

Дифференційований підхід до хірургічного лікування міоми матки великих розмірів

В.І. Бойко, В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: підвищення ефективності хірургічного лікування міоми матки великих розмірів на підставі вивчення клініко-ехографічних та морфологічних особливостей, а також розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики оперативного втручання з використанням сучасних ендоскопічних технологій.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати комплексного обстеження і хірургічного лікування 200 хворих з міомою матки великих розмірів (розміри пухлини, відповідні 12 і більше тижням вагітності і маса видаленого макропрепарату більше 300 г), у яких виконана планова гістеректомія. П'ятидесяти хворим виконана тотальна лапароскопічна гістеректомія (група I), 50 хворим – тотальна лапаротомічна гістеректомія (група II), 50 хворим – субтотальна лапаротомічна гістеректомія (група III) і 50 хворим – тотальна вагінальна гістеректомія (група IV).

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що оперативне лікування у більш ніж половині випадків виконано у хворих у віці від 40 до 49 років. Проте у групі IV більшість хворих знаходилися у віці від 50 до 59 років. Так само слід зазначити, що середній вік у групах I і III статистично значуще менший, ніж у групах II і IV ($p < 0,05$): група I – $46,9 \pm 6,1$ року; група II – $49,4 \pm 3,3$ року; група III – $44,5 \pm 4,8$ року; група IV – $51,5 \pm 4,2$ року, а загальний середній вік склав $47,8 \pm 5,7$ року. Під час оцінювання величини матки було встановлено, що більше ніж у половині пацієнток (54,0%) величина матки знаходилася в інтервалі 12–14 тиж вагітності, проте середня величина відповідала приблизно 15 тиж. Групи I, II і III не відрізнялися між собою за середньою величиною матки ($p > 0,05$). У групі IV середня величина матки була статистично значуще меншою у порівнянні з показниками інших груп ($p < 0,05$). У 84,0% хворих групи IV величина матки знаходилася в інтервалі 12–14 тиж, що значно менше у порівнянні з іншими групами ($p < 0,05$). Слід зазначити, що у групі IV були відсутні хворі з розмірами матки більше 18 тиж, а в групі I – більше 24 тиж.

Аналіз зустрічальності хірургічних доступів залежно від величини матки засвідчив, що в категоріях 12–14 тиж, 15–19 тиж і 20–24 тиж лапароскопію виконували більш ніж у половині хворих (52,0%), проте в категорії більше 24 тиж у всіх випадках використовували лапаротомічний доступ.

Вивчення зв'язку між тривалістю операції і наявністю ожиріння встановило, що у лапаротомічних групах наявність надмірної маси тіла призводила до збільшення тривалості операції (група II – $rs = 0,35$; $p < 0,01$; група III – $rs = 0,38$; $p < 0,05$). У групах I і IV ожиріння не було чинником, що продовжив тривалість гістеректомії.

Заключення. Результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до хірургічного лікування міоми матки великих розмірів є обґрунтованим і дозволяє поліпшити ранні і віддалені наслідки для жінок в аспекті клінічного перебігу раннього післяопераційного періоду і якості життя у віддалений період.

Ключові слова: міома матки, великий розмір, хірургічне лікування.

Проблема міоми матки залишається вельми актуальною у сучасній гінекології. Міома матки є найбільш поширеною пухлиною малого таза, частота якої складає 35–40% у жінок репродуктивного і перименопаузального періодів [1, 2].

Незважаючи на досягнутий в останні десятиліття значний прогрес у вивченні патогенезу, етіології і консервативного лікування міоми матки хірургічне лікування посідає головне місце, а єдиним методом, що забезпечує повне лікування, є хірургічне видалення патологічно зміненого органа [3, 4].

У умовах сьогодення від 30% до 52% всіх гістеректомій виконується з приводу міоми матки [5, 6]. Одним з головних свідчень для хірургічного лікування є великі розміри (більше 12 тиж вагітності) пухлини. Під час аналізу гістеректомій, виконаних з приводу міоми матки, у 30–35% випадків мала місце міома матки великих розмірів [7, 8]. Доцільність проведення гістеректомії у хворих з міомою матки великих розмірів за відсутності будь-якої симптоматики на сьогодні є предметом суперечок [9, 10]. Так само в літературі немає однозначного погляду на розміри пухлини, що є показанням до хірургічного лікування.

