

# Симультанна операція в гінекологічній практиці (клінічний випадок)

**Н.В. Гецко, О.В. Цмур**

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У статті наведено клінічний випадок гігантської міоми матки у жінки з супутньою патологією жовчного міхура – калькульозним холециститом та великою вентральною килою. У роботі представлені загальні клінічні та спеціальні обстеження з метою підготовки хворої до операції. Діагностована патологія потребувала симультанно-оперативного втручання, яке було проведено бригадою гінекологів та хірургів в об'ємі екстирпації матки, холецистектомії, герніотомії та герніопластики.

*Ключові слова:* гігантська міома, хронічний калькульозний холецистит, вентральна кила, симультанна операція, екстирпація матки, холецистектомія, герніотомія, герніопластика.

Серед пухлин жіночої статевих органів найбільш частими є доброякісні пухлиноподібні утвори матки, а саме лейоміоми. Частота поширення міом коливається в межах від 24% до 50%. Про актуальність даної проблеми свідчить той факт, що 50–70% усіх оперативних втручань в гінекологічних стаціонарах відбувається власне з приводу міоми матки. Не варто забувати й про поширеність доброякісних гормонзалежних пухлин матки серед жінок молодого репродуктивного віку, а також про виражену клінічну симптоматику залежно від тривалості захворювання.

Сучасні уявлення про етіологію та патогенез міоми базуються на досягненнях цитогенетики, молекулярної біології, ендокринології, імунології та факторах міжклітинної взаємодії. Вважається, що основним фактором виникнення та росту міоми є синергічний вплив на міометрій естрогенів, факторів росту та імунореактивного інсуліну. Однак існують багаточисельні дослідження та наукові роботи, що свідчать про посилення міотичної активності клітин міометрія під дією прогестинів.

Під локальною дією факторів росту, які забезпечують міжклітинну взаємодію, проходить гормональна стимуляція росту міоматозних вузлів. В конгломератах клітин міометрія порушується баланс між процесом проліферації та апоптозу на користь проліферації. Утворюється локальна гіперплазія міометрія з утворенням вузлів. Підтвердженням цього є підвищення експресії протоонкогенів bcl-2 (інгібітор апоптозу) та ki-67 (регулятор клітинної проліферації).

Основними механізмами регуляції проліферації та апоптозу є гормональна та імунна системи.

Найбільш вірогідним джерелом первинного виникнення лейоміоми є періадвентиційна тканина, яка містить найменш диференційовані клітини з вираженою потенційною можливістю трансформації у фібро- та міобласти, перидистити та недиференційовані при регенерації судинної стінки міоцити інтимної оболонки дрібних судин за повної відсутності контролю холінергічної та адренергічної нервової систем за процесами локальної проліферації.

Патогенез лейоміоми матки в процесі росту та розвитку проходить 3 послідовні стадії:

1-а стадія – утворення зони активного росту міоцитів з активним клітинним метаболізмом та утворенням периваскулярних клітинних муфт;

2-а стадія – ріст пухлини без ознак диференціювання;

3-я стадія – ріст пухлини з диференціюванням, дозріванням та поступовою фібротизацією.

У місцях скупчення гладком'язових клітин розвиваються мікроциркуляторні порушення з явищами місцевої гіпоксії, що, в свою чергу, призводить до подальшого розвитку гіпертрофії м'язових волокон у вузлах. У подальшому розвитку в міоцитах можуть спостерігатися компенсаторні зміни з розвитком дистрофії та секретії компонентів екстрацелюлярного матриксу.

У тканинах міоматозних вузлів спостерігається наявність більшої кількості рецепторів естрогенів та прогестерону в порівнянні з тканинами незміненого міометрія. Звідси формується локальна гіперестрогенія у вузлах пухлини, причому якщо рівень рецепторів до прогестерону змінюється згідно з фазами менструального циклу, то рівень концентрації естрогенних рецепторів залишається незмінно високим.

У 80% випадків ріст міоми супроводжується множинним ростом за рахунок утворення зон росту міоцитів навколо дрібних артерій, що зумовлює нерівномірність гіпертрофії волокон міометрія за рахунок розтягнення їх міоматозними вузлами.

