

DOI: 10.52705/2788-6190-2023-04-12
УДК 618.14-006+618.14-007.415]-089

Порівняльні аспекти хірургічного лікування поєднання міоми матки з аденоміозом та їхніх рецидивів

Г. О. Толстанова

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

Мета дослідження: вивчити порівняльні аспекти різних методів хірургічного лікування поєднання міоми матки з аденоміозом та їхніх рецидивів.

Матеріали та методи. У дослідження включено 362 жінки із симптомами аденоміозу і міомою матки. Показаннями до операції слугували наступні симптоми: суб'єктивні скарги пацієнтки на больовий синдром, нерегулярні кров'яні тривалі виділення (кровотечі) із статевих шляхів, абдомінальний дискомфорт, пов'язаний із дисфункцією сусідніх з маткою органів.

Під час лабораторного контролю основним показанням до оперативного втручання слугувала наявність тривалої хронічної анемізації, невідчутливості до фармакологічної корекції. Пацієнткам проводили ультразвукове дослідження органів малого таза з кольоровим доплерівським картуванням маткових судин.

Результати. За результатами дослідження післяопераційних ускладнень у пацієнток основної групи можна зробити висновок, що в більшості випадків при вживанні трансабдомінального доступу немає достовірних відмінностей між середніми показниками порівнюваних параметрів у групах пацієнток з ускладненнями і без ускладнень. Відмінність виявлена в одному випадку: збільшення об'єму органа, що видалється, достовірно збільшує ускладнення в післяопераційний період з боку операційної рани при трансабдомінальному доступі. Ускладнення після проведення лапаротомії пов'язані з більшою травматичністю, обмеженням рухливості пацієнтки у ранній післяопераційний період, обумовленої вираженням больовим синдромом.

В основній групі пацієнток з ускладненнями, що виникли після застосування лапароскопічного і вагінального доступів, середні розміри органа, час операції, вік жінок перевищували середні розміри таких самих показників у пацієнток без ускладнень, але при статистичному обробленні даних відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$) у більшості жінок підгруп порівняння.

Достовірно виявлено, що збільшення об'єму органа, що видалється, час проведення операції лапароскопічним доступом збільшує ризик пошкодження сечовивідних шляхів. Використання вагінального доступу збільшує ризик формування диспареунії у пацієнток з великими розмірами органа, що видалється, і при збільшенні часу операції, що може бути пов'язане з травматизацією тканин при видаленні пухлини великих розмірів і більшою крововтратою при подовженні часу операції.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать про необхідність використання диференційованого підходу до застосування різних методів хірургічного лікування (абдомінальний, лапароскопічний і вагінальний) у пацієнток з поєднанням міоми матки і ендометріозу.

Рациональне використання сучасних методів оперативного лікування з урахуванням віку пацієнток, розмірів пухлини, наявності супутньої екстрагенітальної патології тощо дозволить знизити частоту ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, а також сприяє швидшому відновленню пацієнток.

Ключові слова: міома матки, аденоміоз, рецидиви, хірургічне лікування.

Основні тенденції розвитку сучасної гінекології характеризуються стрімким впровадженням у практику методів хірургічного лікування із застосуванням малоінвазивних технологій. Використання нових прогресивних технологій у медицині змінило погляди на загальноприйнятту тактику ведення пацієнток із хірургічною патологією. При поєднаній патології матки на сьогодні застосовують різні доступи оперативного лікування. Проте дотепер залишаються не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення і віддалені результати при призначенні того або іншого оперативного доступу при поєднаній патології матки [1–5].

Враховуючи високий сучасний рівень клінічного обстеження при підготовці до оперативного лікування гінекологічних хворих, найчастіше виявляють декілька захворювань матки, що вимагають хірургічної корекції. Показанням до оперативного лікування є наявність міоми матки (ММ) у комбінації з аденоміозом (АМ) [6–10].

