

УДК 618.14-002-08:615.849

© М. С. Сторожук, О. О. Процепко, 2012.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ МІОМИ МАТКИ

М. С. Сторожук, О. О. Процепко*Кафедра акушерства та гінекології №1 (зав. – професор Б. Ф. Мазорчук), Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця.*

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF OPERATIVE TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS M. S. Storozhuk, O. O. Protsepko

SUMMARY

According to examination of 123 cases of myomectomy in women of reproductive age we offered the possibility of the chose of surgical treatment depending on the size and location of uterine fibroids. The reproductive function of the women after conservative myomectomy was traced.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

М. С. Сторожук, А. А. Процепко

РЕЗЮМЕ

На основании изучения 123 выполненных миомэктомий у женщин репродуктивного возраста предложена возможность выбора метода хирургического лечения в зависимости от размеров и расположения миоматозного узла. Отслежена репродуктивная функция у женщин, которым была проведена консервативная миомэктомия.

Ключові слова: міома матки, консервативна міомектомія, лапароскопія, лапаротомія, репродуктивна функція.

До теперішнього часу міома матки залишається однією з найпоширеніших доброякісних пухлин жіночих статевих органів, що вимагають оперативного втручання та призводять до зниження якості життя, втрати репродуктивного органу. Частота виникнення цього захворювання складає 15,0-17,0% у жінок старше 30 років і 30,0-35,0% у жінок, що досягли пременопаузального віку [2, 4, 7]. Незважаючи на велику кількість досліджень і значні успіхи в альтернативній і ад'ювантній терапії міоми матки, основним методом її лікування залишається хірургічний. Після видалення матки не тільки не усуваються супутні розвитку пухлини порушення гомеостазу, але в ряді випадків вони навіть посилюються, що вимагає прийняття подальших реабілітаційних заходів [1, 2, 4, 7]. Тому збереження і відновлення репродуктивного здоров'я жінок у фертильний період життя представляє одну з найактуальніших проблем сучасної гінекології, що вимагає удосконалення органозберігаючих технологій.

Для вибору оптимального обсягу лікувальних заходів важливе значення мають комплексна діагностика стану миоматозного вузла, оцінка його рецепторного апарату. У багатьох випадках критерієм для виконання міомектомії з урахуванням показань є бажання пацієнтки зберегти матку, а разом з нею – репродуктивну функцію. Загальноприйняті показання до міомектомії: міома матки, швидкий

ріст міоми, безпліддя і невиношування вагітності [1, 3, 6, 8].

До хірургічних органозберігаючих методів лікування міоми матки відноситься міомектомія (лапаротомним, лапароскопічним, вагінальним та комбінованим методом).

Традиційним доступом для міомектомії є лапаротомний. Основною перевагою абдомінальної міомектомії є можливість виконання даної операції незалежно від клінічної ситуації і при будь-яких технічних умовах. В цьому випадку завжди існує можливість накладення швів на матку, що сприяє формуванню більш спроможного рубця на матці. Причому, шви накладаються при будь-якій локалізації миоматозних вузлів. При проведенні лапаротомії не потрібно дорогого обладнання та спеціальної підготовки оперуючих гінекологів [2, 4, 8]. Основним і головним недоліком абдомінальної міомектомії є лапаротомна рана. При цьому травматичність розрізу на передній черевній стінці для пацієнток перевищує травму безпосередньо від міомектомії. З цим також пов'язаний і цілий ряд післяопераційних ускладнень: гематоми, абсцеси передньої черевної стінки, травматизація органів черевної порожнини (кишечника, сечового міхура, великого сальника, парієтальної очеревини). Надалі нерідко розвиваються ускладнення пізнього післяопераційного періоду (злуковий процес органів черевної порож-

нини, больовий синдром). Все це обумовлює тривалі терміни перебування в стаціонарі (до 7 діб) і досить тривалі терміни повної реабілітації пацієнток (до 2-х місяців). Після загоєння післяопераційної рани навіть при використанні найсучаснішого шовного матеріалу та накладання косметичних швів утворюються післяопераційні рубці.

Завдяки розвитку нових малоінвазивних медичних технологій органозберігаючі операції сьогодні виконуються переважно шляхом лапароскопії. Відомо, що даний метод має низку переваг перед «відкритими» операціями, насамперед – це мала травматичність, висока прецизійність оперативної техніки, нетривалий термін перебування хворих у стаціонарі, зниження ризику виникнення гриж у післяопераційному періоді [1, 5, 6, 8]. Сучасні досягнення ендоскопії припускають розширення показань до виконання малоінвазивних міомектомій, а саме, вибору місця розрізу на матці для проведення енуклеації вузла залежно від його кровопостачання.

