

Диференційовані підходи до хірургічної тактики при поєднаній патології матки

С. С. Сендецький

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

Мета дослідження: розробити диференційовані підходи до вибору хірургічної тактики у хворих з поєднаною патологією матки на підставі порівняння різних видів оперативного доступу із застосуванням високотехнологічних операцій.

Матеріали та методи. Нами узагальнено і проаналізовано досвід оперативного лікування 150 пацієнток з показанням до хірургічного втручання за наявності поєднаної патології матки. Всі хворі були розподілені на три групи обстеження за наявністю різних комбінованих ознак: група 1 – хворі з міомою матки і аденоміозом (50 хворих); група 2 – хворі з міомою матки у поєднанні з нетриманням сечі при напруженні 2 або 3 типу (50 пацієнток); група 3 – пацієнтки з міомою матки і пролапсом геніталій (50 пацієнток).

Результати. Для кожного операційного доступу є свої певні показання, пов'язані з розмірами пухлини, анамнезом, віком пацієнтки, можливостями вживання різних анестезіологічних посібників. Одним із визначальних чинників є досвід і кваліфікація хірурга. Неправильним є підхід – виконати малоінвазивну операцію «за будь-яку ціну», що спричиняє за собою збільшення кількості ускладнень, зниження якості життя пацієнтки в пізній післяопераційний період, коли зазвичай оперуючий лікар не бачить результатів своєї праці. Проте проведений нами аналіз продемонстрував хороший ефект при вживанні ендоскопічних і вагінальних доступів у жінок з поєднаною патологією матки при правильному відборі пацієнток для даного вигляду втручання.

Висновки. Визначальними критеріями вибору лапароскопічного доступу були розміри пухлини менше 14 тиж, відсутність вираженого спайкового процесу і абсолютних протипоказань для лапароскопії. Гістеректомію доцільно виконувати вагінальним доступом при розмірах пухлини до 12 тиж.

При поєднанні міоми матки з генітальним пролапсом і нетриманням сечі при напруженні вибір хірургічного доступу для гістеректомії визначається перевагами малоінвазивних втручань, що дозволяють за інших рівних умов отримати задовільний анатомічний і функціональний результат.

Ключові слова: поєднана патологія матки, хірургічне лікування, диференційований підхід.

У структурі гінекологічної патології міома матки та аденоміоз посідають одне з провідних місць. Так, за різними джерелами, це захворювання виявляють у 20–25% жінок репродуктивного віку і приблизно у 40 % з них аденоміоз супроводжує міому матки [1, 2]. Враховуючи, що операції найчастіше переносять жінки старше 30 років, у багатьох з них тією або іншою мірою визначається опущення стінок піхви, аж до випадання матки. Водночас частим ускладненням пролапсу або самостійною патологією виступає нетримання сечі при напруженні (НСПН) різного ступеня тяжкості.

За даними зарубіжних і вітчизняних авторів, частота стресового нетримання сечі у жінок становить 23–36% [3, 4]. У цьому випадку перед лікарем, що аналізує показання до операції, повстає питання щодо вибору методу оперативного лікування у пацієнок, які страждають декількома захворюваннями, а також оптимального хірургічного доступу.

Традиційні підходи в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняються новими прогресивними технологіями, що викликає спір і неприйняття лікарів, які достатньо довго оперують традиційними методами. Крім того, відсутність критеріїв вирішального вибору оперативного доступу, призводить до поляризації думок про доцільність вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах міоми [5–7].

Існує як точка зору про необмежені можливості ендоскопічної хірургії, так і скептичне відношення до впровадження нових технологій і переходу оперативної гінекології до малоінвазивності. Низка авторів відзначають, що протягом ще довгого часу лапароскопічна гістеректомія не замінить вагінальної та абдомінальної гістеректомії [8–10].

Сьогодні всесвітньо визнані авторитети в ендоскопічній хірургії стверджують, що немає обмежень для виконання лапароскопічної операції з видалення матки [11–13]. Досвід світової хірургії свідчить на користь того, що надмірно конфронтаційний, не хежтующий крайніми думками шлях розвитку, прагнучий до розробки «стандартних для всіх» альтернатив, не завжди продуктивний [14, 15]. Усі ці підходи є предметом обговорення і на сьогодні не мають строго певних постулатів дії.

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 (ППМ). Аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє освітлення вказаних аспектів проблеми, що стало підставою до проведення справжнього дослідження.

