

DOI: 10.52705/2788-6190-2025-3-08
УДК 618.14-089.873-089.853-031:611.67]-058-039

Медико-соціальні особливості у жінок після субтотальної гістеректомії

С. Ю. Вдовиченко¹, О. В. Забудський^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²КНП «Пологовий будинок № 2», м. Київ

Мета дослідження: оцінити медико-соціальні особливості у жінок після субтотальної гістеректомії.

Матеріали та методи. Для визначення медико-соціальних особливостей було обстежено 100 жінок зі збереженим менструальним циклом віком від 40 до 50 років, у яких в умовах гінекологічного стаціонару проводили субтотальну гістеректомію. З них у 50 жінок субтотальна гістеректомія поєднувалася з тубектомією – ці пацієнтки були включені до основної групи, до групи порівняння увійшли 50 жінок, в яких маткові труби були збережені.

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

Результати. Проведено аналіз оперативного втручання у жінок досліджуваних груп. Найчастіше показанням до операції була міома матки з геморагічним синдромом – у 25 (50,7 ± 4,3%) в основній групі та у 27 (54,4 ± 4,7%) у групі порівняння. Великий розмір пухлини з порушенням функції сусідніх органів був показанням до операції у 6 (12,6 ± 1,2%) жінок основної групи та у 5 (9,8 ± 2,8%) жінок групи порівняння.

Розвиток больового синдрому у хворих на міому матки за відсутності ефекту від консервативної терапії слугували показанням до оперативного лікування у 9 (17,9 ± 1,3%) пацієнток основної групи і в 7 (13,4 ± 1,2%) жінок групи порівняння. Швидкий ріст пухлини, що вимагає оперативного втручання, виявлено у 5 (8,9 ± 0,5%) хворих основної групи і в 7 (13,4 ± 1,2%) жінок групи порівняння. Аденоміоз, що супроводжується больовим і геморагічним синдромом, був показанням у 3 (5,9 ± 0,2%) пацієнток основної групи та у 3 (6,3 ± 0,3%) жінок групи порівняння. Рецидивуюча гіперплазія ендометрія була показанням до оперативного лікування у 2 (3,7 ± 0,4%) жінок основної групи та в 1 (2,6 ± 0,2%) пацієнтки групи порівняння.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок після субтотальної гістеректомії наявні медико-соціальні особливості під час оцінювання рівня соматичної та супутньої генітальної патології, репродуктивної функції. Встановлені медико-соціальні особливості необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: гістеректомія, медико-соціальні особливості.

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

Сучасна гінекологічна практика передбачає активну позицію щодо хірургічного лікування доброякісних процесів матки. На сьогодні оперативне лікування розглядається як безпечна та ефективна лікувальна процедура, що забезпечує бурхливий розвиток оперативної гінекології і збільшує загальну кількість операцій [1–3].

Слід зазначити, що приблизно 80–85% гістеректомій виробляється жінкам у репродуктивному віці [4–6]. Гістеректомія спричиняє безліч наслідків для здоров'я – від психоемоційних розладів до серйозного ризику збільшення захворювань різних органів і систем [7–9].

Накопичені дані про низку негативних наслідків видалення матки для вегетативно-гормонального гомеостазу жінок репродуктивного віку [10–12].

Враховуючи вищевикладене, потрібне подальше вивчення результатів перенесеної гістеректомії, що включає не лише об'єктивні клініко-лабораторні показники, але і суб'єктивну оцінку самими пацієнтками результатів лікування і подальшої якості життя, включаючи медико-соціальні особливості.

Мета дослідження: оцінити медико-соціальні особливості у жінок після проведення субтотальної гістеректомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для визначення медико-соціальних особливостей було проведено обстеження 100 жінок зі збереженням менструальним циклом віком від 40 до 50 років, яким в умовах гінекологічного стаціонару проводили субтотальну гістеректомію. У 50 жінок субтотальна гістеректомія поєднувалася з тубектомією – ці пацієнтки було включено в основну групу, до групи порівняння увійшли 50 жінок, в яких маткові труби були збережені.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ідентичність медико-соціальних параметрів пацієнток (вік, соціальне положення, рівень освіти, сімейний стан, паритет вагітності і пологів тощо), які були розподілені на групи, дозволила нам під час аналізу результатів дослідження вважати їх зіставними, оскільки пацієнтки двох груп розрізнялися лише об'ємом оперативного втручання.

