

Порівняльні аспекти різних методів хірургічного лікування поєднаної патології матки

С. С. Сендецький

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

Мета дослідження: вивчити порівняльні аспекти різних методів хірургічного лікування поєднаної патології матки.

Матеріали та методи. У дослідження включено 362 жінки, які мають ознаки аденоміозу і міоми матки. 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 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 картуванням маткових судин.

Результати. За результатами дослідження післяопераційних ускладнень у пацієнток основної групи можна зробити висновок, що в більшості випадків при застосуванні трансабдомінального доступу немає достовірних відмінностей між середніми показниками порівнюваних параметрів у групах пацієнток з ускладненнями і без ускладнень ($p > 0,05$). Відмінність виявлена в одному випадку: збільшення об'єму органу, що видаляється, достовірно збільшує ускладнення у післяопераційному періоді з боку операційної рани ($p < 0,05$) при трансабдомінальному доступі.

Усі ускладнення при проведеній лапаротомії пов'язані з більшою травматичністю, обмеженням рухливості пацієнтки в ранньому післяопераційному періоді, обумовленої вираженим больовим синдромом. В основній групі пацієнток з ускладненнями, що виникли, з використанням лапароскопічного і вагінального доступів, середні розміри органа, час операції, вік пацієнтки перевищували середні розміри таких самих показників у пацієнток без ускладнень, але при статистичному обробленні даних відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$) у більшості груп порівняння.

Достовірно виявлено, що збільшення об'єму органа, що видаляється, час проведення операції лапароскопічним доступом збільшує ризик пошкодження сечовивідних шляхів ($p < 0,05$). Використання вагінального доступу збільшує ризик формування диспареунії у пацієнток з великими розмірами органа, що видаляється, і при збільшенні часу операції ($p < 0,05$), що може бути пов'язане

з травматизацією тканин при видаленні пухлини великих розмірів і більшою крововтратою при подовженні часу операції.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать про необхідність застосування диференційованого підходу до використання 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.

Основні тенденції розвитку сучасної гінекології характеризуються стрімким впровадженням у практику методів хірургічного лікування із застосуванням малоінвазивних технологій. Використання нових прогресивних технологій в медицині змінило погляди на загальноприйнятту тактику ведення пацієнток з хірургічною патологією. При поєднаній патології матки 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 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 у комбінації з аденоміозом [6–10].

На сьогодні пропонуються і впроваджуються різні методики оперативного доступу, використовуються нові синтетичні матеріали, такі, як трансплантати, знімаються обмеження для вживання малоінвазивних методик, місце традиційного абдомінального доступу посідає лапароскопічний і вагінальний.

Традиційні хірургічні технології в оперативній гінекології, пануючи десятиліттями, витісняють нові, що викликає дискусії 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 великого спайкового процесу органів черевної порожнини і малого таза [11–15].

На нашу думку, не всі наукові завдання цього напрямку на сьогодні повністю вирішені. Одним з таких питань є вивчення порівняльних аспектів різних методів хірургічного лікування поєднання міоми матки та аденоміозу.

Мета дослідження: вивчити порівняльні аспекти різних методів хірургічного лікування поєднання міоми матки та аденоміозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включено 362 жінки, що мають ознаки аденоміозу та міоми матки. Показаннями до операції були 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.

При лабораторному контролі основним показанням до оперативного втручання слугувала наявність тривалої хронічної анемізації, невіддатливий фармакологічний корекції. Усім пацієнткам проводили ультразвукове дослідження органів малого таза з кольоровим доплерівським картуванням маткових судин.

Передопераційне обстеження усіх пацієнток з показаннями до оперативного лікування включав:

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

При комплексному клініко-лабораторному обстеженні 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 відповідно – у 362 (100%) жінок;
- зміни при УЗД виявлені також у всіх (100%) пацієнток.

Основна група пацієнток з поєднанням міоми матки та аденоміозу 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 (73,8% жінок) 1-ї підгрупи, яким за різними показаннями проведено трансабдомінальне втручання, були віком старше 50 років (середній вік – $53,4 \pm 5,3$ року). У 2-й підгрупі хворих, що 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-й підгрупі було 64,3% пацієнток віком старше 50 років (середній вік – $58,3 \pm 5,5$ року).

