

ЗАСТОСУВАННЯ МІОМЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ФІБРОМІОМУ МАТКИ В СУЧАСНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ**Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського**

ЗАСТОСУВАННЯ МІОМЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ФІБРОМІОМУ МАТКИ В СУЧАСНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ – Застосована хірургічна техніка на фоні відповідного медикаментозного забезпечення та раціонального ведення післяопераційного періоду дозволяє запобігти серйозним ускладнень та рекомендувати більш широке застосування функціональних операцій у жінок репродуктивного віку.

ПРИМЕНЕНИЕ МИОМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ В СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ – Примененная хирургическая техника на фоне соответственного медикаментозного обеспечения и рационального ведения послеоперационного периода позволяет предотвратить серьезные осложнения и рекомендовать более широкое применение функциональных операций у женщин репродуктивного возраста.

APPLICATION OF MYOMECTOMY AT THE PATIENTS WITH UTERUS FIBROMYOMA IN MODERN GYNAECOLOGY – The applied surgical engineering against a background of respective medicamentous maintenance and rational curing of afteroperative period allows to prevent serious complications and to recommend wider application of functional operations in the women of reproductive age.

Ключові слова: міома матки, міомектомія, ускладнення.

Ключевые слова: миома матки, миомектомии, осложнения.

Key words: myoma of the uterus, myomectomias, complications.

ВСТУП Доцільність функціональної хірургії матки обґрунтовується біологічними моментами (менструальна функція, вагітність тощо), клінічними даними (розвиток кастраційного синдрому), ендокринними розладами [1, 2].

Міома матки виявляється у 10-15 % жінок, причому у 20-25 % з них – це жінки репродуктивного віку, наслідком чого є збільшення кількості вікових породіль з міомою матки, що становить, за даними літератури, 0,4-3,9 % [1, 3, 4, 5].

Тому висока захворюваність на міому матки визначає актуальність цього питання у сучасному акушерстві та гінекології.

Не дивлячись на те, що міомектомія є хірургічним методом виликування фіброматозу матки, як у плані збереження репродуктивної функції, так і для збереження ролі матки в комплексі статевої функції, багаточисленність фіброміом, їх розташування і розміри дають, як виняток, показання до застосування гістеректомії. Такими показаннями є поєднання фіброміоми з атіпією ендометрія, шийки матки чи яєчників, а також вік хворої. У жінок до 40 років, міомектомія має за мету збереження фертильності, а після цього віку єдиною метою такої операції є збереження менструації та функції яєчників [1, 3, 5].

Дискусійними залишаються питання гормональної корекції після міомектомії, її тривалість, необхідність виконувати операцію цистотомії, її наслідки, особливості гістологічної будови яєчників у хворих на міому матки.

На жаль, відсоток органозберігаючих операцій складає всього 2,3-19 % від загальної кількості оперативних втручань з приводу міоми матки [2, 4, 5].

Застосування гістеректомії при міомі матки у жінок репродуктивного віку пояснюють високим ризиком виникнення інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, пов'язаних з кровотечею, розвитком інтерстиціальних гематом, тромбоемболічних та гнійно-септичних ускладнень, високим відсотком рецидивів пухлин, який складає 9-20 % [2, 4].

Зважаючи на вищенаведене, ми провели аналіз стану менструальної, статевої функцій, частоти виникнення ускладнень хірургічного лікування міоми матки та перебігу післяопераційного періоду у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Під нашим спостереженням знаходилося 66 хворих на міому матки, які були госпіталізовані в гінекологічне відділення для хірургічного лікування в зв'язку з вираженим больовим синдромом, анемією, неефективним консервативним лікуванням тощо.

Показаннями, власне, до органозберігаючих оперативних втручань у всіх жінок були, крім наявності фіброміоми матки – вік хворих та бажання мати дітей.

У всіх жінок передню черевну стінку розтинали поперечним надлобковим розрізом за Пфаненштільем, що забезпечувало нормальний доступ навіть при великих розмірах міоми, сприяло правильному анатомічному зіставленню тканин.

У хворих, які знаходились під спостереженням, величина матки коливалася від 10 до 18 тижнів вагітності, за рахунок солітарних вузлів у 30 (45,5 %) випадках та множинних міоматозних вузлів – у 36 (54,5 %) випадках. У 60 (90,9 %) з обстежуваних жінок під час ультразвукового дослідження визначалися збільшені в розмірах та дрібнокістознозміннені яєчники, з приводу чого разом з міомектомією проведена операція двобічної цистотомії яєчників, яка дозволяє покращити результати основної операції. Дана операція дозволяє змінити структуру локальної гемодинаміки, видалити кістозно змінені фолікули – джерело гіперестрадіолемії, сприяє зниженню внутрішньояєчникового тиску, що підвищує їх резистентність до впливу гормонів гіпофіза [1].