Аналіз менструальної функції продемонстрував, що до проведення оперативного втручання мізерні менструації зустрічалися досить рідко – у 5 ($9,7 \pm 0,6\%$) в основній і у 3 ($6,3 \pm 0,3\%$) у групі порівняння ($p > 0,05$). Менструацію помірної інтенсивності зазначали 18 ($35,4 \pm 2,2\%$) пацієнток основної і 18 ($35,7 \pm 3,5\%$) жінок групи порівняння ($p > 0,05$). Найчастіше у жінок обох груп визначалися ясні менструації – 27 ($54,5 \pm 4,3\%$) в основній групі і 27 ($54,5 \pm 4,3\%$) у групі порівняння ($p > 0,05$).

Подальше вивчення особливостей менструальної функції у жінок свідчить, що з порушень менструальної функції найчастіше виявлялася гіперполіменоррея – $62,6 \pm 4,1\%$ в основній і $59,1 \pm 4,6\%$ у групі порівняння ($p > 0,05$), що разом з іншими показаннями слугувало підставою для оперативного лікування.

Аналіз репродуктивної функції показав, що у більшості жінок вона була збережена. На кожну пацієнтку основної групи доводилося у середньому по $5,8 \pm 0,3$ вагітностей, у жінок групи порівняння – $5,4 \pm 0,2$ ($p > 0,05$). Кількість медичних абортів становила $3,6 \pm 0,2$ на одну жінку в основній групі і $3,3 \pm 0,1$ – у групі порівняння ($p > 0,05$). Також виявлено, що в основній групі на одну жінку доводилося $0,5 \pm 0,1$ ранніх викиднів, у групі порівняння – $0,6 \pm 0,3$ відповідно ($p > 0,05$).

Аналізуючи перебіг вагітностей і результати пологів у жінок порівнюваних груп виявлено, що провідною патологією були прееклампсія, в основній групі ця патологія зустрічалася у 22 ($44,8 \pm 4,3\%$) пацієнток та у 25 ($49,1 \pm 4,4\%$) у групі порівняння ($p > 0,05$). Загроза переривання вагітності була в анамнезі у 10 ($19,4 \pm 1,4\%$) жінок основної групи і в 6 ($12,5 \pm 1,1\%$) пацієнток групи порівняння ($p > 0,05$). Післяпологові кровотечі були виявлені у 5 ($10,4 \pm 0,7\%$) жінок основної групи і в 4 ($8,9 \pm 0,7\%$) пацієнток групи порівняння ($p > 0,05$). Аномалії пологової діяльності були в анамнезі в 1 ($1,5 \pm 0,1\%$) жінки основної групи та в 1 ($1,7 \pm 0,2\%$) пацієнтки групи порівняння ($p > 0,05$). Післяпологовий метроендометрит був в анамнезі в 1 ($2,7 \pm 0,2\%$) пацієнтки основної групи та в 1 ($2,2 \pm 0,2\%$) жінки групи порівняння ($p > 0,05$).

Під час дослідження було розглянуто перенесену соматичну і гінекологічну патологію у пацієнток обох груп.

Під час детального аналізу анамнестичних даних виявлено, що найчастіше жінки диспансерної групи мали хронічні хвороби мигдалин, а саме: 26 ($51,4 \pm 4,3\%$) пацієнток основної і 29 ($58,2 \pm 4,7\%$) жінок групи порівняння ($p > 0,05$). Наявність захворювань системи травлення зазначали 24 ($47,9 \pm 4,3\%$) пацієнтки основної групи і 24 ($47,3 \pm 4,7\%$) жінки групи порівняння ($p > 0,05$). Досить часто жінки обох груп вказували на перенесені захворювання дихальної системи – 19 ($38,8 \pm 3,2\%$) пацієнток основної групи та 21 ($41,1 \pm 4,1\%$) групи порівняння ($p > 0,05$).

Наявність дитячих інфекцій в анамнезі відзначили 8 ($17,1 \pm 1,3\%$) пацієнток основної групи і 12 ($23,2 \pm 2,4\%$) жінок групи порівняння ($p > 0,05$). Захворювання серцево-судинної системи зустрічалися у 12 ($23,2 \pm 2,4\%$) жінок групи порівняння і 12 ($23,8 \pm 1,7\%$) пацієнток основної групи ($p > 0,05$). Жінок з ожирінням 2–3 ступеня було 2 ($3,7 \pm 0,4\%$) в основній групі та 2 ($3,5 \pm 0,3\%$) – у групі порівняння ($p > 0,05$). Пацієнток, що мають в анамнезі гіперплазію щитоподібної залози з еутиреозом, було 10 ($20,9 \pm 1,5\%$) в основній групі і 7 ($14,2 \pm 3,3\%$) у групі порівняння. На захворювання грудних залоз вказували 4 ($8,9 \pm 0,5\%$) жінки основної групи і 3 ($6,3 \pm 0,3\%$) пацієнтки групи порівняння ($p > 0,05$).