Слід зазначити, що зміни проходять і в архітектоніці дрібних капілярів з формуванням венозних синусів, які депонують значну кількість крові. Наведені вище зміни посилюють явища місцевої гіпоксії та призводять до підвищення збудливості та скоротливої діяльності матки.

Міома матки – достатньо поширене захворювання репродуктивної системи жіночого організму, однак гігантські фіброміоми зустрічаються достатньо рідко.

До гігантських міом, згідно з сучасними гінекологічними даними, відносять пухлини масою більше 11,5 кг.

Максимальна маса описаної в медичній літературі міоми – 40 кг (Oelsner G.; Elizur S.E.; Frenkel Y.; Carp H.).

Фіброміоми гігантських розмірів можуть бути представлені як поодинокую пухлиною, так і множинними вузлами. Серед основних скарг даних хворих – це задишка, загальна слабкість, швидка втомлюваність, порушення функції тазових органів та інші скарги, пов'язані з наявністю великої пухлини, що підтискає всі органи черевної порожнини та позаочеревинного простору, що потребує хірургічного втручання, деколи в екстреному порядку.

Успіх у лікуванні гігантських пухлин залежить від правильного і повного передопераційного обстеження, передопераційної підготовки та адекватного виконання власне хірургічного втручання.

Згідно з даними ВООЗ, у 20–30% пацієнток спостерігається наявність поєднаних хірургічних та гінекологічних захворювань, які ставлять перед хірургом і гіне-

кологами важливе завдання, що полягає в одночасній корекції цих патологій за вимогами і побажаннями пацієнтів, а також для скорочення до- та післяопераційного перебування хворої в ліжку. Також однозначною важливою перевагою комплексного лікування хворих з міомою матки та хірургічною патологією є зменшення часу перебування хворої у стаціонарі, а також зменшення тривалості медикаментозного знеболювання.

Підвищення ефективності лікування гінекологічних хворих, що потребують оперативного втручання за наявності у них хірургічної патології, вирішуються за рахунок виконання симультанних операцій. Одномоментне (одночасне) хірургічне лікування дозволяє виконати весь хірургічний та гінекологічний об'єм в рамках одного анестезіологічного забезпечення, позбавляє хвору від повторних операцій та пов'язаних з цим періопераційних ускладнень як фізичного, так і психологічного плану, виключає ризик виникнення ускладнень в післяопераційний період не скоригованого хірургічного захворювання, підвищує якість життя пацієнтів.

Крім чисто медичних аспектів, симультанні операції дають можливість збільшити інтенсивність роботи та професіоналізм персоналу гінекологічного відділення, раціонально використовувати ліжковий фонд, знизити економічні витрати та розширити об'єм хірургічних втручань. У сучасній медицині під поняттям «симультанні операції» розуміють одночасне проведення двох або більше оперативних втручань на органах, анатомічно не пов'язаних один з одним, у зв'язку з етіологічно не пов'язаними між собою патологіями.

Слід зазначити, що до симультанних операцій не відносяться оперативні втручання на різних органах, об'єднаних одним патологічним процесом (політравма, ендометріоз, гнійно-септичні ураження).

У 1975 році І.П. Детков зі співавторами запропонував використовувати поняття «комбінована операція», як виконання одного або двох самостійних оперативних втручань у зв'язку з різними проявами одного захворювання, а поняття «розширена операція» – як втручання зі збільшенням стандартного об'єму оперативного втручання у зв'язку з поширенням основного захворювання (пространня пухлини).

Симультанні операції поділяють на екстрені та планові, також виділяють основний та супутній етапи. За показаннями симультанні операції поділяють на абсолютні, превентивні, діагностичні та вимушені, згідно з термінами виконання – одномоментносинхронні та одномоментно послідовні.

До одномоментносинхронних відносяться оперативні втручання декількома хірургічними бригадами на віддалених анатомічних зонах, одномоментно послідовні – виконують однією або декількома бригадами послідовно в одній анатомічній області.