Серед великої кількості літератури стосовно різних типів гістеректомії лише окремі дослідження присвячені конкретному використанню цієї операції у хворих з міомою матки великих розмірів [2, 7].

Використання лапароскопії в оперативній гінекології дозволило по-новому оцінити і переваги вагінального доступу у хворих з міомою матки. Вагінальна гістеректомія у поєднанні з лапароскопічною асистенцією перестала бути «сліпою» операцією. За даними низки авторів, використання лише діагностичної лапароскопії дозволило їм виконувати до 70% гістеректомій вагінальним доступом [1, 3].

У сучасній літературі є багаточисельні дослідження, присвячені впливу гістеректомії різного об'єму (тотальна і субтотальна) на гормональний статус, сексуальну функцію і якість життя жінки в цілому [4, 5]. Проте лише поодинокі роботи [9, 10] стосуються взаємозв'язків між доступом гістеректомії і соціальним, ролевим і сексуальним функціонуванням хворих після операції.

Дискутабельними залишаються питання, що стосуються доцільності призначення агоністів гонадотропін-рилізінг-гормону (а-ГнРГ) як передопераційної підготовки у хворих з міомою матки великих розмірів [2, 7].

Отже, тактика вибору оптимального оперативного доступу при гістеректомії у хворих з міомою матки великих розмірів вимагає уточнення, заснованого на даних порівняльних досліджень всіх доступів, що використовуються: лапаротомії, лапароскопії і вагінального.

Техніка лапароскопічних гістеректомій різноманітна і знаходиться в стані постійного розвитку і вдосконалення, що і зумовлює її повільне впровадження у практику. Потрібне подальше вивчення і вдосконалення техніки лапароскопічної гістеректомії і лапароскопічної асистенції при виконанні вагінальної гістеректомії у хворих з міомою мат-

ки великих розмірів, що відповідає запитам широкого кола гінекологів, що оперують.

Усе викладене вище є обґрунтуванням для проведення наукового дослідження.

Мета дослідження: підвищення ефективності хірургічного лікування міоми матки великих розмірів на підставі вивчення клініко-ехографічних та морфологічних особливостей, а також розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики оперативного втручання з використанням сучасних ендоскопічних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Наукова робота виконана на кафедрі акушерства і гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України. Проаналізовано результати комплексного обстеження і хірургічного лікування 200 хворих з міомою матки великих розмірів (розміри пухлини, відповідні 12 і більше тижням вагітності, і маса видаленого макропрепарату більше 300 г), у яких виконана планова гістеректомія на клінічній базі кафедри.

П'ятидесяти хворим виконана тотальна лапароскопічна гістеректомія (група I), 50 хворим – тотальна лапаротомічна гістеректомія (група II), 50 хворим – субтотальна лапаротомічна гістеректомія (група III) і 50 хворим – тотальна вагінальна гістеректомія (група IV).

На кожну пацієнтку заповнювали форму під назвою «Реєстраційна карта жінки», куди вносили дані обстеження, а також виписки з історій хвороби і амбулаторних карт спостереження. У кожної обстежуваної жінки було отримано інформовану згоду на участь у дослідженні.

Структура дослідження відповідає сучасним етичним нормам, протокол дослідження схвалений етичним комітетом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що оперативне лікування у більш ніж половині випадків виконано у хворих у віці від 40 до 49 років. Проте у групі IV більшість хворих знаходилися у віці від 50 до 59 років. Так само слід зазначити, що середній вік у групах I і III статистично значуще менший, ніж у групах II і IV ($p < 0,05$): група I – $46,9 \pm 6,1$ року; група II – $49,4 \pm 3,3$ року; група III – $44,5 \pm 4,8$ року; група IV – $51,5 \pm 4,2$ року, а загальний середній вік склав $47,8 \pm 5,7$ року.