Вивчення структури перенесених гінекологічних захворювань жінок диспансерної групи засвідчило, що до найбільшої групи увійшли пацієнтки з міомою матки – 42 ($83,5 \pm 3,2\%$) в основній групі і 44 ($88,4 \pm 3,1\%$) у групі порівняння ($p > 0,05$). На патологію шийки матки в анамнезі вказували 40 ($81,3 \pm 3,4\%$) жінок основної групи і 43 ($85,7 \pm 3,3\%$) – групи порівняння ($p > 0,05$). Генітальний ендометріоз був у 5 ($8,9 \pm 0,5\%$) жінок основної групи і в 3 ($6,3 \pm 2,3\%$) – групи порівняння ($p > 0,05$). Запальні захворювання статевих органів були в анамнезі у 16 ($37,3 \pm 4,2\%$) жінок основної групи і в 21 ($41,9 \pm 4,7\%$) – групи порівняння ($p > 0,05$).

Слід зазначити, що під час вступу жінок в стаціонар на оперативне лікування під час проведення кольпоскопії патології шийки матки виявлено не було. Також на момент огляду перед оперативним лікуванням не було виявлено гострих запальних процесів статевих органів, які могли слугувати протипоказанням до оперативного лікування.

Далі ми розглянули тривалість захворювання, з приводу якого було виконано оперативне лікування (переважно – ускладнена міома матки і аденоміоз III–IV ступеня). Так, тривалість захворювання у пацієнток до 1 року реєструвалася у 27 ($54,5 \pm 4,3\%$) жінок основної групи і у 59 ($58,1 \pm 4,6\%$) пацієнток групи порівняння ($p > 0,05$).

Тривалість захворювання від 1 до 5 років була у 13 ($26,9 \pm 3,8$) жінок основної групи і 12 ($21,4 \pm 1,9\%$) пацієнток групи порівняння ($p > 0,05$). Тривалість захворювання від 6 до 10 років зафіксовано у 9 ($17,9 \pm 1,3\%$) жінок основної групи і у

3 ($6,3 \pm 0,3\%$) пацієнток групи порівняння ($p > 0,05$). Найбільш рідко зустрічалися жінки з тривалістю захворювання більше 11 років – 1 ($1,7 \pm 0,07\%$) пацієнтка в основній групі та 2 ($3,6 \pm 0,3\%$) жінки у групі порівняння ($p > 0,05$). Достовірних відмінностей щодо тривалості захворювання, з приводу якого вироблялося оперативне втручання, виявлено не було.

Немедикаментозну терапію до операції проводили у 12 ($23,8 \pm 0,2\%$) жінок основної групи та у 10 ($20,5 \pm 1,8\%$) пацієнток групи порівняння ($p > 0,05$). Медикаментозна терапія (протизапальна, гемостатична, симптоматична) призначалася 32 ($64,2 \pm 4,2\%$) жінкам основної групи і 36 ($72,3 \pm 4,2\%$) групи порівняння ($p > 0,05$). Гормональна терапія (естроген-гестагенами) була проведена 5 ($8,9 \pm 0,5\%$) жінкам основної групи і 6 ($12,5 \pm 1,1\%$) пацієнтка групи порівняння. Гестагени отримували 9 ($18,6 \pm 1,4\%$) жінок основної групи і 9 ($17,8 \pm 1,6\%$) пацієнток групи порівняння.

Також було проаналізовано оперативне втручання у жінок досліджуваних груп. Найчастіше показанням до операції була міома матки з геморагічним синдромом – у 25 ($50,7 \pm 4,3\%$) жінок основної групи та у 27 ($54,4 \pm 4,7\%$) пацієнток групи порівняння. Великий розмір пухлини з порушенням функції сусідніх органів був показанням до операції у 6 ($12,6 \pm 1,2\%$) жінок основної групи та у 5 ($9,8 \pm 2,8\%$) пацієнток групи порівняння. Розвиток больового синдрому у хворих з міомою матки за відсутності ефекту від консервативної терапії слугували показанням до оперативного лікування у 9 ($17,9 \pm 1,3\%$) в основній групі та у 7 ($13,4 \pm 1,2\%$) в групі порівняння.

