

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-04.1-09
УДК 618.14-06:61871-007.43]-089.168

Диференційований підхід до хірургічного лікування поєднаної патології матки та яєчників на фоні генітального пролапсу

С. Ю. Вдовиченко, В. В. Климова

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

Мета дослідження: зниження частоти рецидиву генітального пролапсу у жінок після хірургічного лікування поєднаної патології матки на основі розробки і впровадження диференційованого підходу до вибору методики операції.

Матеріали та методи. При виконанні даного дослідження нами проведений аналіз результатів хірургічного лікування 90 пацієнток, що оперуються з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу з використанням вагінального оперативного доступу. Як основна (базова) операція всім хворим була виконана вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали відмітні особливості у пацієнток різних клінічних груп.

Розподіл пацієнток на клінічні групи було виконано залежно від показань для видалення матки, наявності супутнього пролапсу геніталій (ускладненого чи ні стресовим нетриманням сечі) і віку хворих: 1-а група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія у поєднанні з кульдопластикою за Макколлу і кольпоперинеолеоваторопластикою, 2-а група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія за Мейо, 3-я група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія у поєднанні з передньою кольпорафією, кольпоперинеолеоваторопластикою, фіксацією куполу піхви до крижово-остистої зв'язки і уретровезиковагінопексією (мінімізований слінг).

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

Результати. При хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом необхідно віддавати перевагу провідниковій анестезії (епідуральна анестезія або спино-мозкова анестезія), що дозволяє скоротити тривалість операції, зменшити об'єм крововтрати і ризик тромбоемболічних ускладнень, прискорити і полегшити післяопераційну реабілітацію у соматично ослаблених хворих і пацієнток літнього і похилого віку.

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

Ефективність диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки з генітальним пролапсом становить 96,7%, при цьому 83,3% жінок вважають себе вилікованими повністю. Найбільш висока частота рецидиву (6,7%) зафіксована у жінок без генітального пролапсу, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до хірургічного лікування поєднаної патології матки та генітального пролапсу дозволяє підвищити ефективність, знизити частоту рецидиву та покращити якість життя жінок.

Ключові слова: поєднана патологія матки та яєчників, генітальний пролапс, хірургічне лікування, диференційований підхід.

З даними сучасної літератури, поєднана патологія матки (лейоміома, аденоміоз і гіперплазія ендометрія) і генітальний пролапс (ГП) посідають провідні місця у структурі гінекологічної захворюваності, а основним варіантом лікування цієї патології є оперативний [1–3].

В умовах сьогодення існують різні точки зору щодо можливості ендоскопічної хірургії, так і скептичне ставлення до впровадження нових технологій і переходу оперативної гінекології до малоінвазивності [4–6]. Крім того, відсутність критеріїв вирішального вибору оперативного доступу наводить до поляризації думок про доцільність вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах лейоміоми і супутнього опущення стінок піхви [7–9].

Дані різних авторів свідчать, що, з одного боку, немає обмежень для виконання лапароскопічної операції по видаленню матки [10–12], а з іншого – надмірно конфронтаційний, не хestуючий крайніми думками шлях розвитку, що прагне до розроблення «стандартних для всіх» альтернатив, проте не завжди продуктивний [13–15].

Залишаються дотепер не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення, віддалені результати для призначення того або іншого оперативного втручання при поєднаній патології матки без і з ГП. Аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє освітлення вказаних аспектів проблеми, що було підставою до проведення нашого дослідження.

Мета дослідження: зниження частоти рецидиву ГП у жінок після хірургічного лікування поєднаної патології матки на основі розробки і впровадження диференційованого підходу до вибору методики операції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Програмою представленого дослідження було вивчення результатів хірургічного лікування хворих з доброякісними захворюваннями матки, простими і складними формами ГП при використанні вагінального оперативного доступу.