У сучасній медицині в зв'язку зі значним поширенням лапароскопічних методів лікування відкриваються нові можливості для одномоментних хірургічних втручань. Низька травматичність, швидкий реабілітаційний період, хороший косметичний ефект при більшому обсязі оперативних втручань надає перевагу малоінвазивним методикам.

За допомогою лапароскопічних технологій стало можливим проведення симультанних операцій на матці та жовчному міхурі при одночасних оперативних втручаннях.

Однак далеко не всі клініки мають сучасне високотехнологічне медичне обладнання, не дивлячись на високий професійний рівень спеціалістів. Крім того, існують

деякі захворювання жіночої статевої сфери, які апріорі не піддаються корекції за допомогою новітніх методів хірургічного втручання. Йдеться про міоми великих розмірів, які підлягають традиційним класичним хірургічним втручанням. Згідно з даними А. Evans та Y. Pratt, загальна летальність при цій патології складає 15%.

**Мета дослідження:** продемонструвати симультанне оперативне лікування унікального випадку гігантської міоми матки в поєднанні з хірургічною та екстрагенітальною патологією, а саме: калькульозним холециститом, вентральною кишкою великих розмірів на тлі менопаузи протягом 2 роки, аліментарного ожиріння II ступеня та гіпертонічної хвороби ІІБ ступеня.

Щодо методів дослідження, у даної пацієнтки після ретельного збору анамнезу було використано:

- фізикальні методи (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
- загальноклінічне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, коагулограма, глюкоза крові, біохімічний аналіз крові, печінкові та ниркові проби, група крові та визначення резус-фактора тощо);
- дослідження вуглеводного обміну;
- обов'язкове обстеження на реакцію Вассермана, ВІЛ/СНІД, гепатити В та С;
- спеціальне гінекологічне дослідження (мазок, цитограма, роздільне діагностичне вишкрібання стінок каналу шийки матки та порожнини матки з гістологічним дослідженням зскрібка);
- допоміжні методи діагностики – ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза, черевної порожнини та позаочеревинного простору, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини та позаочеревинного простору, електрокардіографія та ехокардіоскопія, дослідження очного дна тощо;
- консультації суміжних спеціалістів (хірурга, кардіолога, реаніматолога-анестезіолога, ендокринолога, офтальмолога).

Під нашим спостереженням в гінекологічному відділенні Ужгородського міського пологового будинку знаходилась пацієнтка Ш., 55 років, жителька одного з районів Закарпатської області. Госпіталізована у відділення 11.04.2014 року для оперативного лікування з приводу міоми матки гігантських розмірів. Під час госпіталізації скаржилась на утруднення сечовиділення та дефекацію, відчуття важкості та дискомфорту в області черева та локально у правому підребер'ї, здуття живота, випинання в області пупка великих розмірів, швидку втомлюваність, загальну слабкість, підвищення артеріального тиску (АТ) протягом останніх 9 років на тлі відсутності менструацій протягом 2 років.

За даними анамнезу менструальна функція зберігалась до 53 років, менархе у 13 років, місячні регулярні, не болочі, з помірною крововтратою. В анамнезі две своєчасних фізіологічних пологів, два артіфіціальні аборти та діатермокоагуляція з приводу ерозії шийки матки. З анамнезу захворювання встановлено, що міома матки вперше була виявлена 15 років тому назад. У 2010 році хворій вперше було запропоновано оперативне лікування, від якого вона відмовилась за сімейними обставинами. Протягом останнього року відзначає збільшення об'єму черева, з'явилися скарги на стиснення сечового міхура та прямої кишки, важкість при зміні положення тіла, здуття, відчуття печії після споживання їжі та інші скарги.

Відзначає наявність супутньої патології – калькульозного холециститу, діагноз якого вперше встановлено в

2007 році, та наявність вентральної кили великих розмірів, яка значно збільшилась протягом останнього року.

