

УДК:618.14–002–08:615.849



В.М. Сердюк, Ю.О. Чеханов

Лапароскопічні технології в лікуванні лейоміоми матки

Дорожня клінічна лікарня на ст. Дніпропетровськ
Придніпровської залізниці

Ключові слова: лейоміома матки, лапароскопія, міомектомія, тотальна лапароскопічна гістеректомія, лапароскопічно-вагінальна екстирпація матки.

Лейоміома матки — доброякісна гормонозалежна пухлина, яка розвивається в м'язовому шарі матки і посідає особливе місце в структурі пухлин жіночої статеві сфери. За даними різних авторів, її частка становить 10–20% усієї гінекологічної патології.

Спостерігається істотне зростання частоти захворювання на лейоміому матки серед жінок репродуктивного віку: 80% жінок віком 30–40 років мають високий ризик цього захворювання. Частота виникнення лейоміоми становить 15–17% у жінок після 30 років та 30–35% — у жінок, які досягли перименопаузального віку. Останніми роками це новоутворення матки дедалі частіше діагностується в юнацькому і дитячому віці, що пов'язано з використанням сучасних методів дослідження — ехографії, лапароскопії.

Висока частота зазначеної патології, відсутність уявлень про тригерні механізми виникнення лейоміоми матки, неефективність методів ранньої діагностики цього захворювання роблять неможливою консервативну терапію і зумовлюють високу частоту хірургічних втручань. Тому є актуальним пошук нових способів виявлення лейоміоми матки на доклінічному етапі з врахуванням генетичного аспекту міоми.

Нині 50–70% оперативних втручань у гінекологічних стаціонарах виконують з приводу лейоміоми матки. Частка міомектомій, особливо лапароскопічних, становить долі відсотка, що не виправдано мало і потребує розширення показань для відновлення генеративної функції жінок фертильного віку. В більшості випадків виконують радикальне втручання, незважаючи на те, що лейоміоми є доброякісною пухлиною, моноклональною за походженням, а операція не усуває супутніх порушень гомеостазу і потребує проведення тривалих реабілітаційних заходів.

Частота настання вагітності після міомектомії становить від 27 до 73%, значна варіабельність результатів підтверджує актуальність цієї проблеми.

Слід враховувати, що найбільшу кількість опе-

ративних втручань з приводу лейоміоми матки здійснюють у пізньому репродуктивному та перименопаузальному віці, тобто в період найбільш активної соціальної життєвої жінки та продуктивної професійної діяльності, можливостей для самореалізації її в суспільстві та сім'ї.

У жінок перименопаузального віку для запобігання розвитку синдрому хірургічної менопаузи за відсутності патології яєчників досить часто виконують гістеректомію без оваріоектомії. Однак дослідженнями останнього часу доведено, що навіть при збереженні яєчників у 50% випадків через 2 роки після операції розвивається синдром виснаження яєчників, наслідком якого є прояви клімактеричного синдрому, насамперед психопатологічні та вегето-судинні розлади.

Становлення та розвиток ендоскопічної хірургії в Україні зумовили розширення переліку та зміну структури показань до ендоскопічних операцій. Останнім часом спостерігається істотне збільшення кількості оперативних лапароскопій та гістероскопій.

Міомектомія є методом вибору для жінок, які бажають зберегти матку і мають симптоми захворювання або стурбовані наявністю пухлини й її подальшим розвитком.

У пацієток раннього репродуктивного віку лапароскопічна консервативна міомектомія може бути виконана навіть у разі великого розміру вузлів (до 80 мм). Евакуацію вузлів з черевної порожнини проводять крізь задній кольпотомний розтин або використовують техніку морцеляції.

Жінкам, які не бажають зберігати фертильність, а також у разі наявності додаткових факторів ризику доцільно застосовувати гістеректомію як надійний метод позбавлення симптомів захворювання.