Проведений клінічний аналіз засвідчив, головне місце серед скарг у всіх групах посідали патологічні кровотечі (тривалі і рясні менструації, ациклічні маткові кровотечі) (72,0–82,0%), що призводили до виникнення постгеморрагічної анемії і пов'язаної з нею симптоматики: слабкості, швидкої стомлюваності, запаморочення і так далі, проте на момент хірургічного втручання анемія діагностована у 24,0–30,0% хворих. Більше половини хворих всіх груп відзначали наявність відчуття тяжкості і періодичного болю у нижніх відділах черевної порожнини, у попереку. Порушення функції сусідніх органів (прискорене сечовипускання, закреп) відзначали 22,0–32,0% хворих у групах. Слід підкреслити, що 28,0–36,0% хворих у групах свідчили про ріст пухлини, а 18,0–36,0% пацієнток скаржилися на наявність великої пухлини, відчутної при самообстеженні. Скарги на сексуальну дисфункцію пред'являли 22,0–32,0% пацієнток у групах і лише у 2,0–8,0% хворих міома матки не мала симптоматики. Важливою особливістю отриманих результатів є відсутність достовірних змін між групами ($p > 0,05$) та відповідність загальновідомим даним сучасної літератури [1, 5].

Давність захворювання до моменту оперативного ліку-

вання складала: у групі I – від 2 міс до 16 років (у середньому $4,5 \pm 0,4$ року); у групі II – від 4 міс до 19 років (у середньому $4,7 \pm 0,4$ року); у групі III – від 2 міс до 15 років (у середньому $4,4 \pm 0,4$ року) і у групі IV – від 8 міс до 17 років (у середньому $4,9 \pm 0,4$ року) ($p > 0,05$).

Менше ніж у половини хворих (40,0–48,0%) проводили попереднє консервативне лікування, яке в більшості випадків мало симптоматичний характер [2, 6]. Слід зазначити, що в період передопераційної підготовки у групі I у 16,0% хворих з вираженою анемією як гормональну терапію використовували препарати групи α -ГНПГ протягом 2–4 міс, що дозволило за цей період підняти рівень гемоглобіну, що так само сприяло зменшенню розмірів пухлини.

Отже, аналізуючи дані анамнезу, розв'язку і клінічного перебігу захворювання у хворих з міомою матки великих розмірів, можна відзначити, що групи були підібрані відповідно до поставленої мети та завдань.

У подальшому був проведений комплексний аналіз радикального хірургічного лікування хворих з міомою матки великих розмірів, який ґрунтувався на даних результатів передопераційної діагностики і підготовки, основних параметрів операції, клініко-лабораторного обстеження, показників перебігу раннього післяопераційного періоду, найближчих і віддалених результатів оперативного лікування.

Під час оцінювання величини матки було встановлено, що більше ніж у половини пацієнток (54,0%) величина матки знаходилася в інтервалі 12–14 тиж вагітності, проте середня величина відповідала приблизно 15 тиж. Групи I, II і III не відрізнялися між собою за середньою величиною матки ($p > 0,05$). У групі IV середня величина матки була статистично значуще меншою у порівнянні з показниками інших груп ($p < 0,05$). У 84,0% хворих групи IV величина матки знаходилася в інтервалі 12–14 тиж, що значно менше у порівнянні з іншими групами ($p < 0,05$). Слід зазначити, що у групі IV були відсутні хворі з розмірами матки більше 18 тиж, а в групі I – більше 24 тиж.

Аналіз зустрічальності хірургічних доступів залежно від величини матки засвідчив, що в категоріях 12–14 тиж, 15–19 тиж і 20–24 тиж лапароскопію виконували більш ніж у половини хворих (52,0%), проте в категорії більше 24 тиж у всіх випадках використовували лапаротомічний доступ.

На підставі анамнестичних даних, гінекологічного огляду і ультразвукового дослідження у 56,0%, 54,0%, 46,0% і 52,0% хворих у групах I, II, III і IV відповідно виявлена наявність супутньої міоми матки гінекологічної патології, про що також свідчать дані сучасної літератури [3, 4, 7].

Отримані дані свідчать, що частота ознак перенесених раніше травм шийки матки, що візуально виявляються, у групі IV була вище, а у групі III нижче, ніж в групах I і II ($p < 0,05$). Також група IV статистично значуще відрізнялася від інших груп частотою супутнього опущення стінок піхви ($p < 0,05$).

У всіх групах при трансвагінальному ультразвуковому дослідженні у 14,0–18,0% хворих виявляли патологію ендометрія ($p > 0,05$). У всіх хворих з наявністю ультразвукових ознак захворювань ендометрія були проведені гістероскопія і роздільне діагностичне вишкрібання з подальшим патоморфологічним дослідженням зскрібків. Наявність патологічних змін ендометрія була підтверджена гістологічно у 98,0% хворих. У більшості випадків діагностовані залозисто-фіброзні, залозисті поліпи ендометрія і вогнищева гіперплазія ендометрія.