Метою нашого дослідження було провести порівняльний аналіз ефективності міомектомії лапароскопічним та лапаротомним доступами.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Нами вивчено 63 міомектомії, виконані лапароскопічним доступом (I група) та 60 випадків лапаротомічної міомектомії (II група) у жінок з міомами матки.

Середній вік пацієнток в групі лапароскопічного доступу склав $29,2 \pm 0,4$ року, в групі лапаротомного доступу – $31,3 \pm 0,5$ року.

Вибір методики доступу хірургічного втручання здійснювався залежно від розмірів матки, особливостей розташування міоматозних вузлів, перенесених раніше операцій та супутньої патології.

Виконання міомектомії лапароскопічним доступом виконувалося пацієнткам з субсерозними фіброматозними вузлами в середньому до $5,0 \pm 0,4$ см в діаметрі. Лапаротомний метод використовувався у випадках субсерозно-інтрамуральних (9 випадків), інтрамурально-субмукозних вузлів (7 випадків), при великих розмірах субсерозних вузлів (в середньому $10,0 \pm 0,6$ см). При використанні лапароскопічного доступу міоматозні вузли були солітарними. У випадках виконання лапаротомного доступу у 10 пацієнток міома носила множинний характер, а у 50 – солітарний.

Після проведення клініко-лабораторного обстеження, встановлення діагнозу визначалися показання для проведення міомектомії та вибір доступу. При цьому враховували вік хворих, характер і перебіг захворювання, його тривалість, клінічну симптоматику, відсутність ефекту або ефективність консервативної терапії, наявність і виразність супровідних захворювань.

Для знеболення застосовувався інтубаційний комбінований наркоз.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після проведеного дослідження виявлено, що у хворих обох груп міома матки часто поєднувалася з іншою генітальною патологією, яка потребувала додаткової оперативної корекції. Міома матки як одинична патологія була наявна у 37 (58,7%) хворих I групи та у 47 (78,3%) – II групи. Із супровідної гінекологічної патології найчастіше спостерігався зовнішній ендометріоз: 11 (17,4%) жінок I групи і 5 (8,3%) хворих II групи, причому різниця у частоті цієї патології у пацієнток із різних референтних груп була статистично вірогідною ($p < 0,05$). Доброякісні пухлини яєчників та їх пухлиноподібні захворювання у вигляді кіст поєднувалися з міомою матки у 7 (11,1%) пацієнток I групи та у 4 (6,6%) жінок II групи.

При виконанні лапароскопічної міомектомії середній діаметр міоматозного вузла на ніжці дорівнював $60,8 \pm 0,6$ мм і коливався в межах від 25 до 195 мм. Жодного випадку лапароконверсії при вилученні одиничної міоми на ніжці не було. Одинична субсерозна міома в середньому мала діаметр $46,2 \pm 0,3$ мм – від 25 до 80 мм; рівень лапароконверсії становив 2,3% (мінілапаротомія).

Середня тривалість операції в I групі становила $56,7 \pm 3,2$ хвилини, а в II групі – $86,9 \pm 4,1$ хвилини. Тривалість міомектомії при одиничній міомі матки значною мірою залежала від діаметра міоматозного вузла і глибини його занурення в міометрій тіла матки, а при множинній міомі – діаметра і типової локалізації домінантного вузла. При видаленні одиничних міоматозних вузлів на ніжці час операції в I групі практично прямо пропорційно зростав зі збільшенням діаметра вузла: від $35,0 \pm 0,9$ хвилини при видаленні вузла діаметром 30 мм до 110 хвилин при видаленні вузла діаметром 180 мм. Це пов'язано з технічним ускладненням процесу міомектомії при видаленні вузла більшого діаметра, а також зі зростанням складності видалення макропрепарату з черевної порожнини. У свою чергу, видалення міоматозного вузла на ніжці у хворих II групи в середньому тривало $50,0 \pm 0,5$ хвилини, зі збільшенням його діаметра тривалість операції змінювалася повільніше: від $42,5 \pm 4,5$ хвилини при видаленні міоми діаметром 41-50 мм до $60,0 \pm 7,4$ хвилини, якщо діаметр міоми був 81-90 мм.