Згідно з об'єктивним статусом при поступленні стан хвороби задовільний. Шкіра та слизові оболонки блідо-рожеві. Пульс 72–76 ударів за хвилину, ритмічний, АТ 160/90 мм рт.ст. та 150/85 мм рт.ст. (права та ліва рука відповідно), частота дихання – 16 за 1 хв. Зріст – 172 см. Маса тіла 122 кг. Живіт збільшений за рахунок об'ємного утворення, щільної консистенції, нерухомий при пальпації. На передній черевній стінці визначається вентральна кила, розмірами 30×10 см. Висота стояння дна матки 42 см.

При вагінальному дослідженні – шийка матки візуально без епітеліальних дефектів, деформована за рахунок вузлів, доступ до неї утруднений. Тіло матки горбисте за рахунок міоматозних вузлів щільної консистенції, нерухоме. Розміри матки відповідають доношеній вагітності (дно матки доходить до мечовидного відростка). Придатки пропальпувати не вдається. Склепіння вільні, глибокі. Параметрії заповнені вузлами. Виділення із статевих шляхів слизові у незначній кількості.

Щодо даних лабораторних методів обстеження:

1.ЗАК: гемоглобін – 134 г/л; еритроцити –  $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоцити –  $8,2 \times 10^9$ /л; ШОЕ – 12 мм/год.

2. ЗАС: 100 мл світло-жовта, прозора, рН 6,0, питома вага 1015, білок та цукор не знайдено, мікроскопія осаду епітелій плоский 2–4 в п/з; лейкоцити 0–2 в п/з; солі +++ аморфних фосфатів.

3. Біохімічний аналіз крові, печінкові та ниркові проби: креатинін – 76 мкмоль/л; сечовина – 3,2 мкмоль/л; тригліцериди – 1,05 ммоль/л; холестерин – 5,12 ммоль/л; ЛПДНЩ – 1,05 ммоль/л; ЛПВЩ – 1,32 ммоль/л; ЛПНЩ – 3,38 ммоль/л; коефіцієнт атерогенності – 3,4; загальний білірубін – 8,9 мкмоль/л; пряий – 3,9 мкмоль/л; тимолова проба – 1,9 ОД.; АЛАТ – 16,7 МО/Л; АСАТ – 16,7 МО/л; К – 3,4 ммоль/л; натрій – 143,3 ммоль/л; кальцій – 2,05 ммоль/л; хлор – 101,6 ммоль/л; загальний білок – 75,6 г/л; альбуміни – 46 г/л;

4. Коагулограма: протр.акт.плазми – 94%, час рекальцифікації – 78 с, тромботест – 5 с, фібриноген – 3,96 г/л, етаноловий тест – від'ємний, фібриноліз – 17%, інд.ретракція згортка – 53 с.

5. Глюкоза крові – 4,9 ммоль/л, інсулін, індекс НОМА, глікозильований гемоглобін та тест толерантності до глюкози в нормі.

6. Мазок на мікрофлору – II ступінь чистоти.

7. Цитограма – тип I.

26.03.14 р. проведено УЗД органів малого таза: розміри матки 250×190×170; М-ехо 1,1; візуалізуються множинні субсерозні та інтрамуральні вузли, найбільші 130, 170, 150 мм по передній стінці матки. Придатки чітко не візуалізуються.

Додатково проведено УЗД нирок – без патологічних змін та КТ заочеревинного простору з контрастуванням ультразвуком, згідно з яким пухлинне гетерогенне об'ємне утворення займає тазову та майже всю черевну порожнину, за межі заочеревинного простору не виходить. Виявлена кила середньої лінії живота та калькульозний холецистит.

Для уточнення діагнозу та вибору тактики лікування 01.04.14 р. проведено діагностичне вишкрібання каналу шийки матки та слизової оболонки порожнини матки.

Гістологічне заключення фракційного вишкрібання: шматочки залозистого поліпу ендочервіксу з явищами запалення, поодинокі дрібні залози та шматочки багатояркого плоского епітелію.

Встановлений клінічний діагноз: Міома матки гігантських розмірів. Менопауза 2 роки. Хронічний каль-

кульозний холецистит. Вентральна кила. Гіпертонічна хвороба ІІА стадії. Adipositas II.

Хвора консультована хірургом, терапевтом, ендокринологом, офтальмологом, кардіологом та анестезіологом.