Під час вивчення результатів лабораторного передопераційного обстеження у хворих у всіх групах не виявлено будь-яких значних відхилень від нормальних показників в аналізах сечі, біохімічних аналізах крові і коагулограмах.

Статистичне оброблення даних загальних аналізів крові

засвідчило, що середні показники гемоглобіну, гематокриту і кількості еритроцитів у хворих з міомою матки у групах гістеректомії були нижче, ніж у середньому в популяції ($p < 0,05$). Анемія виявлена у 28,0%; 30,0%; 28,0% і 24,0% хворих у групах I, II, III і IV відповідно.

Тема щодо показань до оперативного лікування міоми матки широко обговорюється у сучасній літературі [1–10]. Згідно з отриманими нами результатами окрім наявності міоми матки великих розмірів показаннями до хірургічного лікування були: менометрорагія, що повторюється, призводили до анемії пацієнтки (78,0%); стійкий больовий синдром, що служило причиною непрацездатності і вимагало вживання анальгетичних препаратів у більш ніж половини хворих (52,0%); здавлення і порушення функції сусідніх з маткою органів (сечовий міхур, сечоводи, пряма кишка) у кожній четвертій хворій (26,0%). У 32,0% хворих відзначено наявність швидкого збільшення пухлини (понад 4 тиж за рік) та збільшення пухлини у період менопаузи і в 14,0% – атипове розташування міоматозного вузла (шийкові і інтралігаментарні вузли, субсерозний вузол на вузькій ніжці).

Отже, хворі з міомою матки великих розмірів характеризуються великою частотою (88,0–94,0%) зустрічальності поєднаних показань, тобто окрім міоми матки великих розмірів існувало 1 і більше чинників, що визначали необхідність хірургічного лікування. Великі розміри пухлини як ізолюване показання до операції відзначено лише у 10,0–12,0% хворих. У групі I великі розміри пухлини як ізолюване показання фіксували частіше (12,0%), ніж в інших групах, проте ці відмінності не були статистично значущі ($p > 0,05$).

Під час аналізу проведених операцій було встановлено, що у 76,0% хворих у групі I, 66,0% – у групі II, 60,0% – у групі III і 58,0% – у групі IV гістеректомію поєднували з іншими операціями. Так, більше половини (54,0%) хворих у групах II і III оперовані за використанням поперечної надлобкової лапаротомії (типу Pfannenstiel), яка є менш травматичною і забезпечує сприятливіші результати. До виконання нижньосереднього череворозтину вдавалися у випадках повторних втручань у хворих, яких раніше оперували з використанням подовжніх розрізів черевної стінки, при розмірах пухлини, що перевищують 17–18 тиж. Лапаротомічні і вагінальні гістеректомії виконували за стандартними методиками [1, 9, 10].

У 40,0% хворих групи I, 26,0% хворих групи II, 32,0% хворих групи III і 8,0% хворих групи IV у ході втручання виконано розділення спайок у зв'язку з виявленням спайкового процесу у черевній порожнині і порожнині малого таза.

Вузли несприятливої локалізації (шийкової, передшийкової і міжзв'язкової) виявлені під час операції у 34,0%, 34,0%, 18,0% і 24,0% хворих у групах I, II, III і IV відповідно.

У 100% хворих у всіх групах під час патоморфологічного дослідження видалених маток встановлений діагноз лейоміоми. Привертає увагу те, що у 42,0% хворих виявлені вторинні зміни у міоматозних вузлах. Групи не відрізнялися за частотою зустрічальності вторинних змін ($p > 0,05$). Важливо відзначити, що у 12,0% хворих у групах виявлена клітинна лейоміома, вік цих хворих коливався від 30 до 48 років, але середній вік – $37,8 \pm 4,4$ року був статистично значущо нижчий, ніж середній вік хворих у всіх групах – $47,8 \pm 5,7$ року ($p < 0,05$).

Під час проведення патоморфологічного дослідження привернула увагу висока частота супутніх міомі матки великих розмірів захворювань: внутрішнього ендометріозу (38,0%), гіперпластичних процесів (18,0%), поліпів ендометрія (10,0%) і хронічного ендометриту (32,0%). У групі IV

патологічні процеси придатків матки діагностували статистично значущо рідше, ніж в інших групах ($p < 0,05$).