Середня тривалість консервативної міомектомії при видаленні одиничного субсерозного міоматозного вузла в I групі становила $53,6 \pm 1,4$ хвилини, у II групі – $75,0 \pm 5,6$ хвилини. Тривалість втручання зростала поступово в обох групах зі збільшенням діаметра одиничного субсерозного міоматозного вузла. Так, у I групі міомектомія вузлів діаметром 30 мм в середньому вимагала $52,1 \pm 1,4$ хвилини, а вузлів діаметром 71-80 мм – $115,9 \pm 5,6$ хвилини. При виконанні операцій в обох групах здійснювали підрахунок інтраопераційної крововтрати. В I групі

вона в середньому становила $87,0 \pm 0,6$ мл, в II групі – $174,0 \pm 2,3$ мл.

Менша травматичність лапароскопічних оперативних втручань сприяла тому, що наприкінці першої доби у 56 (88,9%) жінок I групи відзначалася активна перистальтика, а повне відновлення функції кишечника – на другу добу. У хворих II групи протягом першої доби відзначалося зниження перистальтики кишечника. На другу добу перистальтика була активною у 26 (43,3%) хворих, а після очисної клізми на 3-тню добу відновлювалася у решти 34 (56,7%) хворих.

Серед пацієнок I групи спостереження бажала завагітніти 21 (33,3%) пацієнтка, в II групі у вагітності були зацікавлені 15 (25,0%) жінок. Серед зазначених пацієнок завагітніли 13 (61,9%) жінок I групи і 9 (60,0%) – II групи. Термін настання бажаної вагітності в I групі в середньому становив $(14,3 \pm 3,5)$ місяців – від 8 до 32 місяців, а в II групі – $(17,1 \pm 5,7)$ місяців – від 10 до 24 місяців.

ВИСНОВКИ

1. Лапароскопічну міомектомію доцільно обирати як варіант доступу при наявності міоматозного вузла на ніжці незалежно від його розміру, а також субсерозного й інтрамурального вузлів діаметром до 70 мм. Міомектомія лапаротомним доступом показана при вилученні інтрамуральних і субсерозних вузлів діаметром більше 70 мм з метою найбільш ретельного ушивання ложа вузла для формування спроможного рубця.

2. Лапароскопічна міомектомія субсерозних і інтрамуральних вузлів діаметром до 70 мм, а також міоматозних вузлів на ніжці, порівняно з класичною трансабдомінальною операцією, сприяє зниженню інтраопераційної крововтрати майже вдвічі, зменшує потребу в післяопераційній аналгезії, інфузійній терапії, дозволяє планувати відновлення рухової активності хворих через 6 годин після операції, скорочує післяопераційний ліжко-день вдвічі.

3. У разі пограничного розміру вузла, атипичної

локалізації міоми та у разі необхідності виконання лапароконверсії найоптимальнішим методом ми вважаємо мінілапаротомію з лапароскопічною асистенцією, яка об'єднує переваги обох доступів. В цьому напрямку дослідження триває.

4. Після консервативної міомектомії, виконаної лапароскопічно і трансабдомінально, частота бажаної вагітності становила 45,0 та 47,0% відповідно і не залежала від кількості, розміру, типу міом і техніки оперування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анджиони С. Лапароскопические миомэктомии и их репродуктивные исходы / С. Анджиони // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 1. – С. 24–27.
2. Вихляева Е. М. Лейомиомы матки / Е. М. Вихляева. – М., 2004. – 396 с.
3. Гладчук И. З. Вагинальный доступ при консервативной миомэктомии / И. З. Гладчук, О. Я. Назаренко, М. М. Каштальян // *Репродуктивное здоровье женщины*. – 2005. – № 1 (21). – С. 217–219.
4. Кулаков В. И. Миомэктомия и беременность / В. И. Кулаков, Г. С. Шмаков. – М. : МЕД пресс-информ, 2001. – 342 с.
5. Лапароскопическая миомэктомия / И. З. Гладчук, В. Д. Лищук, О. Я. Назаренко [и др.]. // *Укр. журнал малоінвазивної і ендоскопічної хірургії* – 2005. – № 3-4 (9). – С. 29–33.
6. Ліщук В. Д. Лапароскопічна міомектомія (огляд літератури) / В. Д. Ліщук, О. Я. Назаренко // *Одес. мед. журнал*. – 2001. – № 2 (64). – С. 61–64.
7. Сидорова И. С. Особенности рецидивирования миомы матки после консервативно-пластических операций в зависимости от гистологического типа опухоли / И. С. Сидорова, С. Леваков, Е. Заводова // *Врач*. – 2007. – № 8. – С. 16–21.
8. Шитова А. В. Лапароскопическая миомэктомия: преимущества и ограничения / А. В. Шитова, О. Я. Назаренко, К. В. Ходорчук // *Зб. наук. праць асоц. акушерів-гінекологів України*. – К., 2004. – С. 360–365.