Отже, виконано 122 (33,7%) операції трансабдомінальним доступом, лапароскопічний доступ використовувався 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 мають розміри матки від 5 до 14 тиж, середній розмір матки становив $10,2 \pm 1,3$ тиж. Вибір оптимального доступу в більшості випадків був пов'язаний з розмірами пухлини, що видалялася (таблиця).

Середні розміри матки у тижнях вагітності і метод оперативного доступу в обстежених жінок основної групи, $M \pm m$

Показник	Трансабдомінальний доступ		Лапароскопічний доступ		Вагінальний доступ	
	35–50 років	Старше 50 років	35–50 років	Старше 50 років	35–50 років	Старше 50 років
Міома матки в поєднанні з аденоміозом	$11,6 \pm 5,4$	$13,1 \pm 4,2$	$10,2 \pm 3,3$	$11,6 \pm 5,0$	$8,6 \pm 2,4$	$7,6 \pm 3,4$

За даними таблиці видно, 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 із вирішальних чинників під час вибору оперативного доступу.

При порівнянні усіх застосованих методик оперативного лікування міоми матки у поєднанні з аденоміозом отримані наступні результати: середня тривалість операції в абсолютних цифрах вище у разі застосування 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 проведені 28 (7,7%) пацієнткам. Середній післяопераційний ліжко-день, активізація пацієнток, тривалість субфебрильної реакції організму порівняна у всіх досліджуваних групах і не має достовірних відмінностей ($p > 0,05$).

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

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

Аналіз пізніх післяопераційних ускладнень проводили за явками диспансерного спостереження й активного з'ясування скарг у пацієнток, яким раніше були проведені операції, і включав період від 1 до 5 років післяопераційного 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 таза, що діагностується при УЗД, виявлено у 3 (2,5%) випадках. Загальна кількість усіх ускладнень при застосуванні череворозтину становила 23 (18,8%) випадків, з них ранні післяопераційні ускладнення – 4,9%, пізні післяопераційні ускладнення – 13,9%.

Аналіз ускладнень при вживанні 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 зафіксовані в 1 (0,5%) випадку і включали наявність сероми в ділянці введення троакара. Пізні післяопераційні ускладнення спостерігали у 3 (1,4%) випадках, вони були пов'язані з наявністю суб'єктивних скарг пацієнток:

- формування стійкого больового синдрому – 2 (0,9%);
- наявність диспареунії, що виникла в післяопераційному періоді – 1 (0,5%).

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

У разі застосування вагінального доступу у пацієнток з міомою матки та аденоміозом ранні післяопераційні включали 1 (3,6%) випадок, що пов'язаний з виникненням запального процесу в ділянці вагінальної післяопераційної

рани. Пізні післяопераційні ускладнення становили 2 (7,1%) випадки, які були пов'язані з формуванням стійкого больового синдрому – в 1 (3,6%) і виникнення диспареунії після проведеної операції – також в 1 (3,6%) спостереженні. Загальна кількість ускладнень при вживанні вагінального доступу становила 3 (10,7%) випадки, які не мали достовірних відмінностей з трансабдомінальним доступом.

Зазначені вище 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 використанні трансабдомінального доступу немає достовірних відмінностей між середніми показниками порівнюваних параметрів у групах пацієнток з ускладненнями і без ускладнень ($p > 0,05$). Відмінність виявлена в одному випадку: збільшення об'єму органа, що видаляється, достовірно збільшує ускладнення в післяопераційному періоді з боку операційної рани ($p < 0,05$) при трансабдомінальному доступі.

Усі ускладнення при проведенні лапаротомії пов'язані з більшою травматичністю, обмеженням рухливості пацієнтки в ранньому післяопераційному періоді, обумовленої вираженням больовим синдромом. В основній групі пацієнток з ускладненнями, що виникли після використання лапароскопічного і вагінального доступів, середні розміри органа, час операції, вік перевищували середні розміри таких самих показників у пацієнток без ускладнень, але при статистичному обробленні відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$) у більшості підгруп порівняння.

