижче порівняно з останніми групами ($p < 0,05$). Слід зазначити, що в групі 4 були відсутні хворі з розмірами матки більш ніж 18 тиж, а в групі 1 – більш ніж 24 тиж.

Аналіз проведення хірургічних доступів залежно від величини матки продемонстрував, що в категоріях 12–14 тиж, 15–19 тиж і 20–24 тиж лапароскопію виконували більш ніж у половини хворих (52,0%), проте в категорії більш ніж 24 тиж у всіх випадках застосовували лапаротомічний доступ.

На підставі анамнестичних даних, гінекологічного огляду і ультразвукового дослідження у 56,0%, 54,0%, 46,0% і 52,0% хворих в групах 1, 2, 3 і 4 відповідно виявлена наявність супутньої міоми матки гінекологічної патології.

Отримані дані свідчать, що частота ознак перенесених раніше травм шийки матки, що візуально виявляються, в групі 4 була вище, а в групі 3 нижче, ніж в групах 2 і 1 ($p < 0,05$). Також група 4 статистично значуще відрізнялася від інших груп частотою супутнього опущення стінок піхви ($p < 0,05$).

У всіх групах при трансвагінальному ультразвуковому дослідженні у 14,0–18,0% хворих виявили патологію ендометрія ($p > 0,05$). Усім хворим із наявністю ультразвукових ознак захворювань ендометрія проведено гістероскопію і роздільне діагностичне вишкрібання з подальшим патоморфологічним дослідженням зскрібків. Наявність патологічних змін ендометрія була підтверджена гістологічно у 98,0% хворих. У більшості випадків діагностовано залозисто-фіброзні, залозисті поліпи ендометрія і осередкова гіперплазія ендометрія.

При вивченні результатів лабораторного передопераційного обстеження у хворих всіх груп не виявлено будь-яких значних відхилень від нормальних показників в аналізах сечі, біохімічних аналізах крові і коагулограмах.

Статистичне оброблення даних загальних аналізів крові продемонструвало, що середні показники гемоглобіну, гематокриту і кількості еритроцитів у хворих на міому матки в групах гістеректомії були нижче, ніж у середньому в популяції ($p < 0,05$). Анемія виявлена у 28,0%; 30,0%; 28,0% і 24,0% хворих у групах 1, 2, 3 і 4 відповідно.

Показання до оперативного лікування міоми матки широко обговорюються у сучасній літературі [1, 3, 5, 7, 9]. Згідно з отриманими результатами, крім наявності міоми матки великих розмірів, показаннями до хірургічного лікування були:

- менометрагії, що повторюються і призводять до анемізації пацієнтки (78,0%),
- стійкий больовий синдром, що є причиною непрацездатності і вимагає вживання анальгетичних препаратів у більш ніж половини хворих (52,0%),
- здавлення і порушення функції сусідніх з маткою органів (сечовий міхур, сечоводи, пряма кишка) у кожній четвертій хворій (26,0%).

У 32,0% хворих зафіксовано швидке зростання пухлини (більше 4 тиж за рік) і зростання пухлини в менопаузі, і в 14,0% – розташування атипії міоматозного вузла (шиїчні і інтралігаментарні вузли, субсерозний вузол на вузькій ніжці).

Отже, хворі на міому матки великих розмірів характеризуються великою частотою (88,0–94,0%) поєднаних показань. Отже, окрім міоми матки великих розмірів були один і більше чинників, що визначали необхідність хірургічного лікування. Великі розміри пухлини як ізольоване показання до операції фіксували лише в 10,0–12,0% хворих. У групі 1 великі розміри пухлини як ізольоване показання зустрічалося частіше (12,0%), ніж в останніх групах, проте ці відмінності не були статистично значущі ($p > 0,05$).

Під час аналізу проведених операцій було встановлено, що у 76,0% хворих групи 1, 66,0% – групи 2, 60,0% – групи 3 і 58,0% – групи 4 гістеректомія поєднувалася з іншими операціями. Так, більшість (54,0%) хворих у групах 2 і 3 оперовані з використанням поперечної надлобкової лапаротомії (типу Pfannenstiel), яка є менш травматичною і забезпечує сприятливіші результати. Нижньо-серединний череворозтин виконували у випадках повторних втручань у хворих, що раніше оперуються з використанням подовжніх розрізів черевної стінки, розмірах пухлини ≥ 17 –18 тиж. Лапаротомічні і вагінальні гістеректомії виконували за стандартними методиками.

