

Результати порівняльного аналізу динаміки клініко-функціональних змін у жінок на різних етапах лікування після функціонально-щадних гінекологічних операцій

О. Т. Ткаченко

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

Мета дослідження: оцінити результати порівняльного аналізу динаміки клініко-функціональних змін у жінок на різних етапах лікування після функціонально-щадних гінекологічних операцій.

Матеріали та методи. За результатами клініко-статистичного дослідження первинної медичної документації гінекологічного стаціонару викопіювані дані з 520 історій хвороби гінекологічних хворих, яким виконували функціонально-щадні операції.

Була проаналізована структура і динаміка гінекологічних захворювань, визначено питому вагу органозберігаючих операцій з різними видами доступів і об'єму хірургічного лікування. З цієї групи гінекологічних хворих була відібрана (з дотриманням правил статистичної і клінічної вибірки) основна група (224 жінки) і група порівняння (108 жінок), що була розподілена на дві підгрупи (після радикальних операцій і після консервативної терапії), зіставних за віком, стадією і тяжкістю захворювання.

Критеріями включення в основну групу були жінки зі специфічними гінекологічними захворюваннями: опущення передньої і задньої стінки піхви II, III ступеня, з елонгацією шийки матки, цистоцеле і ректоцеле; міомою матки різної форми і розмірів (до 16–17 тиж вагітності); доброякісні утворення придатків матки та апоплексією яєчників у жінок репродуктивного періоду.

Результати. Встановлена висока прогностична значущість дії: вибору видів операційного доступу; клінічного діагнозу під час госпіталізації; вираженості і динаміки клінічних симптомів; особової тривожності, депресії, метаболічних і психоемоційних змін; акушерського і гінекологічного анамнезу; віку, наявності супутніх хронічних захворювань; суб'єктивної оцінки здоров'я; рівня медичної інформованості і компетентності; своєчасності і доступності клініко-діагностичних послуг тощо на вірогідність змін показників якості життя (за видами функціонування).

Відповідно до розробленого алгоритму аналізу дискримінанта оперовані жінки були розподілені по групам прогнозованих змін (з позитивною динамікою показників якості життя; без динаміки показників якості життя; з негативною динамікою показників якості життя), складена таблиця, за якою можливо з високою достовірністю (88,6%) прогнозувати ефективність хірургічного лікування. Використання методу «дерева класифікації» дозволило оцінити ступінь вираженості якісних характеристик (діагноз, локалізація, вигляд операційного доступу тощо). Представлені прогностичні розрахунки дозволили оцінити рангову пріоритетність чинників, що впливають на ефективність лікування з визначенням найбільш значущих чинників (клінічний діагноз під час вступу, вираженість клінічних симптомів, вік жінок, показники шкали соціально-гігієнічного функціонування, наявність супутніх хронічних захворювань, обтяжений гінекологічний анамнез, соціально-психологічний стан, вираженість трижовності і депресії, рівень медичної інформованості тощо).

Висновки. Встановлені сприятливіші і достовірніші клінічні і медико-соціальні переваги проведення органозберігаючих гінекологічних операцій порівняно з радикальними операціями. Аналіз ефективності хірургічного лікування з проведенням функціонально-щадних операцій лапароскопічним доступом свідчить про найбільш сприятливі (порівняно з іншими видами доступів) показники основних видів функціонування в структурі якості життя на всіх етапах лікувального процесу (до і після операції і під час оцінювання віддалених результатів).

При лапароскопічному доступі наголошуються кращі характеристики фізичного функціонування, соціально-побутової адаптації і здібності до самообслуговування, психоемоційного благополуччя, вираженості клінічних скарг, хворобливих проявів і сумарної шкали якості життя.

Ключові слова: клініко-функціональні зміни, порівняльний аналіз, органозберігаючі операції, репродуктивний вік.

Проведення органозберігаючих гінекологічних операцій має бути направлене не лише на збереження репродуктивної функції, але і на досягнення ефективності лікування з поліпшенням якості життя [1–3]. Це зумовлює необхідність проведення порівняльного аналізу ефективності функціонально-щадних операцій при різних гінекологічних захворюваннях з оцінкою динаміки показників якості життя до і після оперативних втручань [4–6].

