

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-01-09
УДК 618.14-006+618.14-007.415]-089

Порівняльні аспекти різних методів хірургічного лікування поєднаної патології матки

І. П. Нецкар, О. А. Ковалишин

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

Мета дослідження: вивчення порівняльних аспектів різних методів хірургічного лікування поєднаної патології матки.

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

Під час лабораторного контролю основним показанням до оперативного втручання слугувала наявність тривалої хронічної анемізації, невіддатливий фармакологічній корекції. В обов'язковому порядку всім пацієнткам проводили ультразвукове дослідження органів малого таза з кольоровим доплерівським картируванням маткових судин.

Результати. Виявлено, що збільшення об'єму органа, що видаляється, та час проведення операції лапароскопічним доступом збільшує ризик пошкодження сечовивідних шляхів ($p < 0,05$). Використання вагінального доступу збільшує ризик формування диспауренії у пацієнток з великими розмірами органа, що видаляється, а збільшення тривалості операції ($p < 0,05$) може бути зв'язане з травматизацією тканин при видаленні пухлини великих розмірів і більшою крововтратою. Отже, є підстави зробити висновок 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 задля уникнення тяжких інтраопераційних ускладнень, кровотеч і негативних симптомів у пізній післяопераційний період, пов'язаний з формуванням стійкого больового синдрому і диспауренії.

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 та 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 сприятиме швидшому відновленню пацієнток.

Ключові слова: поєднана патологія матки, хірургічне лікування, порівняльні аспекти.

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

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 загальноприйняту тактику ведення пацієнток з хірургічною патологією. При поєднаній патології матки (ППМ) на сьогодні застосовуються різні доступи оперативного лікування. Проте залишаються дотепер не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення і віддалені результати при призначенні того або іншого оперативного доступу при ППМ [1–5].

Враховуючи високий сучасний рівень клінічного обстеження під час підготовки до оперативного лікування гінекологічних хворих, найчастіше виявляються 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 й упроваджуються різні методики оперативного доступу, використовуються нові синтетичні матеріали (трансплантати), знімаються обмеження для вживання малоінвазивних методик, замість традиційного абдомінального доступу застосовують лапароскопічний і вагінальний. Традиційні хірургічні технології в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняють нові, що викликає суперечки серед тих лікарів, що достатньо 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 міоми матки, наявності обширного спайкового процесу органів черевної порожнини і малого таза [11–16].

На нашу думку, 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: вивчення порівняльних аспектів різних методів хірургічного лікування поєднання ММ і АМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 362 жінки з ознаками АМ і ММ. Показаннями до операції слугували такі симптоми:

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

Під час проведення лабораторного контролю основним показанням до оперативного втручання слугувала наявність тривалої хронічної анемізації, невіддаєтливий фармакологічний корекції. Усім пацієнткам проводили ультразвукове дослідження органів малого таза з кольоровим доплерівським картируванням маткових судин.

Передопераційне обстеження усіх пацієнток з 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 відзначено 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.

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

- 1-а підгрупа – 122 жінки, прооперованих абдомінальним шляхом;
- 2-а підгрупа – 212 пацієнток з лапароскопічним методом лікування;
- 3-я підгрупа – 28 жінок, прооперованих вагінальним доступом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Отже, виконано 122 (33,7%) операції трансабдомінальним доступом, 212 (58,6%) – лапароскопічним доступом, 28 (7,7%) – вагінальним доступом. Більшість операцій в основній групі виконана лапароскопічним доступом (75,9%) жінкам вікової категорії від 35 до 50 років, що мають 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 демонструють, 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, у більшості випадків були одним з вирішальних чинників при виборі оперативного доступу.