Швидкий ріст пухлини, що вимагає оперативного втручання, виявлений у 5 ($8,9 \pm 0,5\%$) хворих основної групи і в 7 ($13,4 \pm 1,2\%$) пацієнток групи порівняння. Аденоміоз, що супроводжується больовим і геморагічним синдромом, був показанням у 3 ($5,9 \pm 0,2\%$) жінок основної групи та у 3 ($6,3 \pm 0,3\%$) жінок групи порівняння. Рецидивуюча гіперплазія ендометрія слугувала показанням до оперативного лікування у 2 ($3,7 \pm 0,4\%$) жінок основної групи і в 1 ($2,6 \pm 0,2\%$) з групи порівняння.

Показанням до видалення маткових труб у жінок основної групи була наявність хронічного запального процесу з порушенням їх прохідності, що підтверджувалося даними результатів подальшого гістологічного дослідження. Морфологічні форми розподілилися таким чином: у 7 ($14,3 \pm 1,3\%$) маткових труб з помірним фіброзом ворсин, у 24 ($48,5 \pm 4,7\%$) маткових труби з лейкоцитарною інфільтрацією, у 18 ($35,8 \pm 3,7\%$) маткових труб з явищами хронічного ендосальпінгіту.

Оперативне лікування проводили лапароскопічним і лапаротомічним доступом. В основній групі лапароскопічним доступом було прооперовано 14 ($28,1 \pm 2,9\%$) жінок, у групі порівняння кількість жінок, прооперованих лапароскопічно, становила 14 ($28,6 \pm 2,3\%$) ($p > 0,05$). Лапаротомічним доступом прооперовано в основній групі 35 ($70,9 \pm 3,9\%$) жінок та 36 ($71,4 \pm 3,3\%$) пацієнток групи порівняння ($p > 0,05$).

Передопераційна підготовка, її об'єм, і тривалість визначали за сукупністю ознак, що характеризують тягар супутніх захворювань, що є у хворої, наявність волемічних і метаболічних розладів. Практично всім жінкам у передопераційний період проводили лікування анемії, нормалізацію функції травного тракту, компенсацію гіпопротеїнемії, підтримували вітамінний баланс для стимуляції резервних можливостей організму, проводили психопрофілактичну підготовку до оперативного втручання з використанням транквілізаторів і седативних засобів.

Усім жінкам безпосередньо перед оперативним втручанням проводили бесіду з лікарем, профілактику тромбоемболічних ускладнень (еластична компресія нижніх кінцівок, призначали прямі пролонговані антикоагулянти залежно від ступеня ризику), катетеризацію сечового міхура.

У післяопераційний період усім хворим проводили інтенсивну терапію за загальноприйнятими принципами: адекватне знеболення і психофізична корекція, за показаннями – компенсація крововтрати, внутрішньовенне введення розчинів, що забезпечують потреби організму в білках, електролітах тощо; проводили профілактику тромбоемболічних ускладнень, продовжували почату в передопераційний період посиндромну терапію.

З метою профілактики септичних ускладнень інтраопераційно і в післяопераційний період усім хворим призначали антибактеріальну терапію препаратами широкого спектра дії. Також у післяопераційний період проводили відновлення моторно-евакуаторної функції травного тракту. Застосовували активне ведення раннього післяопераційного періоду: через 24 год за відсутності протипоказань хворим дозволяли сидати і вставати, усім хворим призначали лікувальну фізкультуру.

Тривалість перебування в стаціонарі в післяопераційний період у середньому становила $4,2 \pm 0,2$ доби в основній групі і $3,8 \pm 0,3$ доби у групі порівняння.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок після субтотальної гістеректомії фіксують медико-соціальні особливості під час оцінювання рівня соматичної та супутньої генітальної патології, репродуктивної функції на методів попереднього лікування.

Встановлені медико-соціальні особливості необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Women have medical-and-social features after subtotal hysterectomy S. Yu. Vdovichenko, O. V. Zabudskiy

The objective: to estimate medical-and-social features for women after subtotal hysterectomy.

Materials and methods. For determination of medical-and-social features there was the conducted inspection 100 women with the stored menstrual cycle in age from 40 to 50 years, in which in the conditions of gynaecological permanent establishment subtotal hysterectomy was conducted. From them in 50 women subtotal hysterectomy was combined from tubectomy – these patients made a basic group, 50 women which salpinx were stored in entered in the group of comparison.

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

Results. The women of the investigated groups have the conducted analysis of operative interference. More frequent all to the operation a uterine fibroids appeared a testimony with a hemorrhagic syndrome in 25 ($50,7 \pm 4,3\%$) in a basic group and in 27 ($54,4 \pm 4,7\%$) in the group of comparison. A large of tumour with the parafunction of nearby organs was a testimony to the operation in 6 ($12,6 \pm 1,2\%$) women of basic group and in 5 ($9,8 \pm 2,8\%$) women in the group of comparison.