При обґрунтуванні і вдосконаленні організаційно-клінічних форм спеціалізованої медичної допомоги необхідно аналізувати показники якості соціальної, медичної та економічної ефективності [7–9]. Доцільним є використання методів прогнозування з оцінкою ефективності функціонально-щадних операцій, що проводяться на етапах лікування і реабілітації, які забезпечують необхідну якість життя (ЯЖ) [10, 11]. Тому результати порівняльного аналізу динаміки клініко-функціональних змін у жінок на різних етапах лікування після функціонально-щадних гінекологічних операцій є достатньо актуальними.

Мета дослідження: оцінити результати порівняльного аналізу динаміки клініко-функціональних змін у жінок на різних етапах лікування після функціонально-щадних гінекологічних операцій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За результатами клініко-статистичного дослідження первинної медичної документації гінекологічного стаціонару викопіювані дані з 520 історій хвороби гінеколо-

гічних хворих, яким виконували функціонально-щадні операції. Було проаналізовано структуру і динаміку гінекологічних захворювань, визначено питому вагу органозберігаючих операцій з різними видами доступів і об'єму хірургічного лікування.

З цієї групи гінекологічних хворих була відібрана (з дотриманням правил статистичної і клінічної вибірки) основна група (224 жінки) і група порівняння (108 жінок), яка була розподілена на дві підгрупи (після радикальних операцій і після консервативної терапії), зіставних за віком, стадією і тяжкістю захворювання.

Критеріями включення в основну групу були жінки зі специфічними гінекологічними захворюваннями (опущення передньої і задньої стінки піхви II, III ступеня, з елонгацією шийки матки, цистоцеле і ректоцеле; міомою матки різної форми і розмірів (до 16–17 тиж вагітності); доброякісні утворення придатків матки та апоплексією яєчників у жінок репродуктивного віку).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Нами представлений аналіз структури госпіталізованих на оперативне лікування, аналіз динаміки клініко-функціональних станів і ефективність функціонально-щадних гінекологічних операцій. У структурі госпіталізованих для хірургічного лікування жінок, більшу питому вагу становили хворі з доброякісними утвореннями придатків матки (36,6%), з опущенням передньої і задньої стінки піхви II, III ступеня (30,4%), з міомою матки різної форми і розмірів (20,9%) і з апоплексією яєчників (12,1%).

Результати клінічного і клініко-статистичного аналізу свідчать, що у 33,0% жінок з пролапсом геніталій II–III ступеня реконструктивно-відновлювальні операції виконані вагінальним доступом; манчестерська операція (76,3%); передня і задня кольпорафія, репозиція сечового міхура, фіксація сечівника, відновлення м'язів тазового дна (23,7%).

Жінкам з міомою матки виконана консервативна міомектомія (21,0%), шляхом череворозтину по Пфанненштілю (97,8%). Органозберігаючі операції у жінок з доброякісними утвореннями придатків виконані переважно лапароскопічним методом (97,3%), зокрема:

- цистектомія (46,7%);
- резекція яєчника (26,6%);
- аднексектомія (12,4%);
- цистектомія з одного боку і резекція яєчника з іншого боку (11,4%).

Функціонально-щадні операції на придатках матки становили 66,6% зі всіх проведених операцій. У всіх хворих післяопераційний період перебігав без ускладнень з випискою на 7–10-у добу.

У значної частини жінок, направлених на хірургічне лікування, виявлений обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез: аборти (45,5%); операції на матці і придатках (20,9%); кесарів розтин (12,9%); мимовільні викидні (8,0%) тощо. У структурі супутніх захворювань переважали хвороби органів дихання (37,0%), хвороби ендокринної системи і порушення обміну речовин (24,5%), фіброаденома грудних залоз (9,8%), хвороби системи кровообігу (8,9%) тощо.

Проведений порівняльний аналіз клініко-функціональних і психоемоційних станів у жінок на різних етапах спостереження свідчить, що більше половини гінекологічних хворих (53,4%) скаржилася на присутність больового синдрому внизу живота різної інтенсивності. Виявлені тривалі терміни прояву болю до госпіталізації (протягом місяця до госпіталізації біль відзначали 61,3% жінок, а 15,3% – протягом більше півроку).

Виявлений прямий кореляційний зв'язок між тривалістю больового синдрому і ступенем задоволеності якістю життя ($r = 0,7$; $p < 0,001$). Через 6 міс після операції періодичний тягнучий біль внизу живота відзначали лише 24,7% жінок, а у віддаленому періоді – 18,6% жінок. Майже у половини хворих (45,2%) в анамнезі зафіксовано порушення менструального циклу, а 31,9% жінок порушення менструального циклу непокоїло більше 6 міс, що значно погіршувало показники якості життя та їх психоемоційний стан ($r = 0,6$; $p < 0,001$).