Мета дослідження: розробити диференційовані підходи до вибору хірургічної тактики у хворих з ППМ на підставі порівняння різних видів оперативного доступу із застосуванням високотехнологічних операцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження було узагальнено та проаналізовано досвід оперативного лікування 150 пацієнок, які мають показання до хірургічного втручання за наявності ППМ.

Усі хворі були розподілені на три групи обстеження за наявності різних комбінованих ознак:

- група 1 – 50 пацієнок з міомою матки і аденоміозом;
- група 2 – 50 жінок з міомою матки у поєднанні з НСПН 2-го або 3-го типу;
- група 3 – 50 пацієнтки з міомою матки і пролапсом геніталій.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведено порівняльний аналіз переваг і результатів різних варіантів хірургічного доступу у 150 пацієнток із ППМ.

Трансабдомінальним доступом виконували оперативні втручання у 51 (34%) жінки. При порівнянні вживаної методики череворозтину при ППМ у групі з 51 пацієнтки отримані наступні результати:

- середня тривалість операції становила $76,1 \pm 7,3$ хв,
- середній післяопераційний ліжко-день – $9,5 \pm 0,9$,
- активізація пацієнтки проводилася зазвичай 2 доби,
- тривалість субфебрильної реакції організму – $5,7 \pm 0,6$ доби.

Найбільший час проведення операції відзначено при трансабдомінальному доступі, застосованому у пацієнток із пролапсом геніталій. У цій групі також наголошувалася пізніша активізація пацієнток і триваліша за часом субфебрильна реакція організму, але ці дані не мали достовірних відмінностей.

Рецидив захворювання виник у 7 (14%) пацієнток при вживанні трансабдомінальних традиційних методик з використанням для пластики аутоканин. У групі пацієнток із НСПН у поєднанні з патологією матки рецидив захворювання виявлений в 13 (26%) випадках. За наявності пролапсу геніталій і міоми матки ця методика оперативного втручання в 5 (10,0%) випадках призвела до рецидивів, що вимагали повторної операції. Загальна кількість всіх ускладнень при застосуванні череворозтину становила 12 (24%) випадків.

Отже, провівши порівняльний аналіз застосування традиційного лапаротомного доступу у пацієнток із ППМ, отримали наступні результати. Трансабдомінальний доступ підвищує ризик виникнення важких ускладнень, таких, як тромбоемболія легеневої артерії, кровотеча через недостатньо леговані судини, пошкодження сечовивідних шляхів, ускладнення з боку операційної рани, що достовірно перевищує показники при застосуванні інших хірургічних доступів.

Вагінальний доступ у нашому дослідженні застосований у 39 (26%) пацієнток. У групі 1 у хворих з наявністю міоми матки та аденоміозу підставою для вибору вагінального доступу слугували: розмір пухлини (не більше 12 тиж), наявність патологічних змін на шийці матки, відсутність вираженого спайкового процесу в черевній порожнині, планові показання до оперативного лікування.

За наявності симптому НСПН 2-го типу вагінальним доступом була виконана пластика з використанням синтетичної петлі TVT і TVT-о – 10 операцій. При вагінальних операціях у всіх випадках виконувалася гістеректомія.

Отже, під час аналізу вживаної методики вагінального доступу:

- середня тривалість операції становила $71,4 \pm 7,1$ хв,
- середній післяопераційний ліжко-день – $7,2 \pm 0,7$,
- активізація пацієнтки проводилася завжди 1 добу,
- тривалість субфебрильної реакції організму – $4,2 \pm 0,5$ доби.

Ранні післяопераційні ускладнення виявлені в 1 (2%) випадку, пізні післяопераційні ускладнення – у 2 (4%) випадках.

Вагінальний доступ, за нашими даними, знижує ризик розвитку серйозних ускладнень, таких, як тромбоемболія легеневої артерії, пошкодження сечовивідних шляхів. У пацієнток з наявністю НСПН вагінальний доступ з використанням синтетичних протезів може бути доступом вибору. Важливим чинником на користь вагінального доступу є суб'єктивна оцінка пацієнтів свого стану у пізній післяопераційний період.

Ендоскопічні втручання в проведеному дослідженні застосовані 60 (40%) жінкам із 150. Серед критеріїв вибору ендоскопічного доступу основними були:

- розміри пухлини, що видалється, не більше 14 тиж,
- відсутність вираженого спайкового процесу черевної порожнини,
- прогнозований оптимальний час на проведення операції.