Ураховуючи наявність гінекологічної та хірургічної патології, неможливість проведення оперативного втручання без відновлення цілісності передньої черевної стінки, вирішено провести симультанну хірургічну операцію, а саме: екстирпацію матки з придатками, холецистектомію та герніопластику.

Ураховуючи великий об'єм хірургічного втручання, анестезіологом виставлено II стадію анестезіологічного ризику, в зв'язку з чим пацієнтка пройшла передопераційну підготовку.

18.04.2014 року в плановому порядку хворій Ш. було проведено операцію об'єднаною бригадою гінекологів та хірургів. Оперативне втручання виконано в декілька етапів зі зміною хірургів: нижньосередина лапаротомія, що продовжена вліво від пупка до мечоподібного відростка.

Виявлено гризовий мішок розміром 15×10 см, що щільно підпаяний до навколишніх тканин, відсепарований. Черевна порожнина вскрита, при цьому виявлено гігантських розмірів вузлову міому матки, що складається з двох велетенських вузлів, поєднаних між собою широкою ніжною та масивними судинами. Пухлина займає весь малий таз, виходить за його межі у черевну порожнину, підтискаючи печінку та прилягає до лівого купола діафрагми. Придатки візуально не змінені. У черевній порожнині близько 800 мл ексудату. Між листками широкої маткової зв'язки відзначається накопичення ексудату. Клітковина малого таза з явищами набряку. Пухлина виведена в операційну рану. Проведена типова екстирпація матки з придатками. Розміри вузлів до 50 см в діаметрі. Контроль гемостазу. При подальшій ревізії органів черевної порожнини було виявлено жовчний міхур не збільшений, щільно прилягає до печінки, пальпаторно визначені конкременти. Виконана типова холецистектомія «від шийки» з виділенням роздільною перевіркою та відсіченням a. et d. cysticus. Ложе жовчного міхура гемостазоване та заповнене трубчастим випускником. Також дренаваний дугласів простір трубчастим дренажем. Очеревина лапаротомної рани ушита. Створено преперитонеальний простір, у який розміщено поліпропіленову сітку розміром 30×20 см та фіксовано по контуру. Простір над сіткою дренажно 2-канальним дренажем та під'єднано до системи «сильфон». Над сіткою ушито апоневроз прямих м'язів живота, підшкірну основу, накладені шви на шкіру. Асептична пов'язка.

Отриманий макропрепарат матки виглядав як 36-тижнева вагітність з наявними великими субсерозно-інтрамуральними вузлами, причому два з них мали діаметр 48 та 51 см. Вага пухлини склала 19,5 кг. Загальна крововтрата склала 300 мл без урахування втрати крові з видалним органом. Тривалість операції 3 год 45 хв.

Гістологічне заключення: 1) Будова міоматозних вузлів відповідає лейоміомі. Придатки – без особливостей. 2) В жовчному міхурі – явища запалення.

У післяопераційний період проводили антибактеріальну терапію, профілактику ТЕЛА, інфузійну терапію, загальноозміцнювальні заходи. Перебіг раннього та пізнього післяопераційного періоду – без ускладнень. На 7-у добу переведена в хірургічне відділення для динамічного спостереження та подальшого лікування. Реабілітація проведена за санаторно-курортним типом у санаторії Шаян.

**Симультанная операция в гинекологической практике (клинический случай)**

**Н.В. Гецко, О.В. Цмур**

В статье приведен клинический случай гигантской миомы матки у женщины с сопутствующей патологией желчного пузыря – калькулезным холециститом и большой вентральной грыжей. В работе представлены общие клинические и специальные обследования с целью подготовки больной к операции. Диагностированная патология требовала симультанного оперативного вмешательства, которое было проведено бригадой гинекологов и хирургов в объеме экстирпации матки, холецистэктомии, герниотомии и герниопластики.

**Ключевые слова:** гигантская миома, хронический калькулезный холецистит, вентральная грыжа, симультанная операция, экстирпация матки, холецистэктомия, герниотомия, герниопластика.