При одночасному прояві цих симптомів у 64,5% госпіталізованих жінок значно погіршувалися показники фізичного функціонування, ступінь соціальної адаптації, здібність до самообслуговування, загальний психоемоційний фон і стан здоров'я ($p < 0,01$).

При порівняльному аналізі достовірно доведено, що після функціонально-щадних операцій загальні показники ЯЖ на етапах спостереження покращувалися (до операції – $62,1 \pm 0,8$ бала; через 6 міс – $69,8 \pm 1,0$ бала; після операції через 2 і більше років – $74,9 \pm 1,4$ бала при $p < 0,001$; $F = 28,9$ $\eta = 14,5$).

У віддаленому періоді значно більшу питому вагу складають жінки із зменшенням клінічних патологічних станів, поліпшенням загального самопочуття і сприятливішими показниками ЯЖ по основних видах функціонування (фізичного, соціальної адаптації, профілактичної активності, психоемоційного благополуччя в сім'ї, клінічних проявів і загальної задоволеності якістю життя і станом здоров'я).

Показники ефективності функціонально-щадних операцій з урахуванням видів операційного доступу свідчать про достовірне перевагу лапароскопічного доступу по всіх видах функціонування (порівняно з череворозтинним і вагінальним доступом), особливо за сумарною шкалою оцінки якості життя, за психоемоційним благополуччям, за соціально-побутовою адаптацією і здібності до самообслуговування, по задоволеності наданням медичній допомозі (у тому числі гінекологічною допомогою) і загальній суб'єктивній оцінці стану здоров'я ($p < 0,001$).

При використанні спеціалізованих психологічних шкал виявлені закономірності, що свідчать про виражену реактивну тривожності, депресії, наявності ознак клімактеричного синдрому (нейровегетативних, метаболічних і психоемоційних змін), які залишаються після операції (до 6 міс) і різко знижуються у віддаленому періоді (2 роки і більше), що сприяє значному поліпшенню психоемоційного стану, суб'єктивної оцінки здоров'я та ЯЖ.

Встановлений кореляційний зв'язок між виглядом операційного доступу і вираженістю реактивної та особової тривожності (за шкалою Ч. Д. Спілбергера). Висока реактивна тривожність зафіксована у більшій частині жінок після череворозтину за Пфанненштільем і в оперованих вагінальним доступом, ніж у жінок після лапароскопічних операцій. Виражена реактивна і особова тривожність до операції наголошувалося у 58,9% жінок, через півроку після операції зберігалася у 57,6%, а у віддаленому періоді відзначено лише у 24,3% жінок.

До операції важкий ступінь синдрому (за шкалою менопаузального індексу (MMI) Купермана) спостерігався у більшості (79,5%) жінок, через півроку після операції важкий ступінь спостерігалася лише у 15,4% жінок, а у віддаленому періоді – у 5,1% жінок, що свідчить про ефективність функціонально-щадних операцій. Психоемоційні, нейровегетативні, обмінно-ендокринні порушення виражені у більшій частині жінок після радикальних гінекологічних операцій (13,6%) порівняно з жінками після органозберігаючих операцій (8,0%) і у пацієнток після консервативної терапії (2,4%) ($p < 0,05$). Клінічно виражена тривога і депресія (за шкалою М. Гамільтона) виражена більше у жінок до операції (11,6%). Че-

рез півроку і у віддалений періоді після операції цей показник значно знизився ($1,2\%$) ($p < 0,05$).

Доведено, що у жінок після лапароскопічних операцій психоемоційний стан сприяє більш сприятливий ($64,3 \pm 1,2$ бал) порівняно із станом у жінок після операцій черевнорозтину за Пфанненштілем ($60,9 \pm 2,1$ бала) і після вагінальних операцій ($59,7 \pm 1,3$ бала, при $p < 0,05$). Проте після функціонально-щадних операцій у всіх жінок зберігається в незначній мірі дратівливість, страх, занепокоєння та інші психоемоційні прояви.