Особливий інтерес представляє маса макропрепарату. Так, у групі I вона коливалася від 300 до 2470 г (у середньому – $789,5 \pm 412,5$ г), у групі II – від 300 до 3500 г (у середньому – $973,4 \pm 640,7$ г), у групі III – від 320 до 2160 г (у середньому – $865,5 \pm 481,7$ г) ($p > 0,05$). У групі IV маса видаленої матки варіювала від 300 до 1240 г, а середня маса матки ($521,4 \pm 219,6$ г) була значно меншою, ніж в інших групах ($p < 0,05$).

Тривалість операції корелювала з наявністю супутніх операцій у групах I ($r_s = 0,65$; $p < 0,01$) і IV ($r_s = 0,62$; $p < 0,01$), слабо – у групах II ($r_s = 0,27$; $p > 0,05$) і III ($r_s = 0,23$; $p > 0,05$), проте у групах II і III значущість взаємозв'язку була статистично нижча. Так само виявлена помірна пряма залежність тривалості втручання від наявності спайкового процесу у порожнині малого таза у групах II ($r_s = 0,43$; $p < 0,01$), III ($r_s = 0,38$; $p < 0,05$) і I ($r_s = 0,51$; $p < 0,01$). Слід зазначити, що тривалість лише етапу гістеректомії у всіх групах не корелювала з наявністю поєднаних втручань і спайкового процесу.

Вивчення кореляції між масою видалених маток і тривалістю гістеректомії у групі III засвідчило, що велика маса матки не призводить до збільшення тривалості операції ($r_s = 0,12$; $p > 0,05$). У групі II виявлений слабкий прямий взаємозв'язок ($r_s = 0,28$; $p < 0,05$).

Вивчення зв'язку між тривалістю операції і наявністю ожиріння встановило, що у лапаротомічних групах наявність надмірної маси тіла призводила до збільшення тривалості операції (група II – $r_s = 0,35$; $p < 0,01$; група III – $r_s = 0,38$; $p < 0,05$). У групах I і IV ожиріння не було чинником, що продовжив тривалість гістеректомії.

Аналіз взаємозв'язку між наявністю несприятливо розташованих міоматозних вузлів і тривалістю операції засвідчив, що у групі I наявність несприятливо розташованих міоматозних вузлів призводила до продовження часу операції ($r_s = 0,39$; $p < 0,05$). Не виявлено статистично значущого взаємозв'язку між наявністю несприятливо розташованих міоматозних вузлів і тривалістю операції у групах II, III і IV.

Об'єм операційної крововтрати коливався від 50 до 400 мл (у середньому – $164,44 \pm 66,54$ мл) у групі I, від 100 до 1500 мл (у середньому – $377,27 \pm 324,07$ мл) у групі II, від 100 до 800 мл (у середньому – $270,45 \pm 183,25$ мл) у групі III, від 100 до 450 мл (у середньому – $222,37 \pm 81,78$ мл) у групі IV. Слід зазначити, що об'єм крововтрати у групі I був статистично значущо менший, ніж в інших групах ($p < 0,05$).

Під час кореляційного аналізу у групах II, III і IV виявлена пряма залежність об'єму крововтрати від тривалості втручання – відповідно $r_s = 0,44$ ($p < 0,01$), $r_s = 0,39$ ($p < 0,05$), $r_s = 0,41$ ($p < 0,05$).

У групі I не виявлено достовірного взаємозв'язку між тривалістю операції і операційною крововтратою ($r_s = 0,16$; $p > 0,05$). Цей факт, з одного боку, можна пояснити тим, що у процесі лапароскопічного втручання джерело навіть невеликої кровотечі виявляли відразу, невідкладно проводили гемостаз за допомогою коагуляції, і об'єм крововтрати був статистично значущо менший, ніж в інших групах. З іншого боку, значну частку у загальній тривалості операції у групі I складав час, що витрачається на фрагментацію і витягання видаленої матки з черевної порожнини, – етап, що не супроводжувалася будь-якою крововтратою.

Аналіз залежності об'єму крововтрати від маси виявив, що у всіх групах збільшення матки призводить до збільшення крововтрати: $r_s = 0,49$ ($p < 0,01$) у групі I; $r_s = 0,43$ ($p < 0,01$) у групі II; $r_s = 0,38$ ($p < 0,05$) у групі III і $r_s = 0,56$ ($p < 0,01$) у групі IV.