У 40,0% хворих групи 1, 26,0% хворих групи 2, 32,0% хворих групи 3 і 8,0% хворих групи 4 під час втручання виконано розподіл спайок у зв'язку з виявленням спайкового процесу в черевній порожнині і порожнині малого таза.

Вузли несприятливої локалізації (шиїчної, перешийчної і міжзв'язкової) виявлені під час операції у 34,0%, 34,0%, 18,0% і 24,0% хворих у групах 1, 2, 3 і 4 відповідно.

У 100% хворих у групах при патоморфологічному дослідженні видалених маток діагностовано лейоміоми. Звертає увагу, що в 42,0% хворих виявлені вторинні зміни в міоматозних вузлах. Групи не відрізнялися за частотою виникнення вторинних змін ($p > 0,05$). Слід відзначити, що у 12,0% хворих в групах виявлена клітинна лейоміома. Вік цих хворих коливався від 30 до 48 років, але середній вік ($37,8 \pm 4,4$ року) був статистично значуще нижче, ніж середній вік хворих у всіх групах – $47,8 \pm 5,7$ року ($p < 0,05$).

Під час проведення патоморфологічного дослідження привертає увагу висока частота супутнього міоми матки великих розмірів внутрішнього ендометріозу (38,0%), гіперпластичних процесів (18,0%), поліпів ендометрія (10,0%) і хронічного ендометриту (32,0%). У групі 4 патологічні процеси придатків матки зустрічалися статистично значуще рідше, ніж в останніх групах ($p < 0,05$).

Особливий інтерес представляє маса макропрепарату. Так, у групі 1 вона коливалась від 300 до 2470 г (у середньому – $789,5 \pm 412,5$ г), у групі 2 – від 300 до 3500 г (у середньому – $973,4 \pm 640,7$ г), у групі 3 – від 320 до 2160 г (у середньому – $865,5 \pm 481,7$ г) ($p > 0,05$). У групі 4 маса матки варіювала від 300 г до 1240 г; середня маса матки ($521,4 \pm 219,6$ г) була значно меншою, ніж в інших групах ($p < 0,05$).

Тривалість операції корелювала з наявністю супутніх операцій у групах 1 ($r_s = 0,65$; $p < 0,01$) і 4 ($r_s = 0,62$; $p < 0,01$), слабо у групах 2 ($r_s = 0,27$; $p > 0,05$) і 3 ($r_s = 0,23$; $p > 0,05$), проте в групах 2 і 3 значущість взаємозв'язку була статистично нижча. Так само виявлена помірна пряма залежність тривалості втручання від наявності спайкового процесу в порожнині малого таза у групах 2 ($r_s = 0,43$; $p < 0,01$), 3 ($r_s = 0,38$; $p < 0,05$) та 1 ($r_s = 0,51$; $p < 0,01$). Слід зазначити, що тривалість лише етапу гістеректомії у всіх групах не корелювала з наявністю поєднаних втручань і наявністю спайкового процесу.

Вивчення кореляції між масою видалених маток і тривалістю гістеректомії в групі 3 продемонструвало, що велика маса матки не призводить до збільшення тривалості операції ($r_s = 0,12$; $p > 0,05$). У групі 2 виявлений слабкий прямий взаємозв'язок ($r_s = 0,28$; $p < 0,05$).

Вивчення зв'язку між тривалістю операції і наявністю ожиріння показало, що в лапаротомічних групах наявність надмірної маси тіла призводила до збільшення тривалості операції (група 2 – $rs = 0,35$; $p < 0,01$; група 3 – $rs = 0,38$; $p < 0,05$). У групах 1 і 4 ожиріння не було чинників, що подовжує гістеректомію.