Застосування комбінації лапароскопічного та вагінального доступів під час гістеректомії дає змогу поліпшити результати порівняно з «класичними» трансабдомінальною та лапароскопічною операціями і має рекомендуватися пацієнткам.

Таблиця

Розподіл прооперованих за віковими групами

Вік, років	Кількість пацієнток
20–30	6 (6,1%)
31–40	18 (18,4%)
41–50	43 (43,9%)
Більше 50	31 (31,6%)

Зберігає актуальність питання профілактики та своєчасного лікування вегето-судинних та психопатологічних розладів, як проявів синдрому виснаження яєчників, після гістеректомії для збереження працездатності та психічного здоров'я цієї категорії жінок. Саме тому міомектомія, за умови можливості її виконання, є більш прийнятною у таких пацієнток. Немає сенсу проводити гістеректомію при асимптомній лейоміомі лише з метою позбутися думки про можливу малігнізацію.

Ендоскопічна хірургія дає змогу виконувати мультидисциплінарні оперативні втручання при поєднаній патології органів черевної порожнини та малого таза.

Частота ускладнень при лапароскопічних операціях становить приблизно 1% (пошкодження судин, термічне пошкодження суміжних органів, підшкірна емфізема тощо), за нашими результатами — 3%, що підтверджує перевагу цього методу порівняно з традиційною хірургією.

Обстеження хворих слід починати з неінвазивних методів, за наявності показань — доповнювати інвазивними (лапароскопія і гістероскопія). Хірургічне лікування використовують після безрезультатного попереднього застосування консервативної терапії. Повне обстеження та адекватна підготовка хворих до операції поліпшують перебіг післяопераційного періоду, дають змогу уникнути ускладнень, скорочують термін перебування хворих у стаціонарі.

Сучасні світові тенденції розвитку гінекологічної ендоскопії характеризуються пошуком нових напрямків. Потребують вирішення питання уточнення максимального терапевтичного потенціалу реконструктивно-пластичних та радикальних ендоскопічних операцій при ненеопластичних та неопластичних захворюваннях.

Матеріали та методи

Нами проаналізовано 98 лапароскопічних та комбінованих лапароскопічно-вагінальних втручань у різних модифікаціях у хворих на лейоміому матки, виконаних у 2006 р. у дорожній клінічній лікарні на ст. Дніпропетровськ. Серед них: консервативних міомектомій — 26 (26,5%), екстирпацій матки — 72 (73,5%): без придатків — 61 (84,7%),

з придатками — 11 (15,3%).

Загальні принципи операцій: мінімальне травмування тканин, використання мікрохірургічного інструментарію та оптичних приладів. Операція на матці, за необхідності, супроводжувалася втручанням на маткових трубах і яєчниках. Гемостаз досягався як методом електрокоагуляції, так і з застосуванням шовного матеріалу.

Широко застосовувалася нами лапароскопічна асистенція при екстирпації матки крізь піхву. У тих випадках, коли не було необхідності у піхвовому етапі операції, виконували звичайну лапароскопічну гістеректомію. Із 72 екстирпацій матки 63 (87,5%) були лапароскопічно-вагінальними та 9 (12,5%) — лапароскопічні гістеректомії.

В 1 (1%) випадку виконано симультантну операцію холецистектомії та лапароскопічно-вагінальної гістеректомії.

Всіх хворих обстежено в плановому порядку до операції. Клінічне обстеження жінок включало вивчення анамнезу хвороби та життя, об'єктивне гінекологічне, загальносоматичні, загальноклінічні лабораторні дослідження, ультразвукове дослідження органів малого таза, гістероскопію і/або фракційне вишкрібання цервікального каналу та порожнини матки. Результати обстежень враховували при розробці плану лікування кожної хворої та підготовки до операцій.

Результати та їхнє обговорення

Розподіл обстежених за віком наведено в таблиці. Середній вік прооперованих жінок, яким була виконана міомектомія, становив 32 роки, пацієнток, яким була виконана екстирпація матки, — 41 рік.