При порівнянні усіх зазначених вище методик оперативного лікування ММ у поєднанні з АМ виявлено, що середня тривалість операції в абсолютних цифрах вище при вагінального доступу, але не має достовірних відмінностей з часом, витраченим на використання лапароскопічного і вагінального доступу ($p > 0,05$). Це ймовірно пов'язано з тим, що вагінальні операції проводили у 28 пацієнток,

Середні розміри матки в тижнях вагітності і вид оперативного доступу в обстежених жінок основної групи, М±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 + АМ	$11,6 \pm 5,4$	$13,1 \pm 4,2$	$10,2 \pm 3,3$	$11,6 \pm 5,0$	$8,6 \pm 2,4$	$7,6 \pm 3,4$

що становить 7,7% від загальної кількості пацієнток цієї групи. Середній післяопераційний койко-день, активізація пацієнток, тривалість субфебрильної реакції організму зівставна у всіх досліджуваних групах і не має достовірних відмінностей ($p > 0,05$).

При порівнянні післяопераційних ускладнень при трансабдомінальному доступі, ранні післяопераційні ускладнення включали 6 випадків, що становило 4,9% у групі оперованих пацієнток з MM і AM і достовірно відрізнялися від групи лапароскопічного доступу ($p < 0,001$), але не знайдено достовірних відмінностей з групою вагінального доступу ($p = 0,703$).

Основну групу ранніх післяопераційних ускладнень становили патологічні зміни в ділянці післяопераційної рани передньої черевної стінки – 3 (2,5%) випадки, включали сероми, розходження країв післяопераційної рани. Пізні післяопераційні ускладнення при вживанні трансабдомінального доступу становили 17 випадків, або 13,9%, і також мали достовірну відмінність порівняно з лапароскопічним доступом ($p < 0,001$) і не мали відмінностей порівняно з вагінальним доступом.

Аналіз пізніх післяопераційних ускладнень проводили по явах диспансерного спостереження та активного з'ясування скарг у пацієнток, яким раніше були проведені операції, і включав період часу від 1 до 5 років післяопераційного спостереження. Стійкий больовий синдром виявлений у 8 (6,6%) випадках, диспареунія після череворозтинів спостерігалася у 6 (4,9%) пацієнток. Формування кіст яєчників, серозоцеле, спайкового процесу органів малого таза, що діагностується при УЗД, виявлено у 3 (2,5%) випадках. Загальна кількість усіх ускладнень при застосуванні череворозтину – 23 (18,8%), з них ранні післяопераційні ускладнення – 4,9%, пізні післяопераційні ускладнення – 13,9%.

Аналіз ускладнень при застосуванні лапароскопічного доступу продемонстрував значно менший відсоток ускладнень як у ранній, так і в пізній післяопераційний період порівняно з трансабдомінальним доступом ($p < 0,001$). Ранні післяопераційні ускладнення становили 1 (0,5%) випадок і включали наявність сероми в ділянці введення троакара. Пізні післяопераційні ускладнення – 3 (1,4%) випадки були пов'язані з наявністю суб'єктивних скарг пацієнток, формування стійкого больового синдрому – 2 (0,9%) випадки, наявність диспареунії у післяопераційний період – 1 (0,5%) випадок. Загальна кількість ускладнень при вживанні лапароскопічного доступу становила 4 (1,9%).

Під час вживання вагінального доступу у пацієнток із MM і AM у ранній післяопераційний період 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 – 1 (3,6%). В 1 (3,6%) спостереженні була диспареунія, яка виникла після проведеної операції. Загальна кількість ускладнень при застосуванні вагінального доступу становила 3 (10,7%) випадки 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 пацієнток основної групи можна дійти висновку, що в більшості випадків при застосуванні трансабдомінального доступу немає достовірних відмінностей між середніми показниками порівнюваних параметрів у групах у пацієнток з ускладненнями і без ускладнень ($p > 0,05$). Відмінність виявлена в одному випадку: збільшення об'єму

органа, що видалається, достовірно збільшує ускладнення у післяопераційний період з боку операційної рани ($p < 0,05$) при трансабдомінальному доступі.

Усі ускладнення при проведенні лапаротомії пов'язані з більшою травматичністю, обмеженням рухливості пацієнтки у ранній післяопераційний період, обумовленої вираженим больовим синдромом. В основній групі пацієнток з ускладненнями після операції з використанням лапароскопічного і вагінального доступів середні розміри органа, час операції та вік перевищували середні розміри тих самих значень у пацієнток без ускладнень, але при статистичному обробленні даних відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$) у більшості пацієнток підгруп порівняння.

