

Р.В.Сенютович

ПАНГІСТЕРЕКТОМІЇ ПРИ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії (зав. – проф. Р.В. Сенютович)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Після 52 операцій, проведених при поліпах ендометрія, атиповій або простій гіперплазії матки, поєднаних із дисплазією та іншими хворобами шийки матки, зміни в яєчниках (кісти невеликих розмірів) виявлені у двох хворих. Незмінена слизова оболонка матки виявлена у 7 із 28 випадків гіперплазії ендометрія після операції. При випадінні внутрішніх статевих органів і дисплазії шийки матки доцільно виконувати трансвагінальну гістеректомію.

Ключові слова: матка, шийка матки, передрак, трансвагінальна гістеректомія.

Вступ. Тактика онкологів при гіперпластичних процесах в ендометрії, що поєднуються із захворюваннями шийки матки, неоднозначна [1,2,3,4]. Більшість зарубіжних онкологів поєднує вишкрібання слизової матки з органозберігаючими втручаннями на шийці та наступною довготривалою гормонотерапією. Вітчизняні лікарі ставлять більш широкі показання до екстирпацій матки при поєднаних захворюваннях тіла матки та шийки. Не цілком зрозумілий об'єм операцій при цій патології – слід видаляти разом з маткою яєчники чи ні? Який метод видалення матки застосовувати – шляхом лапаротомії, чи більш щадний – трансвагінальний?

Мета дослідження. Виявити характер змін у видалених яєчниках та матці після пангістеректомій, проведених при передракових та доброякісних захворюваннях тіла та шийки, встановлення показань до трансвагінальних гістеректомій.

Матеріал і методи. Вивчені ближні результати екстирпацій матки при поєднаній патології тіла та шийки у 52 жінок, оперованих в 1990-2000 рр. в клініці онкології, променевої діагностики та терапії Буковинської державної медичної академії.

Результати дослідження та їх обговорення. У 1990-2000 роках екстирпації матки з придатками при поєднаній патології тіла та шийки матки виконані у 52 хворих.

Розподіл хворих за характером патології, віком, гістологічними змінами в матці, шийці матки та яєчниках, виявлених після операції, наведено в таблиці.

Як видно з таблиці, показаннями до пангістеректомії була атипова гіперплазія ендометрія, яка частіше спостерігалася у жінок в клімактеричному періоді та в ранній менопаузі. У семи хворих атипова гіперплазія поєднувалась з дисплазією шийки матки. Другим за частотою показанням було неповне випадіння матки у жінок старшого віку (середній вік 64,3 року) з наявністю диспластичних процесів на шийці матки. Причиною дисплазій, безумовно, був механічний травматичний фактор, тобто проведення конізації без видалення шийки і пластики піхви, яке було у цих жінок нерадикальним втручанням. Гіперплазія ендометрія з ектропіоном шийки матки та поліпами цервікального каналу були показаннями до операцій у дев'яти жінок.

Доопераційні обстеження обов'язково включали біопсію слизової оболонки матки, цервікального каналу, зони трансформації та УЗД.

Всі оперативні втручання пройшли без ускладнень, за винятком нагноєнь рани у трьох жінок і пневмонії в однієї пацієнтки.

Тільки у двох із восьми жінок, які були прооперовані з приводу фіброміоми матки і дисплазії шийки матки, виявлені невеликі кісти яєчників (діаметром не більше 2 см). В інших жінок вираженої патології зі сторони яєчників не встановлено, що підтвердили й дані гістологічних досліджень.

Ультразвукове дослідження виявилось високоінформативним у діагностиці супутніх кіст яєчників.

З 2000 року ми почали впроваджувати в клініці ендовагінальні гістеректомії, які застосовували в жінок при випадінні статевих органів і супровідних змінах шийки матки. Наводимо виписки з історій хвороб цих хворих.

Хвора Д. Є. В (історія хвороби № 1349) 1957 року народження, поступила в 2-ге хірургічне відділення ЧООД зі скаргами на випадіння внутрішніх статевих органів, часте сечовипускання, болі в нижніх відділах живота, порушення менструального циклу. Випадіння матки відмічає протягом 15 років. В анамнезі одні пологи,

Таблиця

Пангістеректомії при поєднанні доброякісної патології матки та шийки

Показання до операції	К-сть хворих	Середній вік	Тип операції	Патологічні зміни		
				Яєчники	Матка	Шийка матки
Атипова гіперплазія ендометрія	17	51,9	Екстирпація матки з придатками	Без змін	Атипова гіперплазія -12 Незмінена слизова - 5	Без змін
Атипова гіперплазія ендометрія + дисплазія шийки матки II ст.	7	48,2	Екстирпація матки з придатками	Без змін	Атипова гіперплазія - 5 Незмінена слизова - 2	Дисплазія
Неповне випадіння матки, дисплазія шийки матки II ст.	8	64,3	Екстирпація матки з придатками, пластика піхви	Без змін	Без змін	Дисплазія
Повне випадіння матки, сечового міхура, ректоцеле, ерозія шийки матки	1	44	Ендовагінальна гістеректомія, передня і задня пластика піхви	Не досліджували	Без змін	Ерозивні зміни
Неповне випадіння матки, дисплазія шийки матки	1	76	Ендовагінальна гістеректомія, передня пластика піхви	Не досліджували	Атрофічні зміни	Дисплазія
Фіброміома матки + дисплазія шийки матки	8	44,6	Екстирпація матки з придатками	Кісти яєчників (2)	Фіброміома	Дисплазія
Гіперплазія ендометрія, ектропіон шийки матки	4	43,2	Екстирпація матки з придатками	Без змін	Гіперплазії (3), без змін (1)	Ектропіон
Поліпи ендометрія, поліпи цервікального каналу	5	47,4	Екстирпація матки з придатками	Без змін	Поліп ендометрія	Поліп цервікального каналу
Стеноз піхви, поліп ендометрія, дисплазія шийки матки	1	61	Екстирпація матки з придатками	Без змін	Поліп ендометрія	Без змін