Показаннями до операції були:

1. Газові болі — у 54 (55,1 %) хворих, з них у 26 (26,5 %) міоматозні вузли мали тенденцією до росту.
2. Поєднання болю з матковими кровотечами — у 29 (29,6 %).
3. Безболісні мено- або менометрорагії — у 12 (12,2 %).
4. Дизурія, пов'язана з міомою, — у 3 (3,1 %).

На безпліддя страждали 18 (18,4 %) жінок: 8 (44,4%) — на первинне, 10 (55,6 %) — на вторинне. Жодного разу не народжували 25 (25,5 %)

хворих. Одні пологи в анамнезі були у 59 (60,2 %) хворих, двоє і більше — у 14 (14,3 %).

Перебували під спостереженням з приводу міоми в різних лікувальних установах перед оперативним втручанням 79 (80,6%) пацієток, 17 (21,5%) з них отримували консервативну терапію: аналоги гонадотропін-релізинг-гормону, гестагени та комбіновані оральні контрацептиви. Тривалість диспансерного нагляду до оперативного втручання становила від 1 місяця до 8 років, у середньому 48,5 місяця. У 4 (4,1%) хворих лейоміому було діагностовано інтраопераційно. 2 пацієтки (2%) мали в анамнезі консервативну міомектомію.

У пацієток спостерігали поєднання лейоміоми з іншою гінекологічною патологією, а саме:

- злуковий процес органів малого таза — 47 (48%) випадків;
- ендометріоз — 23 (23,5%);
- кіста яєчника — 16 (16,3%);
- паратубарна кіста — 14 (14,3%);
- гідросальпінкс — 14 (14,3%);
- патологія ендометрію — 12 (12,2%);
- гіперплазія ендометрію — 8 (8,2%);
- поліп ендометрію — 4 (4,1%);
- папіломи зовнішніх статевих органів — 5 (5,1%).

В анамнезі серед інших гінекологічних захворювань у пацієток були: хронічний сальпінгіт та оофорит — 52 (74,5%) випадки, ерозія шийки матки — 36 (36,7%).

Час настання менархе у хворих коливався в широких межах: від 9,5 до 18 років (у середньому $13,0 \pm 0,1$ року). Середня тривалість менструального циклу становила $(29,0 \pm 0,3)$ дня. Тривалість менструації — від 2 до 10 днів (у середньому $(5,0 \pm 0,2)$ дня).

14 (14,3%) хворих мали супутню екстрагенітальну патологію: ожиріння 2–3 ст. — 5 (5,1%), гіпертонічну хворобу 1–2 ст. — 5 (5,1%), анемію 1–2 ст. — 4 (4,1%).

Тривалість операцій становила від 45 до 140 хв, у середньому: 92,5 хв — для екстирпації матки, від 20 до 70 хв (у середньому 45 хв) — для консервативної міомектомії.

Розміри матки у хворих, яким було проведено консервативну міомектомію, коливалися від $40 \times 35 \times 40$ до $150 \times 120 \times 130$ мм; середній діаметр вузлів — від 5 до 80 мм.

У хворих, яким було проведено екстирпацію, — від $60 \times 55 \times 65$ до $160 \times 130 \times 150$ мм; середній діаметр вузлів — від 5 до 130 мм.

Поодинокі субсерозно та субмукозно розташовані вузли були у 25 (25,5%) прооперованих хворих, множинні лейоміоми матки (поєднання інтрамурального, субмукозного та субсерозного розташування) — у 73 (74,5%).

Середня тривалість перебування в стаціонарі становила для пацієток з перенесеною міомектомією — 3 дні, після екстирпації — 6 днів.

За клітинною структурою видалені міоматозні вузли були представлені такими гістологічними типами:

1. Фіброміома — пухлина з переважанням фіброзного компонента, з дифузними дистрофічними змінами, гіалінозом унаслідок порушення живлення. Таких хворих було 28 (28,6%).