На сьогодні пропонуються і впроваджуються різні методики оперативного доступу, використовуються нові синтетичні матеріали (трансплантати), знімаються обмеження для вживання малоінвазивних методик, провідне місце традиційного абдомінального доступу посідає лапароскопічний і вагінальний. Традиційні хірургічні технології в оперативній гінекології, пануючи десятиліттями, витісняють нові, що викликає спори серед тих лікарів, які вже довго оперують традиційними методами. Крім того, з урахуванням різноманіття можливих хірургічних доступів не визначені показання, протипоказання і чіткі критерії вибору оперативного доступу за необхідності хірургічного лікування доброякісних новоутворень матки. Це призводить до поляризації думок фахівців про доцільність вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах ММ, наявності великого спайкового процесу органів черевної порожнини і малого таза [11–16].

Проте не всі наукові завдання цього напрямку на сьогодні повністю вирішені. Одним із таких питань є вивчення порівняльних аспектів різних методів хірургічного лікування поєднання ММ і АМ.

Мета дослідження: вивчити порівняльні аспекти різних методів хірургічного лікування поєднання ММ з АМ та їхніх рецидивів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 362 жінки, які мають симптоми АМ і ММ. Показаннями до операції слугували такі симптоми, як:

- суб'єктивні скарги пацієнтки на больовий синдром,
- нерегулярні кров'яні тривалі виділення (кровотечі) із статевих шляхів,
- абдомінальний дискомфорт, пов'язаний із дисфункцією сусідніх з маткою органів.

Під час лабораторного контролю основним показанням до оперативного втручання слугувала наявність тривалої хронічної анемізації, невіддатливий до фармакологічної корекції. Пацієнткам проводили ультразвукове дослідження органів малого таза з кольоровим доплерівським картуванням маткових судин.

Передопераційне обстеження всіх пацієнток із показаннями до оперативного лікування включало:

1. Збір скарг і анамнезу.
2. Об'єктивний статус.
3. Гінекологічний статус.
4. Лабораторний контроль.
5. Ультразвукове дослідження (УЗД).

Під час комплексного клініко-лабораторного обстеження пацієнток отримані наступні дані:

- порушення менструального циклу зафіксовано у 362 (100%) жінок;
- ознаки альгоменореї – у 295 (81,5%) пацієнток;
- анемія I–III ступеня – у 310 (85,6%) жінок;
- збільшення розмірів матки від 5 і більше тижнів вагітності – у 362 (100%) жінок;
- зміни при УЗД виявлені також у всіх пацієнток – 100%.

Основна група пацієнток з поєднанням ММ і АМ була розподілена на три підгрупи залежно від методу хірургічного лікування:

- 1 підгрупа – 122 жінки, які були прооперовані абдомінальним шляхом;
- 2 підгрупа – 212 пацієнток з лапароскопічним методом лікування;
- 3 підгрупа – 28 жінок, які були прооперовані вагінальним доступом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість пацієнток (73,8%) у 1 підгрупі були віком понад 50 років. Їм за різними показаннями було виконано трансабдомінальне втручання (середній вік – $53,4 \pm 5,3$ року). У 2 підгрупі хворих, які перенесли ендоскопічні втручання, більшість пацієнток (75,9%) увійшли до вікової категорії від 35 до 50 років (середній вік – $44,4 \pm 4,2$ року). У 3-ій підгрупі найбільша кількість пацієнток (64,3%) з перенесеними вагінальними втручаннями була віком старше 50 років (середній вік – $58,3 \pm 5,5$ року).

Отже, виконано 122 (33,7%) операції трансабдомінальним доступом, лапароскопічний доступ – у 212 (58,6%) випадках, вагінальний доступ – у 28 (7,7%) пацієнток. Більшість операцій в основній групі виконана лапароскопічним доступом (75,9%) жінкам вікової категорії від 35 до 50 років, що має невеликі об'єми матки від 5 до 14 тиж, середній розмір матки становив $10,2 \pm 1,3$ тиж. Вибір оптимального доступу у більшості випадків був пов'язаний з розмірами пухлини, що видалялася (таблиця).

Дані таблиці свідчать, що при використанні абдомінального доступу абсолютні цифри середніх розмірів матки перевищували об'єм порівняно з використанням вагінального і лапароскопічних доступів, але не мали достовірних відмінностей ($p > 0,05$). Розміри органа, що видаляється, в більшості випадків були одним з вирішальних чинників при виборі оперативного доступу.