Встановлена висока прогностична значущість дії вибору видів операційного доступу; клінічного діагнозу під час вступу; вираженості і динаміки клінічних симптомів; особливої тривожності, депресії, метаболічних і психоемоційних змін; акушерського і гінекологічного анамнезу; віку, наявності супутніх хронічних захворювань; суб'єктивної оцінки здоров'я; рівня медичної інформованості і компетентності; своєчасності і доступності клініко-діагностичних послуг тощо на вірогідність змін показників ЯЖ (за видами функціонування).

Відповідно до розробленого алгоритму аналізу дискримінанта оперовані жінки були розподілені по групах прогнозованих змін (з позитивною динамікою показників ЯЖ; без динаміки показників ЯЖ; з негативною динамікою показників ЯЖ) і складена таблиця, по якій можливо з високою достовірністю ($88,6\%$) прогнозувати ефективність хірургічного лікування.

Використання методу «дерева класифікації» дозволило оцінити ступінь вираженості якісних характеристик (діагноз, локалізація, вигляд операційного доступу тощо). Представлені прогностичні розрахунки дозволили оцінити рангову пріоритетність чинників, що впливають на ефективність лікування, з визначенням найбільш значимих чинників (клінічний діагноз під час госпіталізації, вираженість клінічних симптомів, вік жінок, показники шкали соціально-гігієнічного функціонування, наявність супутніх хронічних захворювань, обтяжений гінекологічний анамнез, соціально-психологічний стан, вираженість тривожності і депресії, рівень медичної інформованості тощо).

ВИСНОВКИ

Встановлені сприятливіші і достовірніші клінічні і медико-соціальні переваги проведення органозберігаючих гінекологічних операцій порівняно з радикальними операціями. Аналіз ефективності хірургічного лікування з проведенням функціонально-щадних операцій лапароскопічним доступом свідчить про найбільш сприятливі (порівняно з іншими видами доступів) показники основних видів функціонування в структурі якості життя на всіх етапах лікувального процесу (до і після операції і при оцінюванні віддалених результатів).

При лапароскопічному доступі наголошуються кращі характеристики фізичного функціонування, соціально-побутової адаптації і здібності до самообслуговування, психоемоційного благополуччя, вираженості клінічних скарг, хворобливих проявів і сумарної шкали якості життя.

Results of comparative analysis of dynamics clinical-and-functional changes for women on the different stages of treatment after functionally sparing gynaecological operations

O. T. Tkachenko

The objective: to estimate the results of comparative analysis of dynamics clinical-and-functional changes for women on the different stages of treatment after functionally sparing gynaecological operations.

Materials and methods. As a result of clinical-and-statistical research of primary medical document of gynaecological permanent establishment of copies information from 520 medical histories of gynaecological patients, which was executed functionally-sparing operations.

A structure and dynamics of gynaecological diseases was analysed, the specific weight of organ-preserving operations was determined with the different types of accesses and volume of surgical treatment. From this group of gynaecological patients a basic group (224 women) and group of comparison (108 women), which parted on 2 sub-groups (after radical operations and after conservative therapy), was selected (with the observance of rules of statistical and clinical selection), comparable on age, by the stage and severity of disease.

Plugging criteria in a basic group were women with specific gynaecological diseases (prolapsus of front and back wall of vagina II, III degree, from the elongation of cervix, cystocele and rectocele; by the uterine fibroids of different form and sizes (to 16–17 weeks pregnancy); of high quality formations of appendages of uterus and by the ovarian apoplexy for the women of reproductive period).

Results. High prognostic meaningfulness of action is set: to the choice of types of operating access; clinical diagnosis at a receipt; expressed and dynamics of clinical symptoms; personal anxiety, depression, metabolic and psycho-emotional changes; obstetric and gynaecological anamnesis; age, presence of concomitant chronic diseases; subjective estimation of health; level of the medical being informed and competence; to the timeliness and availability of clinico-diagnostic services and others like that on authenticity of changes of indexes of quality of life (on the types of functioning).

In accordance with the developed algorithm of analysis of discriminant the operated women were up-diffused on the groups of the forecast changes (with the positive dynamics of indexes of quality of life; without the dynamics of indexes of quality of life; with the negative dynamics of indexes of quality of life) the made table on which it is possible with high authenticity (88,6%) to forecast efficiency of surgical treatment.