2. Фібролейоміома, в якій гладеньком'язовий і фіброзний компоненти присутні у співвідношенні 50:50, без дистрофії та порушення живлення у вузлі. Цю пухлину в стадії експансивного росту з диференціюванням і дозріванням діагностовано в 27 (27,6 %) випадках.

3. Лейоміому з переважанням гладеньком'язового компонента та великою кількістю інтрамуральних додаткових судин виявлено у 33 (33,7 %) пацієток.

4. При лейоміомі за типом клітинної спостерігали переважання гладеньком'язового компонента над фіброзним (стадія утворення активного зачатка росту пухлини без ознак диференціювання і дозрівання), без порушення живлення. Хворих з таким гістологічним типом вузлів було 10 (11,3%).

Набряково-дистрофічні зміни тканини і проліферацію судин, переважно венозного типу, спостерігали у 82,6% хворих при поодиноких вузлах і у 79,7% — при множинних. Ці зміни констатували в тканині поблизу фіброміоми як при поодиноких, так і при множинних фіброматозних вузлах. Потовщення і склерозування артеріальних судин частіше спостерігали у самому вузлі міоми.

Об'єм крововтрати під час виконання консервативної міомектомії становив від 10 до 50 мл, при екстирпації матки — від 150 до 500 мл.

Інтраопераційні ускладнення, зумовлені крововотечею, виникли у 3 (3,06%) пацієток і потребували корекції гемотранфузією в ранній післяопераційний період. Інших ускладнень, пов'язаних з оперативним втручанням, у хворих не спостерігали.

У ранній післяопераційний період жодна з пацієток після консервативної міомектомії не потребувала додаткового знеболювання; хворим, які перенесли гістеректомію, в першу добу після втручання за наявності больового синдрому призначали нестероїдні протизапальні препарати.

Отже, аналіз хірургічного лікування хворих з лейоміомою матки засвідчив, що для отримання ефективного й адекватного результату слід застосовувати лапароскопічну техніку операції (міомектомію або екстирпацію матки відповідно до показань). Оскільки при лейоміомах спостерігаються поєднані форми патології, слід одночасно,

за показаннями, проводити реконструктивно-пластичні операції на маткових трубах і яєчниках. Після операцій на матці необхідно проводити реабілітаційну терапію, спрямовану на корекцію і нормалізацію функціональних станів, за показаннями — гормональну та гормонально-замісну терапію.

Висновки

Обираючи адекватні методи хірургічного лікування лейоміоми матки, доцільно починати з міомектомії, якщо діаметр пухлини не перевищує 3–4 см, незважаючи на відсутність клінічних симптомів захворювання.

За наявності больового синдрому, маточних кровотеч або синдрому росту пухлини міомектомія може бути методом вибору тільки у разі безпліддя. В інших випадках ефективним і доцільним лікуванням доброякісної пухлини матки є лапароскопічна або вагінальна гістеректомія без видалення яєчників (за відсутності захворювань яєчників).

Необхідно проводити профілактику та своєчасне лікування вегето-судинних та психопатологічних розладів як проявів синдрому виснаження яєчників після гістеректомії для збереження працездатності та психічного здоров'я цієї категорії жінок.