В літературі описані випадки, коли з однієї матки видалювалося до 100 вузлів. Нам доводилося видаляти від 2 до 7 вузлів, але кількість видалених вузлів не є самоціллю. Коли кількість вузлів, які потрібно видалити, була більшою ми застосовували гістеректомію.

При проведенні міомектомії розрізи на матці виконували з урахуванням локалізації міоматозних вузлів, архітектоніки міометрія та судин. При енукеації вузлів ми намагались мінімально травмувати стінки матки.

Важливе значення надавали зашиванню ран на матці, для попередження таких ускладнень як внутрішньочеревні кровотечі, утворення інтерстиціальних гематом, неповноцінних рубців, спайкового процесу, перитоніту та ін. З метою забезпечення надійного гемостазу з мінімальним використанням часу та шовного матеріалу, анатомічного зіставлення тканин ми зашивали ложе міоматозного вузла двома чи трьома рядами безперервних петльових швів з використанням синтетичного матеріалу, який розсмоктується (дексон, вікріл). З метою попередження крововтрати під час операції застосовували внутрішньовенно окситоцин.

Під час видалення міоматозних вузлів проводили ретельну пальпацію стінок матки, щоб не залишити більш дрібні вузли в глибоких шарах міометрія.

Для забезпечення відтоку випоту з черевної порожнини та контролю за характером вмісту, що виділяється, в усіх жінок операції закінчували дренажуванням черевної порожнини поліхлорвініловим дренажем, який виводили назовні через праву здухвинну ділянку.

Попередження гнійно-септичних ускладнень усім жінкам здійснювали шляхом проведення антибактеріальної терапії, яку розпочинали під час операції шляхом внутрішньовенного введення 1,0 г цефтріаксону та 100 мл метрожилу та продовжували протягом 5-6 діб.

В післяопераційному періоді в складі комплексної терапії з метою профілактики парезу кишок, розвитку спайкового процесу, тромбоемболічних ускладнень використовували ранне вставання з ліжка, лікувальну фізкультуру. Також з метою попередження тромбоемболічних ускладнень проводили антикоагулянтну та дезагрегантну терапію (гепарин – 5000 ОД 4 рази на день, аспірин – 100-250 мг 1 раз на добу, курантил – 25 мг 2-3 рази на добу). Гемотрансфузії не проводили у жодному випадку.

З метою діагностики та обґрунтування застосованого об'єму оперативного втручання, вилучений під час операції матеріал піддавали морфологічному дослідженню.

Реабілітаційні заходи. Таким хворим при потребі проводилась розсмоктуюча терапія, компреси на живіт, гірудотерапія. На кінцевому етапі при необхідності проводили гормональну корекцію овуляції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість операцій становила від 35 до 120 хвилин. Загальна інтраопераційна крововтрата становила 100-300 мл, що відповідає такому об'єму операцій.

Операції перебігали без ускладнень у всіх жінок.

У 38 (57,6 %) жінок при видаленні великих інтерстиціальних, інтерстиціально-субмукозних, субмукозних міоматозних вузлів утворювалась велика ранова поверхня, з них у 12 (18,2 %) жінок було розкрито порожнину матки, тому у 3-х випадках ділянку швів на матці накривали резекованими шматочками сальника, який фіксували до серозної оболонки матки тонкими вузловими кетгутувими швами. При видаленні великих міоматозних вузлів (діаметром до 8 см) у 3-х випадках виконували міомектомії з резекцією міометрія.

Важливо зазначити, що серйозних ускладнень (перитоніт, кровотечі, тромбози) не спостерігали. В той же час у 8 хворих була тривала (10-12 днів) гарячка, яка супроводжувалася болючим набряком матки. Температура спадала поступово.

Шви з післяопераційної рани шкіри знімали на 6-7 добу після операції у жінок обох груп. Післяопераційний ліжкодень складав 7-8 днів.

Аналізуючи морфологічні зміни у міоматозних вузлах гінекологічних хворих встановлено, що виражені деструктивні зміни у міоматозних вузлах частіше залежать від їх розміру.

Деструктивні зміни у великих міоматозних вузлах представлені некрозом у 82,6 % спостережень, крововиливами – у 38,2 %, запаленням – у 32,6 % та тромбозом судин – у 15,6 %. У дрібних міоматозних вузлах – некрозом – у 22,8 % спостережень, крововиливами – у 21,7 %, тромбозом судин – у 31,6 % та запаленням – у 18,8 %.