При виконанні даного дослідження нами проведений аналіз результатів хірургічного лікування 90 пацієнток, що оперуються з приводу доброякісних захворювань матки і ГП з використанням вагінального оперативного доступу. Як основна (базова) операція всім хворим була виконана ВГ вагінальна гістеректомія (ВГ). Варіанти вагінальних операцій мали відмітні особливості у пацієнток різних клінічних груп.

Розподіл пацієнток на клінічні групи було вироблено залежно від показань для видалення матки, наявності супутнього пролапсу геніталій (ускладненого чи ні стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.

1-а група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія (ВГ) у поєднанні з кульдопластикою за Макколлу і кольпоперинеолеваторопластикою;

2-а група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія за Мейо (ВГМ);

3-я група – 30 пацієнток, яким була виконана ВГ у поєднанні з передньою кольпорафією, кольпоперинеолеваторопластикою, фіксацією куполу піхви до крижово-остистої зв'язки та уретровезиковагінопексією (мінімізований слінг) (ВГФКП).

У пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і за наявності показань для її видалення виконували вагінальну екстирпацію матки (без або з придатками) з хірургічною профілактикою постгістеректомічного пролапсу куполу піхви.

У пацієнток літнього і старечого віку основним показанням до гістеректомії, в яких було повне або неповне випадання матки і стінок піхви, виконували вагінальну екстирпацію матки за Мейо.

У пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і супутнім генітальним пролапсом за наявності показань для гістеректомії виконували вагінальну екстирпацію матки з одномоментною хірургічною корекцією різних форм пролапсу.

Обстеження хворих перед операцією включало вивчення анамнезу з урахуванням соматичних і гінекологічних захворювань, аналізу менструальної і репродуктивної функцій, перенесених раніше оперативних втручань.

Усім пацієнткам амбулаторно і під час госпіталізації виконували комплекс діагностичних досліджень. Загальне обстеження включало: гінекологічний огляд і пальцеве дослідження прямої кишки, грудних залоз, регіонарних лімфатичних вузлів, клінічні аналізи крові і сечі, ЕКГ, біохімічне дослідження крові, коагулограму, ультразвукове дослідження органів малого таза, кольпоскопію. При аденоміозі, розповсюдженному генітальному ендометріозі та інтралігаментарному розташуванні міоматозних вузлів додатково – гістероскопію, екскреторну урографію, цистоскопію, ректороманоскопію та УЗД з контрастуванням передньої стінки прямої кишки (за допомогою спеціального балончика з латексної гуми, що вводиться у пряму кишку). У хворих зі стресовою інконтиненцією виконували поглиблені уродинамічні та ехографічні дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що одним з провідних показань до виконання тотальної гістеректомії у пацієнток з поєднаною патологією матки без і з ГП є різноманітна патологія шийки матки (70,0%).

У патогенезі ГП провідну роль відіграють тривале підвищення внутрішньочеревного тиску: висока частота захворювань травного тракту (30,0%) та бронхолегеневої системи (23,3%), а також дисплазія сполучної тканини: значний рівень ендокринної патології (33,3%), варикозної хвороби (23,3%) та гриж різної локалізації (10,0%).

Сучасні методи хірургічного лікування дозволяють виключити з абсолютних протипоказань до ВГ:

- розміри матки більше 12 тиж вагітності,
- доброякісні утворення яєчників,
- інфільтративні форми ендометріозу (ретроцервікальний ендометріоз),
- спайковий процес в малому тазу і черевній порожнині після перенесених раніше хірургічних операцій,
- відсутність ГП (чи мимовільних пологів в анамнезі).

У віддалений період після операції (через два роки) при використанні диференційованого підходу поліпшення якості життя відзначене у всіх прооперованих жінок, але ці зміни були достовірними ($p < 0,05$) лише за наявності ГП. Провідними показниками оцінки якості життя пацієнток з ГП є фізична активність, соціальна ізоляція та емоційні реакції.

При хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без і з ГП необхідно віддавати перевагу провідниковій анестезії (епідуральна анестезія або спинально-мозкова анестезія), що дозволяє скоротити тривалість операції, зменшити об'єм крововтрати і ризик тромбоемболічних ускладнень, прискорити і полегшити післяопераційну реабілітацію у соматично ослаблених хворих і пацієнток літнього і похилого віку.

Ефективність диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки з ГП становить 96,7%, при цьому 83,3% жінок вважають себе вилікованими повністю. Найбільш висока частота рецидиву (6,7%) спостерігається у жінок без ГП, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до хірургічного лікування поєднаної патології матки та генітального пролапсу дозволяє підвищити ефективність, знизити частоту рецидиву та покращити якість життя жінок.

The differential approach to surgical treatment of the combined pathology of uterus and ovaries on a background pelvic organ prolapse

S. Yu. Vdovychenko, V. V. Klimova

The objective: Decline of frequency of relapse of pelvic organ prolapse for women after surgical treatment of the combined pathology of uterus on the basis of development and promoting of the differentiated approach near the choice of method of operation.

Materials and methods. At implementation of this research by us the conducted analysis of results of surgical treatment 90 patients which are operated concerning the of benign diseases of uterus and pelvic organ prolapse with the use of vaginal operative access. As a basic (base) operation to all patients was executed vaginal hysterectomy.

Distinctive features had variants of vaginal operations for the patients of different clinical groups. Dividing of patients by clinical groups it is mine-out by us depending on testimonies for the delete of uterus, presence of concomitant pelvic organ prolapse (complicated or not by a stress incontinence of urine) and age of patients. 1 group – 30 patients in which was executed vaginal hysterectomy in combination with culdoplasty for Makkollu and colpoperineolevatoroplasty. 2 groups are 30 patients in which was executed vaginal hysterectomy for Mayo. 3 groups are 30 patients in which was executed vaginal hysterectomy in combination with front coplporrhaphy, colpoperineolevatoroplasty, fixing of dome of vagina to the sacrospinous ligament and urethrovesicvaginopexy (minimized sling).

To the complex of the conducted researches clinical, laboratory, instrumental and statistical methods were included.

Results. At surgical treatment of the combined pathology of uterus without and with pelvic organ prolapse it is necessary to give advantage to explorer anaesthesia (epidural anaesthesia or spinal anaesthesia), that allows to shorten duration of operation, decrease the volume of blood loss and risk of thromboembolic complications, accelerate and facilitate a postoperative rehabilitation for somatically weak patients and elderly patients and danced age.

Efficiency of the differentiated approach at surgical treatment of the combined pathology of uterus with pelvic organ prolapse is 96,7 %, thus 83,3 % women are respect yourself completely cured. Most high-frequency of relapse (6,7%) takes place for women without pelvic organ prolapse, what hysterectomy was executed only concerning the of benign diseases of uterus and ovaries with laparoscopic assistance.

Conclusions. The results of the conducted researches testify that the use of the differentiated approach to surgical treatment of the combined pathology of uterus and pelvic organ prolapse allows to promote efficiency, reduce frequency of relapse and improve quality of life of women.

Keywords: *combined pathology of uterus and ovaries, pelvic organ prolapse, surgical treatment, differentiated approach.*

Інформація про авторів

Вдовиченко Сергій Юрійович – д-р мед. наук, проф., професор кафедри акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. E-mail: vdovichenki@gmail.com

Климова Владислава Владиславівна – кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України, м. Київ; тел.: (068) 425-82-98. E-mail: vladarotsh0405@gmail.com

ORCID: 0009-0002-3448-777X

Information about the authors

Vdovychenko Serhii Yu. – d.med.s., professor, professor of departments of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus of Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kyiv. E-mail: vdovichenki@gmail.com

Klimova Vladyslava V. – graduate student department of obstetric, gynecology and medicine of fetus of Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kyiv; tel.: (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.

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

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.