Література

1. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р., Киселев С.И., Гайдарова А.Х. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки // Практическая гинекология / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. — М.: МЕДпрессинформ, 2001. — С. 89–115.
2. Грищенко В.И., Козуб Н.И. Эндоскопия в диагностике и лечении женского бесплодия. — Х.: Основа, 1998. — 216 с.
3. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии. — К.: Здоров'я, 1999. — 301 с.
4. Ланчинский В.И. Генетика и молекулярная биология миомы матки // Акушерство и гинекология. — 2004. — № 2. — С. 14–17.
5. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). — СПб.: ЭЛБИ, 2000.
6. Сидорова И., Зайратьянц О., Леваков С., Баракова-Безуглая М. Простая и пролиферирующая миома матки: морфологические особенности // Врач. — 2004. — № 4. — С. 30–31.
7. Тихомиров А.Л. Алгоритм комплексного консервативного лечения больных с миомой матки // Репродуктивное здоровье женщины. — 2003. — № 3. — С. 80–83.
8. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М., Юдаев В.Н. и др. Принципы современного лечения больных миомой матки // Журн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 2003. — № 1. — С. 27–30.
9. Debuisson J.-B. Laparoscopic myomectomy: a current view // Human reproduction update. — 2000. — Vol. 6, N 6. — P. 588–594.
10. Nazah I., Robin F., Jais J. Comparison between bisection/morcellation and myometrial coring for reducing large uteri during vaginal hysterectomy or laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: result of a randomized prospective study // Acta Obstet Gynaecol Scand. — 2003. — Vol. 82. — P. 1037–1042.
11. Parazzini F., Chiaffarino F. The epidemiology of uterine leiomyomata Uterine leiomyomata pathogenesis and management / Ed. I. Brosens. — London; New York: Taylor and Francis, 2006. — P. 3–9.
12. Reich H. Laparoscopic myomectomy: an alternative to laparotomy myomectomy or hysterectomy // Gynecological endoscopy. — 1997. — P. 7–12.
13. Tyhomirov A.L., Lubnyn D.M. A modern scheme for preserving treatment of uterine leiomyoma // Eur. J. Contraception and Reproductive Health Care. — 2004. — Vol. 9 (Supp 1).
14. Wolanska M., Bankowski E. Fibroblast growth factors (FGF) in human myometrium and uterine leiomyomas in various stages of tumour growth // Biochimie. — 2006. — Vol. 88, N 2. — P. 141–146.

В.Н. Сердюк, Ю.А. Чеханов

Лапароскопические технологии в лечении лейомиомы матки

Было проанализировано 98 лапароскопических и комбинированных лапароскопически-вагинальных вмешательств в различных модификациях у больных лейомиомой матки, выполненных в 2006 г. в Дорожной клинической больнице на ст. Днепропетровск. Выбирая методы хирургического лечения лейомиомы матки, следует начинать с миомэктомии, если диаметр опухоли не превышает 3–4 см. При наличии болевого синдрома, маточных кровотечений или синдрома роста опухоли миомэктомия может быть методом выбора только в случае бесплодия. В других случаях эффективным лечением доброкачественной опухоли матки являются лапароскопическая или вагинальная гистерэктомия без овариоэктомии (при отсутствии заболеваний яичников). Необходимо проводить профилактику и своевременное лечение вегето-сосудистых и психопатологических нарушений как проявлений синдрома истощения яичников после гистерэктомии для сохранения работоспособности и психического здоровья этой категории женщин.

V.M. Serdyuk, Yu.O. Chekhanov

Laparoscopic technologies in the surgical treatment of uterine leiomyoma

The analysis has been held for 98 laparoscopic and combined laparoscopic and vaginal interventions of different modifications in patients with uterine leiomyoma, performed in year 2006 in the Railway Clinical Hospital of Dnipropetrovs'k Station. The choice of the surgical treatment method should be started form the myomectomy, if the tumor diameter do not exceed 3–4 sm. In the case of a pain syndrome, uterine bleedings or tumor growth syndrome myomectomy could be the method of choice only in the case of sterility. In other cases the effective method of treatment of benign uterine neoplasm is the laparoscopic or vaginal hysterectomy without ovariectomy (in the absence of ovary diseases). It is necessary to conduct prevention and timely treatment of vegetative-vascular and psycho-pathological disorders at both manifestations of the ovary depletion syndrome after hysterectomy for perseverance of the working capacity and psychical health of these moment.