Під час порівняння всіх методик, які застосовували для оперативного лікування ММ у поєднанні з АМ, отримані наступні результати: середня тривалість операції в абсолютних цифрах вище при вживанні вагінального доступу, але не має достовірних відмінностей з часом, витраченим на використання лапароскопічного

**Середні розміри матки у тижнях вагітності і вигляд оперативного доступу
в обстежених жінок основної групи (M±m)**

Основна група пацієнток	Трансабдомінальний доступ		Лапароскопічний доступ		Вагінальний доступ	
	35–50 років	старше 50 років	35–50 років	старше 50 років	35–50 років	старше 50 років
ММ у поєднанні з АМ	11,6±5,4	13,1±4,2	10,2±3,3	11,6±5,0	8,6±2,4	7,6±3,4

і вагінального доступу ($p>0,05$). Це ймовірно пов'язано з тим, що вагінальні операції були проведені у 28 (7,7%) пацієнток цієї групи. Середній післяопераційний койко-день, активізація пацієнток, тривалість субфебрильної реакції організму збігає у всіх досліджуваних групах і не має достовірних відмінностей ($p>0,05$).

При порівнянні післяопераційних ускладнень при трансабдомінальному доступі ранні післяопераційні ускладнення були у 6 (4,9%) жінок групи оперованих хворих з ММ і АМ і достовірно відрізнялися з групою лапароскопічного доступу ($p<0,001$), але не знайдено достовірних відмінностей з групою вагінального доступу ($p=0,703$).

До основної групи ранніх післяопераційних ускладнень увійшли патологічні зміни в ділянці післяопераційної рани передньої черевної стінки і становили 3 (2,5%) випадки, включали сероми, розходження країв післяопераційної рани. Пізні післяопераційні ускладнення при вживанні трансабдомінального доступу зафіксовано у 17 (13,9%) жінок, достовірно відрізнялись порівняно з лапароскопічним доступом ($p<0,001$) і не мали відмінностей порівняно з вагінальним доступом.

Аналіз пізніх післяопераційних ускладнень проводили під час візиту до лікаря. Диспансерне спостереження і активне з'ясування скарг у пацієнток, яким раніше були проведені операції, включало період часу від 1 року до 5 років після операційного спостереження. Стійкий больовий синдром виявлений у 8 (6,6%) випадках, диспареунія після череворозтинів – у 6 (4,9%) пацієнток. Формування кіст яєчників, серозоцеле, спайкового процесу органів малого тазу, що діагностується при УЗД, виявлено у 3 (2,5%) випадках. Загальна кількість усіх ускладнень при застосуванні череворозтину – у 23 (18,8%), з них ранні післяопераційні ускладнення становили 4,9%, пізні післяопераційні ускладнення – 13,9%.

Аналіз ускладнень при вживанні лапароскопічного доступу продемонстрував значно менший відсоток ускладнень як в ранній, так і в пізній післяопераційний період порівняно з трансабдомінальним доступом ($p<0,001$). Ранні післяопераційні ускладнення зареєстровані в 1 (0,5%) випадку та включали наявність сероми в ділянці введення троакара. Пізні післяопераційні ускладнення, які виявили у 3 (1,4%) жінок були пов'язані з наявністю суб'єктивних скарг пацієнток:

- формування стійкого больового синдрому – 2 (0,9%) випадки;
- наявність диспареунії, що виникла у післяопераційний період – 1 (0,5%) жінка.

Загальна кількість ускладнень при застосуванні лапароскопічного доступу становила 4 (1,9%).

При вживанні вагінального доступу у пацієнток з ММ і АМ ранні післяопераційні включали 1 (3,6%) випадок, пов'язаний з виникненням запального процесу

в ділянці вагінальної післяопераційної рани. Пізні післяопераційні ускладнення становили 2 (7,1%) випадки і були пов'язані з формуванням стійкого больового синдрому – у 1 (3,6%), в 1 (3,6%) спостереженні розвинулась диспареунія після проведеної операції. Загальна кількість ускладнень при застосуванні вагінального доступу становила 3 (10,7%) і не мала достовірних відмінностей з трансабдомінальним доступом.