**Simultaneous operation in gynecology (clinical value)**

**N.V. Hetsko, O.V. Tsmur**

The article covers the clinical value of giant uterine myoma, combined with pathology of the gallbladder - calculous cholecystitis and big ventral hernia. The article provides the general clinical and special examinations in order to prepare the patient to the operation. The pathology, which was diagnosed, requires of simultaneous operation. This operative treatment was done by the team of surgeons and gynecologists and included the extirpation of the uterus, cholecystectomy, herniotomy, hernioplasty.

**Key words:** giant uterine myoma, chronic calculous cholecystitis, ventral hernia, simultaneous operation, extirpation of the uterus, cholecystectomy, herniotomy, hernioplasty.

**Сведения об авторах**

**Гецко Наталия Васильевна** – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета Ужгородского национального университета, 88000, г. Ужгород, Ужгородский городской родильный дом, ул. Грибоедова, 20Б. E-mail: mala01313@gmail.com

**Цмур Ольга Васильевна** – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета Ужгородского национального университета, 88000, г. Ужгород, Ужгородский городской родильный дом, ул. Грибоедова, 20Б. E-mail: olga-tsmur@rambler.ru

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Адамьян Л.В. Сочетанные операции в гинекологии: вопросы классификации и методологического подхода / Л.В. Адамьян, А.Х. Гайдарова, А.В. Панин // Лапароскопия и гистероскопия в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамьян. – М., 2002. – С. 422–428.
2. Аль Бикай Рами А.А. Оценка результатов симультанных абдоминальных операций: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Аль Бикай Рами Абдель Азиз. – Ярославль, 2009. – 109 с.
3. Байрамов Н.Ю. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и хирургической патологии / Н.Ю. Байрамов, А.С. Гадирова // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 5. – С. 17–20.
4. Баулина Н.В. Симультанные операции в хирургии и гинекологии / Н.В. Баулина, Е.А. Баулина // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2004. – Т. 163, № 2. – С. 87–91.
5. Геворкян К.С. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве: материалы международного конгресса / К.С. Геворкян, Н.В. Ведерникова – М., 2002. – С. 444–445.
6. Ищенко А.И. Оценка клинической и экономической эффективности симультанных операций в гинекологии / А.И. Ищенко, Л.С. Александров, А.М. Шулуто // Вестник новых медицинских технологий. – 2006. – Т. 13, № 4. – С. 109–112.
7. Ищенко А.И. Симультанные операции в гинекологии / А.И. Ищенко, Н.В. Веретенникова, М.Н. Жолобова, К.А. Суханбердиев // Вестник новых медицинских технологий. – 2002. – № 4. – С. 17–19.
8. Кипяткова Н.Г. Клинический случай миомы матки 36 недель беременности // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 3 – С. 96–97.
9. Колыгин А.В. Оценка эффективности и определение факторов риска сочетанных операций: дис. канд. мед. наук: 14.01.17 / Колыгин А.В. – М., 2012. – 122
10. Griffin S. Combined abdominal hysterectomy, cholecystectomy and appendicectomy: a study of 25 cases in Abbottabad / S. Griffin, N. Abbassi, Z. Parveen et al. // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. – 2006. – V. 18, № 2. – P. 57–59.
11. Yi Q.H. Evaluation of the clinical value of simultaneous hysterectomy and bilateral salpingectomy in perimenopausal women / Q.H. Yi, S.R. Ling, K.M. Chen et al. // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2012. – Vol. 47, № 2. – P. 110–114.
12. Costa Benavente L. Giant uterine myoma / L. Costa Benavente, F. Silva Barroso, E. Avila Flores // Ginecol Obstet Mex. – 2005. – Vol. 73, № 10. – P. 563–565.
13. Payson M. Epidemiology of myomas / M. Payson, P. Leppert, J. Segars // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. – 2006. – Vol. 33, № 1. – P. 1–11.
14. Fernandez H. Update of myoma management – introduction / H. Fernandez // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2011. – Vol. 40, № 8. – P. 856.
15. Parker W.H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas / W.H. Parker // Fertil. Steril. – 2007. – Vol. 87, № 4. – P. 725–736.

Статья поступила в редакцию 24.12.2014