Ураховуючи об'єм крововтрати і наявність вихідної анемії у 4,0% хворих у групі I; 16,0% – у групі II; 14,0% – у групі III і 6,0% – у групі IV, під час операції здійснювали переливання еритроцитарної маси. У 12,0%, 30,0%, 28,0% і 14,0% хворих у групах I, II, III і IV відповідно проводили переливання свіжо-замороженої плазми. Частота переливання компонентів крові у групах I і IV була статистично значуще нижчою, ніж у групах лапаротомічних гістеректомій ($p < 0,05$).

Віддалені результати радикального хірургічного лікування хворих з міомою матки широко обговорюються у сучасній літературі [3, 5, 7]. Тривалість наших спостережень за хворими склала від 3 до 30 міс (у середньому – $15,6 \pm 4,8$ міс).

Протягом періоду спостереження у 12,0% пацієнток проведено повторне оперативне лікування. Так, у терміни від 1 до 2 міс після операції під час контрольних оглядів у 6,0% хворих групи I; 8,0% – групи II і 6,0% – групи IV була виявлена наявність грануляційних поліпів у куполі піхви.

Протягом періоду спостереження в 1,5% хворих виявлені утворення у придатках, що було причиною для повторного оперативного лікування в об'ємі однобічної або двобічної аднексектомії.

У 6,0% хворих виконано хірургічні втручання з приводу опущення тазових органів різного ступеня і стресового нетримання сечі. У групі I у 2 пацієнток була виконана лапароскопічна промонтофіксація, у 2 (4,0%) хворих – відповідно передня кольпорафія-кольпоперинеорафія і слінгова операція (TOT), в 1 (2,0%) – їхнє поєднання.

У групі II оперативне лікування проводили у 10 хворих: у 3 (6,0%) хворих виконана передня кольпорафія і кольпоперинеорафія, в 1 (2,0%) – TOT. Слід зазначити, що в 1 хворій (2,0%) опущення стінок піхви було присутнє до гістеректомії, і його корекція проведена другим етапом через 7 міс після гістеректомії.

У групі III в 1 хворій (2,0%) видалення кукси шийки матки виконано з приводу пролапсу, що виник протягом 2 років після операції. Екстирпацію шийки матки поєднували з лапароскопічною промонтофіксацією кукси піхви. Ще в 1 хворій (2,0%) виконана передня кольпорафія у поєднанні з антистресовою операцією TOT.

У групі IV в однієї пацієнтки (2,0%) виконана традиційна передня кольпорафія у поєднанні з антистресовою операцією TOT, у другій пацієнтки (2,0%) з рецидивом виконана лапароскопічна промонтофіксація кукси піхви проленовою сіткою.

Привертає увагу, що в 1 хворій (2,0%) групи II і у 2 хворих (4,0%) групи III виконана герніопластика післяопераційної грижі.

ВИСНОВКИ

Диференційований підхід для хірургічного лікування хворих з міомою матки великих розмірів полягає у наступному:

- вагінальний доступ слід використовувати у жінок, які народжували, з емкою піхвою, рухливою пухлиною, що не перевищує 16 тиж вагітності (маса матки не перевищує 700 г), і відсутністю патології придатків матки, а також у хворих, яким у зв'язку з високим ризиком інгалаційного наркозу показано проведення регіонарної спинномозкової анестезії;

- лапароскопічний доступ краще використовувати у хворих з міомою матки величиною до 24 тиж вагітності (маса матки до 1500 г) у випадках наявності: супутньої генітальної і екстрагенітальної патології, що вимагає симультанного хірургічного лікування; раніше перенесених операцій на органах черевної порожнини і малого таза; надмірної маси тіла і неможливості виконання операції вагінальним доступом;

- лапаротомічний доступ показаний для виконання гістеректомії лише у хворих з пухлинами надвеликих розмірів – більше 24 тиж вагітності (маса матки більше 1500 г) або за наявності протипоказань до проведення лапароскопії.

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до хірургічного лікування міоми матки великих розмірів є обґрунтованим і дозволяє поліпшити ранні і віддалені наслідки для жінок в аспекті клінічного перебігу раннього післяопераційного періоду і якості життя у віддалений період.