Представлені ускладнення слугували приводом для проведення аналізу ефективності та якості використання різних операційних доступів.

За результатами дослідження післяопераційних ускладнень у пацієток основної групи можна дійти висновку, що в більшості випадків при застосуванні трансабдомінального доступу немає достовірних відмінностей між середніми показниками порівнюваних параметрів у групах пацієток з ускладненнями і без ускладнень ($p > 0,05$).

Відмінність виявлена в одному випадку: збільшення об'єму органа, що видаляється, достовірно збільшує ускладнення в післяопераційний період з боку операційної рани ($p < 0,05$) при трансабдомінальному доступі. Усі ускладнення при проведеній лапаротомії пов'язані з більшою травматичністю, обмеженням рухливості пацієнтки у ранній післяопераційний період, обумовленої вираженим больовим синдромом.

В основній групі пацієток з ускладненнями, що виникли після застосування лапароскопічного і вагінального доступів, середні розміри органа, час операції, вік жінок перевищували середні розміри таких самих показників у пацієток без ускладнень, але при статистичному обробленні даних відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$) у більшості жінок підгруп порівняння.

Достовірно виявлено, що збільшення об'єму органу, що видаляється, час проведення операції лапароскопічним доступом збільшує ризик пошкодження сечовивідних шляхів ($p < 0,05$). Використання вагінального доступу збільшує ризик формування диспареунії у пацієток з великими розмірами органа, що видаляється, і при збільшенні часу операції ($p < 0,05$), що може бути зв'язане з травматизацією тканин при видаленні пухлини великих розмірів і більшою крововтратою при подовженні часу операції.

Отже, є підстави дійти висновку про необхідність внесення обмежень вживання малоінвазивних доступів при великих розмірах пухлини матки. При розмірах пухлини більше 14 тиж на користь пацієнтки доцільно використовувати трансабдомінальний доступ, щоб уникнути важких інтраопераційних ускладнень, кровотеч і негативних симптомів у пізній післяопераційний період, пов'язаний із формуванням стійкого больового синдрому та диспареунії.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність використання диференційованого підходу до використання різних методів хірургічного лікування (абдомінальний, лапароскопічний і вагінальний) у пацієток з поєднанням міом матки і ендометріозу.

Рациональне використання сучасних методів оперативного лікування з урахуванням віку пацієток, розмірів пухлини, наявності супутньої екстрагенітальної патології тощо дозволить знизити частоту ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, а також сприятиме швидшому відновленню пацієток.

Comparative aspects of surgical treatment of combination of uterine fibroids from adenomyosis and their relapses

G. O. Tolstanova

The objective: to learn the comparative aspects of different methods of surgical treatment of combination of uterine fibroids from adenomyosis and their relapses.

Materials and methods. 362 women are plugged in research, that has signs of adenomyosis and uterine fibroids. To the operation next symptoms – subjective complaints of patient served certificates on a pain syndrome, irregular bloody protracted excretions (bleeding) from sexual ways, abdominal discomfort, related to disfunction of nearby with an uterus organs.

At laboratory control to the basic certificates the presence of protracted chronic anemization served to operative interference, to the uncomplying pharmacological correction. In an obligatory order to all patients ultrasonic research of organs of small pelvis was conducted with the coloured Doppler lodging of uterine vessels.

Results. As a result of research of postoperative complications it is possible to draw conclusion for the patients of basic group, that in most cases at the use of transabdominal access there are not reliable differences between the middle indexes of the compared parameters in groups for patients with complications and without complications. A difference found out in one case: increase of volume of organ, which retires, for certain increases complication in a postoperative period from the side of operating wound at transabdominal access. All complications at conducted laparotomy are related to greater traumatic, by limitation of mobility of patient in an early postoperative period, conditioned by the expressed pain syndrome.