Development of pain syndrome for patients with a uterine fibroids in default of effect from conservative therapy served as a testimony to operative treatment in 9 ($17,9 \pm 1,3\%$) in a basic group and in 7 ($13,4 \pm 1,2\%$) in the group of comparison. Hasty growth of tumour which requires operative interference found out in 5 ($8,9 \pm 0,5\%$) patients of basic group and in 7 ($13,4 \pm 1,2\%$) in the group of comparison. Adenomyosis, that is accompanied by a pain and hemorrhagic syndrome, was a testimony for 3 ($5,9 \pm 0,2\%$) women of basic group and for 3 ($6,3 \pm 0,3\%$) women in the group of comparison. Recurrent endometrial hyperplasia served a testimony to operative treatment for 2 ($3,7 \pm 0,4\%$) women in a basic group and in 1 ($2,6 \pm 0,2\%$) in the group of comparison.

Conclusions. The results of the conducted researches testify that for women after subtotal hysterectomy medical-and-social features take place at the estimation of level of somatic and concomitant genital pathology, reproductive function on methods of previous treatment. Set medical-and-social features must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: *hysterectomy, medical-and-social features.*

Відомості про авторів

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

ORCID: 0000-0002-9205-510X; e-mail: vdovichenki@gmail.com

Забудський Олександр Васильович – КНП «Пологовий будинок № 2», м. Київ

ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: Zabudskiyov@ukr.net

Information about the authors

Vdovychenko Serhij Yu. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0000-0002-9205-510X; e-mail: vdovichenki@gmail.com

Zabudskiy Oleksandr V. – Communal noncommercial enterprise maternity hospital №2, Kyiv

ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: Zabudskiyov@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. de Luca A. et al. Breast cancer and multiple primary malignant tumors: case report and review of the literature // *in vivo*. International Institute of Anticancer Research, 2019. Vol. 33. № 4. P. 1313–24.
2. Koh S.C.L. et al. Combined panel of serum human tissue kallikreins and CA-125 for the detection of epithelial ovarian cancer // *Journal of Gynecologic Oncology*. Korean Society of Gynecologic Oncology and Colposcopy, 2012. Vol. 23. № 3. P. 175–81.
3. Vargas A.N. Natural history of ovarian cancer. // *Ecancermedalscience*. 2014. Vol. 8. P. 465.
3. Runnebaum I.B., Stickeler E. Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk // *J Cancer Res Clin Oncol*. Springer, 2001. Vol. 127. № 2. P. 73–9.
4. Permut-Wey J., Sellers T.A. Epidemiology of ovarian cancer // *Cancer Epidemiol*. Springer, 2009. P. 413–37.
5. Hunn J., Rodriguez G.C. Ovarian cancer: etiology, risk factors, and epidemiology // *Clin Obstet Gynecol*. LWW, 2012. Vol. 55. № 1. P. 3–23.
6. Jordan S.J. et al. Has the association between hysterectomy and ovarian cancer changed over time? A systematic review and meta-analysis // *Eur J Cancer*. Elsevier, 2013. Vol. 49. № 17. P. 3638–47.
7. Rice M.S. et al. Tubal ligation, hysterectomy and epithelial ovarian cancer in the New England case-control study // *Int J Cancer*. Wiley Online Library, 2013. Vol. 133. № 10. P. 2415–21.
8. Wentzensen N. et al. Ovarian cancer risk factors by histologic subtype: an analysis from the ovarian cancer cohort consortium // *Journal of Clinical Oncology*. American Society of Clinical Oncology, 2016. Vol. 34. № 24. P. 2888.
9. Dixon-Suen S.C. et al. The association between hysterectomy and ovarian cancer risk: a population-based record-linkage study // *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. Oxford Academic, 2019. Vol. 111. № 10. P. 1097–103.
10. Merrill R.M. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. // *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2008. Vol. 14. № 1. P. CR24-31.
11. Gentry-Maharaj A. et al. Changing trends in reproductive/lifestyle factors in UK women: descriptive study within the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS) // *BMJ Open*. British Medical Journal Publishing Group, 2017. Vol. 7. № 3. P. e011822.
12. Holman C.D.J. et al. A decade of data linkage in Western Australia: strategic design, applications and benefits of the WA data linkage system // *Australian Health Review*. CSIRO Publishing, 2008. Vol. 32. № 4. P. 766–77.