Аналіз взаємозв'язку між наявністю несприятливо розташованих міоматозних вузлів і тривалістю операції продемонстрував, що в групі 1 наявність несприятливо розташованих міоматозних вузлів призводила до подовження операції ($rs = 0,39$; $p < 0,05$). Не виявлено статистично значущого взаємозв'язку між наявністю несприятливо розташованих міоматозних вузлів і тривалістю операції в групах 2, 3 і 4.

Об'єм операційної крововтрати коливався від 50 до 400 мл (у середньому – $164,44 \pm 66,54$ мл) у групі 1, від 100 до 1500 мл (у середньому – $377,27 \pm 324,07$ мл) у групі 2, від 100 до 800 мл (у середньому – $270,45 \pm 183,25$ мл) у групі 3, від 100 до 450 мл (у середньому – $222,37 \pm 81,78$ мл) у групі 4. Слід зазначити, що об'єм крововтрати у групі 1 був статистично значуще менше, ніж в останніх групах ($p < 0,05$).

У ході кореляційного аналізу в групах 2, 3 і 4 було виявлено пряму залежність об'єму крововтрати від тривалості втручання – $rs = 0,44$ ($p < 0,01$), $rs = 0,39$ ($p < 0,05$) і $rs = 0,41$ ($p < 0,05$) відповідно.

У групі 1 не виявлено достовірного взаємозв'язку між тривалістю операції і операційною крововтратою ($rs = 0,16$; $p > 0,05$). Цей факт з одного боку можна пояснити тим, що в процесі лапароскопічного втручання джерело навіть невеликої кровотечі виявляли відразу, невідкладно проводили гемостаз за допомогою коагуляції і об'єм крововтрати був статистично значимо менше, ніж в останніх групах. З іншого боку, значну частку в загальній тривалості операції в групі 1 становив час, що витрачається на фрагментацію і витягання видаленої матки з черевної порожнини – етап, що не супроводжувався будь-якою крововтратою.

Аналіз залежності об'єму крововтрати від маси продемонстрував, що у всіх групах збільшення матки призводить до збільшення крововтрати: $rs = 0,49$ ($p < 0,01$) у групі 1, $rs = 0,43$ ($p < 0,01$) у групі 2, $rs = 0,38$ ($p < 0,05$) у групі 3 і $rs = 0,56$ ($p < 0,01$) у групі 4.

Враховуючи об'єм крововтрати і наявність вихідної анемії в 4,0% хворих у групі 1, 16,0% – у групі 2, 14,0% – у групі 3 і 6,0% – у групі 4 під час операції здійснювали переливання еритроцитарної маси. В 12,0%, 30,0%, 28,0% і 14,0% випадків у групах 1, 2, 3 і 4 відповідно проводили переливання свіжозамороженої плазми. Частота переливання компонентів крові в групах 1 і 4 була статистично значуще менше, ніж у групах лапаротомічних гістеректомій ($p < 0,05$).

Віддалені результати радикального хірургічного лікування хворих на міому матки широко обговорюються у сучасній літературі [3, 5, 7]. Тривалість наших спостережень за хворими становила від 3 до 30 міс (у середньому – $15,6 \pm 4,8$ міс).

Протягом періоду спостереження 12,0% пацієнток виконали повторне оперативне лікування. Так, у термінах від 1 до 2 міс після операції при контрольних оглядах у 6,0% хворих групи 1, 8,0% – групи 2 і 6,0% – групи 4 були виявлені наявність грануляційних поліпів у куполі піхви.

Протягом періоду спостереження в 1,5% хворих виявлені додаткові утворення, що послужило причиною для повторного оперативного лікування в об'ємі однієї або двобічної аднексектомії.

Також 6,0% хворим виконано хірургічні втручання з приводу опущення тазових органів різного ступеня і стресового нетримання сечі. У групі 1 дві пацієнтки піддалися лапароскопічній промонтофіксації, а 2 (4,0%) хворим виконано відповідно

передню кольпоррафію – кольпоперинеоррафію і слінгову операцію (TOT), 1 (2,0%) – їхнє поєднання.