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

Отже, є підстави зазначити необхідність внесення обмежень вживання малоінвазивних доступів при великих розмірах пухлини матки. При розмірах пухлини більше 14 тиж на користь пацієнтки доцільно використовувати трансабдомінальний доступ для уникнення важких інтраопераційних ускладнень, кровотеч і негативних симптомів у пізній післяопераційний період, пов'язаний з формуванням стійкого больового синдрому і диспауренії.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність використання диференційованого підходу до використання різних методів хірургічного лікування (абдомінальний, лапароскопічний і вагінальний) у пацієнток з поєднанням ММ 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 сприятиме більш швидкому відновленню пацієнток.

Comparative aspects of different methods surgical treatment of the combined pathology of uterus I. P. Netskar, O. A. Kovalishin

The objective: to learn the comparative aspects of different methods of surgical treatment of the combined pathology of uterus.

Materials and methods. 362 women are plugged in research, that has signs of adenomyosis and uterine fibroids. To the operation the followings symptoms served certificates: subjective complaints of patient about 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. It is discovered that increase of volume of organ which retires, the risk of damage of urinoexcretory ways increases time of operation laparoscopic access ($p < 0,05$). The use of vaginal access is increased by the risk of forming of dispaurenia for patients with the large organ size which retires, and at the increase of time of operation ($p < 0,05$) which can be constrained from traumatization tissue at the oncotomy of large size and greater blood loss at lengthening of time of operation.

Consequently, there are grounds to draw conclusion about the necessity of bringing of limitations of the use of littleinvasion accesses at the large size of tumour of uterus. At the sizes of tumour more than 14 weeks, in behalf of patient it is expedient to use transabdominal access in order to avoid heavy intraoperative complications, bleeding and negative symptoms in a late postoperative period, related to forming of proof pain syndrome and forming of dispaurenia.

Conclusions. 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: combined pathology of uterus, surgical treatment, comparative aspects.

Відомості про авторів

Нецкар Ірина Петрівна – канд. мед. наук, доц., кафедри акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ.
E-mail: netskar19doctor@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4162-7179

Ковалишин Оріся Анатоліївна – д-р мед. наук, доц., Львівський медичного університету.
E-mail: orusia75@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9710-0694

Information about the authors

Netskar Iryna P. – candidate of medical sciences, associate professor of department of obstetric, gynecology and perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv.
E-mail: netskar19doctor@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4162-7179

Kovalishin Orysya A. – a doctor of medical sciences, associate professor, dean of medical faculty of the Lviv medical university. E-mail: orusia75@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9710-0694

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aden P., 2020. GnRH analogues, transvaginal ultrasound-guided drainage and intracystic injection of recombinant interlukin-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):293–8.
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):195–7.
6. Bai S.W., 2022. Uterine Arterial Embolization for the Treatment of Uterine Leiomyomas // Yonsei Medical Journal:43:3:346–50.

7. Barbieri R. L., 2020. Elevated serum concentrations of CA-125 in patients with advanced endometriosis // *Fertil. Steril.*:45:630–4.
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.*:18:1686–92.
10. Becker E.J., 2020. Added Value of Transvaginal Sonohysterography Over Transvaginal Sonography Alone in Women With Known or Suspected Leiomyoma // *J Ultrasound. Med.*:21:237–7.
11. Berube S., 2021. Characteristics related to the prevalence of minimal or mild endometriosis in infertile women // *Canadian Collaborative Group on Endometriosis. Epidemiolog.*:9:504–10.
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):66–9.
13. Carlson K.J., 2021. Indications for hysterectomy // *N. Eng. J. Med.*:328:856–60.
14. Chapron C., 2020. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenor-rhoea and extent of disease // *Hum. Reprod.*:18(4):760–8.
15. Chatman D.L., 2022. Modern Diagnosis of Endometriosis // *J. reprod. Med.*:33:11:861–6.
16. Chatman D.L., 2020. Pelvic peritoneal defects and endometriosis: further observation // *Fertile Steril.*:46: 711–4.