При морфологічному дослідженні видалених частин яєчників у 92,6 % випадків виявляли дрібнокістозну їх трансформацію. Поряд з мікрокістами виявлялись численні фолікули на різних етапах атрезії, часто з лютеїнізацією клітин theca interna (78,3 %). Окрім цього, у 36,5 % випадків у яєчниках виявляли вогнищевий стромальний гіпертекоз, що супроводжувався лютеїнізацією стромальних елементів.

Віддалені результати вдалось прослідкувати у 50 жінок. За час спостереження, протягом 5 років, рецидивів міоми матки не спостерігалось. Характер менструацій нормалізувався у 48 жінок, з них 16 потребували додаткової корекції овулогенними препаратами. Відсутність больового синдрому після оперативного лікування відмічено у 54 (81,8 %) жінок.

Як видно, відповідна оперативна техніка та тактика застосування безперервного шва, сучасного синтетичного матеріалу (дексон, вікріл), додаткова перитонізація сальником швів на матці, раціональне ведення післяопераційного періоду дозволили запобігти багатьом ускладненням під час виконання міомектомії.

Менструальна функція була збережена у всіх 66 жінок, яким була виконана міомектомія. Після операції відмічено нормалізацію менструацій у 59,4 % хворих, гіпо- та олігоменорею – у 32 %, гіпер- і поліменорею – у 6,1 % хворих. У 2-ох хворих відмічено встановлення передчасної менопаузи. У 13 % хворих дисменорея зникла.

Статеве життя залишилось нормальним у 87 % хворих, у решти спостерігались диспаремнія та інші розлади. Передопераційна анемія вилікувана після операції у всіх хворих.

ВИСНОВКИ 1. Вплив на менструальну та статеву функції простої міомектомії, порівняно з міометроектомією із розкриттям порожнини матки суттєво не відрізняються.

2. Сучасна антибактеріальна терапія та відповідна хірургічна техніка дозволяє проводити такі операції без суттєвих ускладнень.

3. Аналіз віддалених наслідків лікування засвідчив, що міомектомія дозволяє нормалізувати менструальну та статеву функції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бесєдін В.М., Ісаєва К.Ю., Бесєдін О.В. Функціональні операції у жінок з міомою матки в сучасній акушерсько-гінекологічній практиці // Вісник наукових досліджень. – 2003. – № 4. – С.72-74.
2. Ботвин М.А., Сидорова І.С., Гуриєв Т.Д. Оперативное лечение миомы матки // Советская медицина. –1991. – №10. – С.12-15.
3. Вихляева Е.М., Василевская Л.Н. Миома матки. – М.: Медицина, 1981. – 156 с.
4. Іванюта Л.І., Обіаніка Ч.Е. Консервативно-пластичні операції у жінок з неплідністю при фіброміомах матки // Акушерство та гінекологія. – 1998. – №2. – С. 103-105.
5. Савельєва Г.М., Брусенко Г.В. Современные подходы к ведению больных с миомой матки // Международной медицинский журнал. – 2001. – №4. – С. 22-28.
6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). – С.Пб.: "ЭЛБИ-СПб", 2000. – 236 с.
7. Яремчук Т.П. Синдром склерокістозних яєчників. – Львів: "Брук ЛТД", 1996. – 124 с.

УДК 614.18–618.662.4

Лукашук-Федик С.В., Луй З.І.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Тернопільська академія народного господарства

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї – На базі кафедри медико-екологічних і соціальних проблем здоров'я Тернопільської академії народного господарства розроблено і запроваджено в навчальний процес вузу для студентів денної форми навчання дисципліну "Проблеми сексуальної і репродуктивної поведінки молоді". Основне завдання дисципліни – пропаганда здорового способу життя, підвищення рівня знань з питань цивілізованого планування міжстатевих стосунків та формування відповідальної статевої поведінки. За період 1999 по 2003 рр. навчання пройшли понад 6 тисяч студентів вузу. Проведений аналіз підтвердив актуальність і необхідність введеної дисципліни. Окремі розділи введені в програму нормативної дисципліни "Безпека життєдіяльності" і для студентів заочної форми навчання.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ – На базе кафедры медико-экологических и социальных проблем здоровья Тернопольской академии народного хозяйства разработана и внедрена в учебный процесс вуза для студентов дневной формы обучения дисциплина "Проблемы сексуального и репродуктивного поведения молодежи". Основное задание дисциплины – пропаганда здорового образа жизни, повышение уровня знаний по вопросам цивилизованного планирования межполовых отношений и формирование ответственного полового поведения. За период 1999 по 2003 гг. обучение прошли свыше 6 тысяч студентов вуза. Проведенный анализ подтвердил актуальность и необходимость введенной дисциплины. Отдельные разделы введены в программу нормативной дисциплины "Безопасность жизнедеятельности" и для студентов заочной формы обучения.