Під час проведення тотальної гістеректомії використовували два підходи – у 20 пацієнток виконувалась лапароскопічна гістеректомія (TLH), у 20 хворих – лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія (LAVH). За наявності НСПН проводили лапароскопічну операцію Берча з гістеректомією. При генітальному пролапсі і ППМ використовували методику MESH-сакровагінопексії – 10 операцій з гістеректомією і 10 оперативних втручань із сакровагінопексією без видалення органа.

Отже, при порівнянні вживаного ендоскопічного доступу отримані наступні результати:

- середня тривалість операції становила $88,2 \pm 9,1$ хв,
- середній післяопераційний ліжко-день – $7,2 \pm 0,6$,
- активізацію пацієнток проводили зазвичай за 1 добу,
- тривалість субфебрильної реакції організму становила $4,2 \pm 0,4$ доби.

Аналіз застосування ендоскопічного доступу продемонстрував, що цей доступ на сьогодні підтримує все більше лікарів у повсякденній практиці гінекологічних відділень, що визначається добрими результатами лікування і кращою переносимістю цього доступу пацієнтками.

Ми вважаємо, що для кожного операційного доступу є свої певні показання, пов'язані з розмірами пухлини, анамнезом, віком пацієнтки, можливостями застосування різних анестезіологічних посібників. Одним із визначальних чинників є досвід і кваліфікація хірурга. Неправильним є підхід – виконати малоінвазивну операцію «за будь-яку ціну», що спричиняє за собою збільшення кількості ускладнень, зниження якості життя пацієнтки у пізній післяопераційний період, коли зазвичай оперуючий лікар не бачить результатів своєї праці.

Проте виконаний нами аналіз продемонстрував хороший ефект при застосуванні ендоскопічних і вагінальних доступів у жінок з ППМ при правильному відборі пацієнток для цього вигляду втручання.

ВИСНОВКИ

Визначальними критеріями вибору лапароскопічного доступу були розміри пухлини менше 14 тиж, відсутність вираженого спайкового процесу та абсолютних протипоказань для лапароскопії.

Доведено, що гістеректомію доцільно виконувати вагінальним доступом при розмірах пухлини до 12 тиж. При поєднанні міоми матки з генітальним пролапсом і нетриманням сечі при напруженні вибір хірургічного доступу для гістеректомії визначається перевагами малоінвазивних втручань, що дозволяють за інших рівних умов отримати задовільний анатомічний і функціональний результат.

The differentiated approaches to surgical tactic at the combined uterine pathology S. S. Sendetskiy

The objective: to develop the differentiated approaches near the choice of surgical tactic for patients with the combined uterine pathology on the basis of comparing of different types of operative access to application of highly technological operations.

Material and methods. By us the generalized and analysed experience of operative treatment 150 patients which have a certificate to surgical interference at presence of the combined uterine pathology. All patients parted on three groups of inspection on the presence of the different combined signs: group 1 are patients with a uterine fibroids and adenomiosis (50 patients); group 2 are patients with a uterine fibroids in combination with incontinence of urine at tension 2 or 3 to the type (50 patients); group 3 are patients with a uterine fibroids and pelvic organ prolapse (50 patients).

Results. For every operating access there are the certain certificates, related to the sizes of tumour, anamnesis, age of patient, possibilities of the use of different anaesthetic manuals. One of determinatives there is experience and qualification of surgeon. Not correct is approach – to execute a littleinvasion operation «at any cost», that entails the increase of amount of complications, decline of quality of life of patient in a late postoperative period, when, as a rule, an operating doctor does not see the results of the labour. However, executed by us an analysis was rotined by a good effect at the use of endoscopic and vaginal accesses for women with the combined uterine pathology at the correct selection of patients for this type of interference.

Conclusions. The sizes of tumour of less than 14 weeks appeared the determining criteria of choice of laparoscopic acces., absence of the expressed adhesive process and absolute contra-indications is for laparoscopy. Hysterectomy it is expedient to execute vaginal access at the sizes of tumour of to 12 weeks.

At combination of uterine fibroids with pelvic organ prolapse and incontinence of urine at tension the choice of surgical access for hysterectomy is determined by advantages of littleinvasion interferences which allow other things being equal to get a satisfactory anatomic and functional result.

Keywords: combined pathology of uterus, surgical treatment, differentiated approach.

Відомості про автора

Сендецький Сергій Сергійович – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0009-0003-5852-072X; e-mail: serzh049@gmail.com

Information about the author

Sendetskiy Serhij S. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0009-0003-5852-072X; e-mail: serzh049@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Hammad AE. Women and health security. *Wld 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-Garc a IM, Rodr guez-Cabello MA, Jim nez-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 sacrocolpoproctopexy 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.

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

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.