З групи 2 оперативному лікуванню піддалися 10 хворих: 3 (6,0%) хворим виконана передня кольпоррафія і кольпоперинеоррафія, 1 (2,0%) – TOT. Слід зазначити, що в 1 (2,0%) хворої опущення стінок піхви було присутнє до гістеректомії і його корекція проведена другим етапом через 7 міс після гістеректомії.

У групі 3 в 1 (2,0%) хворої видалення кукси шийки матки виконано з приводу пролапсу кукси шийки матки, що виник протягом двох років після операції. Екстирпація шийки матки поєднувалася з лапароскопічною промонтофіксацією кукси піхви. У іншій хворої (2,0%) виконана передня кольпоррафія у поєднанні з антистресовою операцією TOT.

У групі 4 в 1 (2,0%) пацієнтки виконана традиційна передня кольпоррафія у поєднанні з антистресовою операцією TOT, у іншій хворої (2,0%) з рецидивом виконана лапароскопічна промонтофіксація кукси піхви проленовою сіткою.

Отже, 1 (2,0%) хворій групи 2 і 2 (4,0%) хворим групи 3 проведено герніопластику післяопераційної грижі.

ВИСНОВКИ

Диференційований підхід для хірургічного лікування жінок з міомою матки більших розмірів полягає в наступному:

- вагінальний доступ слід використовувати у народжуючих жінок з ємкою піхвою, рухливою пухлиною, що не перевищує 16 тиж вагітності (маса матки не перевищує 700 г), і відсутністю патології придатків матки, а також у хворих, яким у зв'язку з високим ризиком інгальційного наркозу показано проведення регіонарної спинномозкової анестезії.
- лапароскопічний доступ переважний у хворих міомою матки величиною до 24 тиж вагітності (маса матки до 1500 г), у випадках наявності: супутньої генітальної і екстрагенітальної патології, що вимагає симультанного хірургічного лікування; раніше перенесених операцій на органах черевної порожнини і малого таза; надмірної маси тіла і неможливості виконання операції вагінальним доступом.
- лапаротомічний доступ показаний для виконання гістеректомії лише у хворих з пухлинами надмірно великих розмірів (більше 24 тиж вагітності (маса матки більш 1500 г) або за наявності протипоказань до проведення лапароскопії.

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до хірургічного лікування міоми матки великих розмірів є обґрунтованим і дозволяє поліпшити ранні і віддалені наслідки для жінок в аспекті клінічного перебігу раннього післяопераційного періоду і якості життя у віддалений період.

Optimization of surgical treatment of large uterine fibroids V. V. Klimova

The objective: increase of efficiency of surgical treatment of large uterine fibroids on the basis of study of clinical-and-echographic and morphological features, and also development and introduction of the differentiated going near the choice of method of operative interference with the use of modern endoscopic technologies.

Materials and methods. The results of complex inspection and surgical treatment are analysed 200 patients by the large uterine fibroids (sizes are tumours, proper 12 and more to the weeks of

pregnancy and mass of remote macropreparation a more than 300 g) which was added planned hysterectomy on the clinical base of department. 50 a patient is execute total laparoscopic hysterectomy (group 1), 50 – total laparotomy hysterectomy (group 2), 50 - subtotal laparotomy hysterectomy (group 3) and 50 – total vaginal hysterectomy (group 4).

Results. At to the analysis of the conducted operations it is set by us, that in 76,0% patients in a group 1, 66,0% – in a group 2, 60,0% in a group 3 and 58,0% – in the group of 4 hysterectomy was combined with other operations. More than half (54,0%) of patients in groups 2 and 3 operated with the use of transversal suprapubic laparotomy (type Pfannenstiel) which is less traumatic and provides more favourable results. Before infero-median transection succeeded in the cases of the repeated interferences in patients which are before operated with the use of longitudinal cuts of abdominal wall, sizes of tumour, which exceed 17–18 weeks.

Conclusion. The results of the conducted researches testify that the use of the differentiated going near surgical treatment of large uterine fibroids is grounded and allows to improve early and remote consequences for women in the aspect of clinical motion of early postoperative period and quality of life in a remote period.