Дифференцированный подход к хирургическому лечению миомы матки больших размеров

В.И. Бойко, В.А. Терехов

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения миомы матки больших размеров на основе изучения клинико-эхографических и морфологических особенностей, а также разработки и внедрения дифференцированного подхода к выбору методики оперативного вмешательства с использованием современных эндоскопических технологий.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного обследования и хирургического лечения 200 больных с миомой матки больших размеров (размеры опухоли более 12 нед беременности и масса макропрепарата – более 300 г), у которых была выполнена плановая гистерэктомия. Пятидесяти больным была выполнена тотальная лапароскопическая гистерэктомия (группа I), 50 больным – тотальная лапаротомическая гистерэктомия (группа II), 50 больным – субтотальная лапаротомическая гистерэктомия (группа III) и 50 больным – тотальная вагинальная гистерэктомия (группа IV).

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что оперативное лечение в более чем половине случаев выполнено у больных в возрасте от 40 до 49 лет. Однако в группе IV большинство больных находилось в возрасте от 50 до 59 лет. Также следует отметить, что средний возраст в группах I и III статистически значимо меньше, чем в группах II и IV ($p < 0,05$): группа I – $46,9 \pm 6,1$ года; группа II – $49,4 \pm 3,3$ года; группа III – $44,5 \pm 4,8$ года; группа IV – $51,5 \pm 4,2$ года, а общий средний возраст составил $47,8 \pm 5,7$ года.

При оценивании величины матки было установлено, что более чем у половины пациенток (54,0%) величина матки находилась в интервале 12–14 нед беременности, однако средняя величина соответствовала примерно 15 нед. Группы I, II и III не отличались между собой по средней величине матки ($p > 0,05$). В группе IV средняя величина матки была статистически значимо меньше по сравнению с показателями других групп ($p < 0,05$). У 84,0% больных группы IV величина матки находилась в интервале 12–14 нед, что значительно меньше по сравнению с другими группами ($p < 0,05$). Следует отметить, что в группе IV отсутствовали больные с размерами матки более 18 нед, а в группе I – более 24 нед.

Анализ встречаемости хирургических доступов в зависимости от величины матки показал, что в категориях 12–14 нед, 15–19 нед и 20–24 нед лапароскопию выполняли более чем у половины больных (52,0%), однако в категории более 24 нед во всех случаях использовали лапаротомический доступ.

Изучение связи между продолжительностью операции и наличием ожирения установило, что в лапаротомических группах наличие избыточной массы тела приводило к увеличению продолжительности операции (группа II – $rs = 0,35$; $p < 0,01$; группа III – $rs = 0,38$; $p < 0,05$). В группах I и IV ожирение не было фактором продолжения гистерэктомии.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование дифференцированного подхода к хирургическому лечению миомы матки больших размеров является обоснованным и позволяет улучшить ранние и отдаленные результаты для женщин в аспекте клинического течения раннего послеоперационного периода и качества жизни в отдаленный период.

Ключевые слова: миома матки, большие размеры, хирургическое лечение.

The differentiated approach to surgical treatment of myoma of uterus of the big sizes

V.I. Boyko, V.A. Terekhov

The objective: increase of efficiency of surgical treatment of myoma of uterus of the big sizes on the basis of studying clinical-ehografical and morphological features, and also working out and introduction of the differentiated approach to choice of technique of operative intervention with use modern endoscopic technologies.

Patients and methods. Are analysed results of complex inspection and surgical treatment of 200 uterus of big sizes sick by myoma (the sizes of a tumour more than 12 weeks of pregnancy and weight of macro-preparation – more 300 gramme) at which was planned hysterectomy. 50 patients has been executed total laparoscopica hysterectomy (group I), 50 – total laparotomical hysterectomy (group II), 50 – subtotal laparotomical hysterectomy (group III) and 50 – total vaginal hysterectomy (group IV).

Results. Results of the spent doslidzhen svidchat scho operational likuvannya in bilsh nizh polovini vipadkiv vikonano have ailments from vitsi from 40 to 49 rokiv. Prote in grupi IV bilshist ailing znahodilisya vitsi have from 50 to 59 rokiv. So needless slid zaznachiti scho seredniy vik at the I i III GROUP randomness znachusche Mensch, nizh in GROUP II i IV ($p < 0.05$): grupa of I – $46,9 \pm 6,1$ rock; grupa II – $49,4 \pm 3,3$ rock; grupa III – $44,5 \pm 4,8$ rock; grupa IV – $51,5 \pm 4,2$ rock and zagalny seredniy vik Sklave $47,8 \pm 5,7$ rock.