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

Отже, є підстави говорити про необхідність внесення обмежень застосування малоінвазивних доступів при великих розмірах пухлини матки. При розмірах пухлини більше 14 тиж на користь пацієнтки доцільно використовувати трансабдомінальний доступ задля уникнення важких інтраопераційних ускладнень, кровотеч і негативних симптомів у пізньому післяопераційному періоді, пов'язаного з формуванням стійкого больового синдрому і формуванням диспареунії.

ВИСНОВКИ

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.

Comparative aspects of different methods of surgical treatment of the combined pathology of uterus S. S. Sendetskiy

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

Materials and methods. 362 women which have signs of adenomyosis and uterine fibroids are plugged in research. 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 coloured Doppler mapping 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 ($p > 0,05$). 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 ($p < 0,05$) 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 ($p > 0,05$) 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 leadthrough of operation laparoscopic access ($p < 0,05$). The use of vaginal access is increased by the risk of forming of dyspareunia for patients with the large size of organ which retires, and at the increase of time of operation ($p < 0,05$) which can be constrained from traumatic tissue at the oncotomy of large size and greater blood loss at increase of time of operation.

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 автора

Сендецький Сергій Сергійович – 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: serzh049@gmail.com

Information about the author

Sendetskiy Serhij S. – graduate student, Departments of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (068) 425-82-98. E-mail: serzh049@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Hammad AE. Women and health security. *Mid Hlth Statist. Quart.* 2021;49(2):74-7.
2. Cho MK, Moon JH, Kim CH. Factors associated with recurrence after colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women. *Int J Surg.* 2019 Aug;44:274-7.
3. Buchsbaum GM, Lee TG. Vaginal Obliterative Procedures for Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2021 Mar;72(3):175-83.
4. Sze EM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynaec.* 2019;100(5):981-6.
5. Ridgeway BM, Cadish L. Hysteropexy: Evidence and Insights. *Clin Obstet Gynecol.* 2021 Jun;60(2):312-23.
6. Fan SX, Wang FM, Lin LS, Song YF. Re-treatments of recurrence after pelvic floor repair surgery. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2019 Jun 25;52(6):374-8.
7. Nappi RE, Murina F, Perrone G. Clinical profile of women with vulvar and vaginal atrophy who are not candidates for local vaginal estrogen therapy. *Minerva Ginecol.* 2021 Aug;69(4):370-80.
8. Laso-García IM, Rodríguez-Cabello MA, Jiménez-Cidre MA. Prospective long-term results, complications and risk factors in pelvic organ prolapse treatment with vaginal mesh. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Apr;211:62-7.
9. Al-Badr A, Perveen K, Al-Shaikh G. Evaluation of Sacrospinous Hysteropexy vs. Uterosacral Suspension for the Treatment of Uterine Prolapse: A Retrospective Assessment. *Low Urin Tract Symptoms.* 2019 Jan;9(1):33-7
10. Klapdor R, Grosse J, Hertel B, Hillemanns P. Postoperative anatomic and quality-of-life outcomes after vaginal sacrocolporectomy for vaginal vault prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Apr;137(1):86-91.
11. Hirabayashi T, Ueno S, Hirakawa H, Tei E. Surgical Treatment of Inguinal Hernia with Prolapsed Ovary in Young Girls: Emergency Surgery or Elective Surgery. *Tokai J Exp Clin Med.* 2021 Jul 20;42(2):89-95.
12. Meester JAN, Verstraeten A, Schepers D. Differences in manifestations of Marfan syndrome, Ehlers-Danlos syndrome, and Loeys-Dietz syndrome. *Ann Cardiothorac Surg.* 2019 Nov;6(6):582-94.
13. Morling JR, McAllister DA, Agur W. Adverse events after first, single, mesh and non-mesh surgical procedures for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Scotland, 1997-2019: a population-based cohort study. *Lancet.* 2020 Feb 11;389(10069):629-40.
14. Wang X, Chen Y, Hua K. Pelvic Symptoms, Body Image, and Regret after LeFort Colpocleisis: A Long-Term Follow-Up. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Mar-Apr;24(3):415-9.
15. Antoniotti GS, Coughlan M, Salamonsen LA. Obesity associated advanced glycation end products within the human uterine cavity adversely impact endometrial function and embryo implantation competence. *Hum Reprod.* 2018 Apr 1;33(4):654-65.