The use of method of «tree of classification» allowed to estimate the degree of expressed of high-quality descriptions (diagnosis, localization, type of operating access and others like that). Presented prognostic calculations allowed to estimate grade priority of influences on efficiency of treatment with determination of the most meaningful factors (clinical diagnosis at a receipt, expressed of clinical symptoms, eyelids of women, indexes of scale of the social and hygienic functioning, presence of concomitant chronic diseases, gynaecological anamnesis, social and psychologic state, expressed of anxiety and depression, is burdened, level of the medical being informed and others).

Conclusions. More favourable and more reliable clinical and medical-and-social advantages of conduct of organ-preserving gynaecological operations are set as compared to radical operations. Analysis of efficiency of surgical treatment with conduct functionally sparing operations testifies laparoscopic access to the most favorable (as compared to other types of accesses) indexes of basic types of functioning in the structure of quality of life on all stages of medical process (to and after operations and at the estimation of remote results).

At laparoscopic access the best descriptions of the physical functioning, social adaptation and capacity are marked for self-service, psycho-emotional prosperity, expressed of clinical complaints, sickly displays and total scale of quality of life.

Keywords: *clinical-and-functional changes, comparative analysis, organ-preserving operations, reproductive age.*

Відомості про автора

Ткаченко Ольга Тарасівна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ
E-mail: pearl.olga@gmail.com

Information about the author

Tkachenko Olha T. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
E-mail: pearl.olga@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Vázquez-Martínez ER, Bello-Alvarez C, Hermenegildo-Molina AL, et al. Expression of Membrane Progesterone Receptors in Eutopic and Ectopic Endometrium of Women with Endometriosis. 2020 Jul 13;2020:2196024. doi: 10.1155/2020/2196024
2. Marquardt RM, Kim TH, Shin JH, Jeong JW Progesterone and Estrogen Signaling in the Endometrium: What Goes Wrong in Endometriosis? *Int J Mol Sci*. 2019 Aug 5;20(15):3822. doi: 10.3390/ijms20153822.
3. Lessey BA, Young SL. Homeostasis imbalance in the endometrium of women with implantation defects: the role of estrogen and progesterone. *Semin Reprod Med*. 2024 Sep;32(5):365-75. doi: 10.1055/s-0034-1376355
4. Akoum A, Al-Akoum M, Lemay A, Maheux R, Leboeuf M. Imbalance in the peritoneal levels of interleukin 1 and its decoy inhibitory receptor type II in endometriosis women with infertility and pelvic pain. *Fertil Steril*. 2008 Jun;89(6):1618-24. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.06.019.
5. Chen P, Wang DB, Liang YM. Evaluation of estrogen in endometriosis patients: Regulation of GATA-3 in endometrial cells and effects on Th2 cytokines. *J Obstet Gynaecol Res*. 2016 Jun;42(6):669-77. doi: 10.1111/jog.12957.
6. Huang Y, Zeng C, Wu PL, Zhou Y, Peng C, Xue Q, Zhou YF. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. Vascular endothelial growth factor is up-regulated by leukemia inhibitory factor and interleukin-6 in human endometriotic stromal cells. 2019 May 25;54(5):324-9. doi: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2019.05.007.
7. Danastas K, Miller EJ, Hey-Cunningham AJ, Murphy CR, Lindsay LA. Expression of vascular endothelial growth factor A isoforms is dysregulated in women with endometriosis. *Reprod Fertil Dev*. 2018 Mar;30(4):651-7. doi: 10.1071/RD17184.
8. Verit, F. F. Endometriosis, leiomyoma and adenomyosis: the risk of gynecologic malignancy I F.F. Verit, O. Yucel II Asian Pac. J. Cancer Prev. -2023. - Vol. 14, № 10. - P. 5589-97.
9. Zhou Y, Zhao RH, Tseng KF, Li KP, Lu ZG, Liu Y, Han K, Gan ZH, Lin SC, Hu HY, Min DL. Sirolimus induces apoptosis and reverses multidrug resistance in human osteosarcoma cells in vitro via increasing microRNA-34b expression. *Acta Pharmacol Sin*. 2024 Apr;37(4):519-29. doi: 10.1038/aps.2015.153
10. Rai, P. The role of DJ-1 in the pathogenesis of endometriosis I P. Rai, S. Shivaji II *PLoS One*. - 2021. - Vol. 6, № 3. - e18074.
11. Donninger H, Schmidt ML, Mezzanotte J, Barnoud T, Clark GJ. Ras signaling through RASSF proteins *Semin Cell Dev Biol*. 2024 Oct;58:86-95. doi: 10.1016/j.semcdb.2016.06.007