Pid hour otsinyuvannya quantities uterus vstanovleno Bullo, scho bilshe nizh patsientok half (54.0%) of the uterus in the value znahodi-

lasya intervali 12-14 tizh vagitnosti against serednya magnituda vidpovidala priblizno 15 tizh. GROUP I, II i III not vidriznyalisya mizh serednoyu for themselves the size of the uterus ($p > 0.05$). In grupi serednya IV uterine size has been viewed randomness znachusche Mensch in porivnyanni s pokaznikami inshih group ($p < 0.05$). At 84.0% the ailing groupies IV uterine size znahodilasya in intervali 12-14 tizh, scho uniquely less then in porivnyanni s inshimi Group ($p < 0.05$). Slid zaznachiti, scho boule in grupi IV vidsutni hvori s rozmirami uterus bilshe 18 tizh, and grupi I – bilshe 24 tizh.

Analiz zustrichalnosti hirurgichnih dostupiv fallow od magnituda uterus zasvidchiv, scho in categories tizh 12-14, 15-19, 20-24 i tizh tizh laparoskopiyu vikonuvali bilsh nizh half ailments (52.0%) against 24 in the category of bilshe tizh in vsih vipadkah vikoristovuvali laparotomichny access.

Vivchennya zv'yazku mizh trivalistyu operatsii i nayavnistyu ozhirinnya vstanovilo, scho in laparotomichnih GROUP nayavnist nadmirnoi masi tila generally produces up zbilshehny trivalosti operatsii (grupa II – $rs = 0,35$; $p < 0.01$; grupa III – $rs = 0,38$; $p < 0.05$). In the I i GROUP IV ozhirinnya chinnikom not Bullo, scho prodovzhiv trivalist gisterektozii.

Conclusion. Results of the spent researches testify that use of the differentiated approach to surgical treatment of myoma of uterus of the big sizes is proved and allows to seize early and the remote results for women in aspect of clinical current of the early postoperative period and quality of life in the remote period.

Key words: uterus myoma, the big sizes, surgical treatment.

Сведения об авторах

Бойко Владимир Иванович – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 31; тел.: (0542) 66-09-48

Терехов Владимир Андреевич – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 31; тел.: (0542) 66-09-48

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аракелян А.С. Выбор оперативного доступа для гистеректомии у больных миомой матки больших размеров / А.С. Аракелян, С.И. Киселев, О.В. Конышева // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2007. – С. 163–164.
2. Сидорова И.С. Миома матки (современные аспекты этиологии, патогенеза, классификации и профилактики) / Миома матки / под ред. И.С. Сидоровой. – М.: МИА, 2013. – С. 5–66.
3. Foissac R. Torsion of a huge pedunculated uterine leiomyoma / R. Foissac, N. Sautot-Vial, L. Birtwisle // Am. J. Surg. – 2015. – Vol. 201. – P. 43–45.
4. Berek Jonathan S. Novak's Gynecology / Berek Jonathan S. – New York. – 2014. – P. 359–361.
5. Cunningham F. Gary William's Obstetrics / Cunningham F.Gary. – New York. – 2015. – P. 647–650.
6. Ohtani T. Resolution of a leg ulcer after hysterectomy for huge uterine myoma / T. Ohtani, M. Tanita, H. Tagami // J. Dermatol. – 2013. – Vol. 30. – P. 530–532.
7. Buttram V.C. Uterine leiomyomata: aetiology, symptomatology, and management / V.C. Buttram, R. Reiter // Fertil Steril. – 2011. – № 36. – P. 433–0443.
8. Deligdish L. Endometrial changes associated with myomata of uterus // L. Deligdish, M. Loewenthal // J. CHN Pathol. – 2014. – № 23. – P. 676–680.
9. Stanko C.M. Deep venous thrombosis associated with large leiomyomata uteri. A case report / C.M. Stanko, M.A. Severson, K.L. Molpus // J. Reprod. Med. – 2014. – Vol. 46. – P. 405–407.
10. Ozsaran A.A. Giant myoma and erythrocytosis syndrome / A.A. Ozsaran, I.M. Itil, Terek // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. – 2014. – Vol. 39. – P. 384–386.

Статья поступила в редакцию 29.06.2016