In the basic group of patients with arising up complications with the use of laparoscopic and vaginal accesses, middle sizes of organ, time of operation, eyelids was exceeded by the middle sizes of those indexes for patients without complications, but at statistical treatment of these differences discovered it was not in most sub-groups of comparison.

It is discovered for certain, that increase of volume of organ which retires, the risk of damage of urinoexcretory ways increases time of operation laparoscopic access. The use of vaginal access is increased by the risk of forming of dyspareunia for patients with the large of organ which retires, and at the increase of time of operation which can be constrained from tissue trauma at the large tumor and greater blood loss at lengthening of time of operation.

Conclusion. The results of the conducted researches testify to the necessity of the use of the differentiated going near the use of different methods of surgical treatment (abdominal, laparoscopic and vaginal) for patients with combination of uterine fibroids and endometriosis.

Rational use of modern methods of operative treatment taking into account age of patients, sizes of tumour, presence of concomitant extragenital pathology and others like that will allow to reduce frequency of early and late postoperative complications, and also instrumental in more rapid renewal of patients.

Keywords: uterine fibroids, adenomyosis, relapses, surgical treatment.

Відомості про автора

Толстанова Галина Олександрівна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (093) 611-07-84. E-mail: tolstanova.galyna@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6998-4595

Information about the author

Tolstanova Galina O. – Ph.D, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (093) 611-07-84. E-mail: tolstanova.galyna@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6998-4595

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aden P., 2020. GnRH analogues, transvaginal ultrasound-guided drainage and intracystic injection of recombinant intricukin-2 in the treatment of endometriosis // *Gynecol. Obstet. Invest.*:55 (2):96 - 104.
2. Agarwal S.K., 2021. Comparative effects of GnRH agonist therapy // *J. Reprod. Med.*:43 (3):293 – 298.
3. Ahmed S., 2022. Green tea polyphenol epigallocatechin-3-gallate (EGCG) differentially inhibits interleukin-1 beta-induced expression of matrix metalloproteinase-1 and -13 in human chondrocytes // *J. Pharmacol. Exp. Ther.*:308(2):767-73.
4. Ahn C., 2020. Uterine arterial embolization for the treatment of symptomatic adenomyosis of the uterus // *J. Vase Interv. Radiol.*:11 (2,2):192-201.
5. Ajossa S., 2021. The prevalence of endometriosis in premenopausal women undergoing gynecological surgery // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.*:2 (1):195-197.
6. Bai S.W., 2022. Uterine Arterial Embolization for the Treatment of Uterine Leiomyomas // *Yonsei Medical Journal*:43:3:346 - 350.
7. Barbieri R. L., 2020. Elevated serum concentrations of CA-125 in patients with advanced endometriosis // *Fertil. Steril.*:45:630-634.
8. Bast R., 2022. C. A radio-immunoassay using a monoclonal antibody to monitor the course of epithelial ovarian cancer // *N. Engl. J. Med.* 309:883-7.
9. Bazot M., 2021. Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: a preliminary comparison // *Hum. Reprod.*:18:1686-1692.
10. Becker E.J., 2020. Added Value of Transvaginal Sonohysterography Over Transvaginal Sonography Alone in Women With Known or Suspected Leiomyoma // *J Ultrasound. Med.*:21:237-247.
11. Berube S., 2021. Characteristics related to the prevalence of minimal or mild endometriosis in infertile women // *Canadian Collaborative Group on Endometriosis. Epidemiolog.*:9:504–510.
12. Cahill D.J., 2022. Pre-ovulatory granulosa cells of infertile women with endometriosis are less sensitive to luteinizing hormone // *Am. J. Reprod. Immunol.*:49 (2):66-69.
13. Carlson K.J., 2021. Indications for hysterectomy // *N. Eng. J. Med.*:328:856-860.
14. Chapron C., 2020. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenor-rhoea and extent of disease // *Hum. Reprod.*:18(4):760 - 768.
15. Chatman D.L., 2022. Modern Diagnosis of Endometriosis // *J. reprod. Med.*:33:11:861-866.
16. Chatman D.L., 2020. Pelvic peritoneal defects and endometriosis: further observation // *Fertile Steril.*:46: 711 - 4.