Keywords: *uterine fibroids, surgical treatment, optimization.*

Інформація про автора

Климова Владислава Владиславівна – очний аспірант, кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (068) 425-82-98. E-mail: vladarotsh0405@gmail.com
ORCID 0009-0002-3448-777X

Information about the author

Klimova Vladyslava V. – graduate student department of obstetric, gynecology and medicine of fetus of Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kyiv; тел.: (068) 425-82-98. E-mail: vladarotsh0405@gmail.com
ORCID 0009-0002-3448-777X

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Styer AK, Rueda BR, The Epidemiology and Genetics of Uterine Leiomyoma. Best Pract. Res. Clin Obstet Gynaecol. 2021 Jul;34:3–6.
2. Terry KL, De Vivo I, Hankinson SE, Missmer A. Reproductive characteristics and risk of uterine leiomyomata. Fertility Sterility. 2020;94(7):2703–7.
3. Ahmed El-Balat, Rudy Leon DeWilde, Iryna Schmeil, Morva Tahmasbi-Rad, Sandra Bogdanyova, Ali Fathi, and Sven Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. Biomed Res Int. 2018 Jan;459–75. DOI: 10.1155/2018/459387Beckerresponding.
4. Laughlin SK, Stewart EA. Uterine Leiomyomas: Individualiz the Approach to Heterogeneous Condition. Obstetrics & Gynecology. 2021;17(Pt. 1.):396–400.
5. Downes E, Sikirica V, Gilibert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, Subramanian D. The burden of uterine fibroids in five European countries. Obstet Gynecol Reprod. 2020 Sep;152(1):96–102. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2010.05.012.
6. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Human Reproduction Update. 2019 Nov;22(6):665–86.
7. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. Obstet Gynaecol. 2008 Aug;22(4):571–88. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.002.
8. Lisiecki M, Paszkowski M, Woźniak S. Fertility impairment associated with uterine fibroids – a review of literature. Prz Menopauzalny. 2017 Dec;16(4):137–40. DOI: 10.5114/pm.2017.72759.
9. Baird DD, Harmon QE, Upson K, et al. A prospective, ultrasound – based study to evaluate risk factors for uterine fibroid incidence and grow: methods and results of Recrytmen. J. Womens Health (Larchmt). 2019;24(11):907–15.
10. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. BJOG. 2017;124(10):1501–12.

11. Eun Ji Choi, Seong Beom Cho, Sa Ra Lee, Young Mi Lim, et al. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis. *Obstet Gynecol Sci.* 2017;60(6):579–86. DOI: 10.5468/ogs.2017.60.6.579.
12. Cha PC, Takahashi A, Hosono N, et al. A genome wide association study identifies three loci associated with susceptibility to uterine fibroids. *Nat Genet.* 2021;43:447–50.
13. Baschinsky DY, Isa A, Niemann TH. Leiomyomatosis of the uterus. A case report with clonality analysis. *Hum Pathol.* 2020;31(11):1430–2.
14. Baranov VS, Osinovskaya NS, Yarmolinskaya MI. Pathogenomics of Uterine Fibroids Development. Baranov VS. *Int J Mol Sci.* 2019 Dec;20(24):e6151. DOI: 10.3390/ijms20246151.
15. Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. The effects of exposure to air pollution on the development of uterine fibroids. Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. *Int J Hyg Environ Health.* 2019 Apr;222(3):549–55.
16. Mas A, Tarazona M, Carrasco J, Estaca G, Cristyba II, Monleyn J. Updated approaches for management of uterine fibroids. *Int J Womens Health.* 2017; 9:607–17.
17. Khan Z, Stewart EA. Benign uterine diseases. Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology. 7th Ed. 2019;27:586–603.
18. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia FN. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. *Medicine (Baltimore).* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018 Jan;46:3–11.
19. Csatlós E, Rigó J, Laky M. The role of the alcohol dehydrogenase-1 (ADH1) gene in the pathomechanism of uterine leiomyoma. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2019;70: 492–496.
20. Ciebia M, Włodarczyk M, Ślabcuszczyńska-Jóźwiak A, Nowicka G, Jakiel G. Influence of vitamin D and transforming growth factor β 3 serum concentrations, obesity, and family history on the risk for uterine fibroids. *Obstet Gynecol.* 2021 Aug;27(4):276–83.