два аборти. Стан хворої задовільний. Органи грудної клітки без змін. Пульс 80 уд. на хв., АТ – 120/70 мм рт.ст. Живіт м'який, не болючий. У хворої відмічається випадіння передньої та задньої стінки піхви, шийки матки і тіла матки. Слизова оболонка піхви потовщена, а в окремих місцях на слизовій ерозії. Шийка матки збільшена в розмірах, слизова оболонка ерозована, кровоточить. При кольпоскопії в ділянці зовнішнього вічка шийки матки білі плями, пунктуація, мозаїка. При біопсії відмічається дисплазія шийки матки важкого ступеня, при іригоскопії – ректоцеле, випадіння передньої стінки прямої кишки.

11.04.2000 року проведена операція (проф. Сенютович Р.В.). Круговим розрізом на межі шийки матки та склепіння розсічена слизова оболонка. Поетапно виділені та пересічені крижово-маткові кардинальні та широкі зв'язки, маткова артерія, труби матки із власною зв'язкою яєчника та кругла зв'язка. Очеревина зшита безперервним кетгуттовим швом. Кукси судин виведені назовні. Резекція передньої і задньої стінок піхви на широкому протязі. Виділені та вправлені на свої анатомічні місця везикоцеле та ректоцеле. Проведено з'єднання (ушивання) двома рядами швів підймача заднього проходу та зовнішнього сфінктера, розсічених передніх та задніх стінок піхви. Дренування не проводилось. З 7 дня після операції у хворої почалося підвищення температури до 38,5°, погіршилось самопочуття та апетит.

При пальцевому обстеженні в ділянці задньої стінки піхви знайдено інфільтрат, розміром 3x4 см, Проведена зміна антибіотиків (цефотаксим по 1,0 г 3 рази на добу, бісептол по 0,5 г 3 рази на день). Хворій розпочато введення глюкозо-вітамінних розчинів та гемодезу. Однак температура протягом 10 днів не знижувалась. Інфільтрат у ділянці заднього рубця піхви зменшився, важко досягається пальцем. При пункції інфільтрату гною не знайдено. Через 3 тижні після операції проведено УЗД трансвагінальним датчиком. Виявлено абсцес у ректовагінальній перегородці. У той же день під внутрішньовенним наркозом тупо пальцем проведено розкриття абсцесу після попереднього розсічення слизової оболонки задньої стінки піхви. Виділилось біля 10 мл рідкого гною білуватого кольору. Абсцес дреновано марлевым тампоном з подальшим промиванням порожнини абсцесу.

Відбулося поступове зменшення температури та інтоксикації. Хвора виписана додому через 14 днів після розтину абсцесу. Оглянута через 6 місяців. Здорова. Скарг не подавала. Живе статевим життям. При гінекологічному обстеженні випадіння піхви нема. Функція сфінктера заднього проходу задовільна.

Хвора Ц.К.С. (іст. хвороби №4431), 1924 року народження, поступила у відділення ендокринологічних пухлин ЧООД 19.12.2000 зі скаргами на випадіння внутрішніх статевих органів, виділення крові із піхви, прискорене сечовипускання. Хворіє протягом трьох років. Загальний стан хворої при поступленні задовільний. Межі серця поширені вліво на 2 см. Тони серця приглушені, ритмічні. Пульс 92 уд. на хв, АТ – 160/90 мм рт.ст., живіт м'який, не болючий. Відмічається правостороння невірна і лівостороння вправна стегнові грижі. При гінекологічному огляді діагностовано випадіння передньої стінки піхви, шийка матки збільшена, щільна, у ділянці зовнішнього вічка шийки матки при кольпоскопії відмічено зони гіперемії, пунктуації та білі плями. Матка при пальпації атрофована. УЗД – матка та яєчники не збільшені. Біопсія шийки матки – дисплазія важкого ступеня.

27.12.2000 хворій виконана трансвагінальна гістеректомія і пластика передньої стінки піхви. Очеревина малого таза після видалення матки зшита безперервним тефлоновим швом. Кукси судин виведені в піхву поза очеревиною. Кукса склепіння матки зашита чотирма тефлоновими швами №3, неушитим залишений проміжок в 0,5 см, до якого підведено смужки марлі. Передня стінка піхви після резекції також зашита вузловими тефлоновими швами. У піхву введено тампон із розчином фурациліну. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Виписана додому 15.01.2001 року.

Аналізуючи застосування пангістеректомії при комбінованих доброякісних захворюваннях тіла та шийки матки слід відмітити важливий факт. Гістологічні дослідження в жодному випадку не виявили патологічних змін яєчників. Тільки у двох жінок з фіброміомою матки виявлені невеликі (до 2 см) кісти яєчників. Отже, показання до видалення яєчників в аналізованій групі хворих були сумнівними. Безумовно, що видалення яєчників у жінок старшого й літнього віку не було помилкою і не ускладнило перебіг операції. Однак цей факт є дуже важливим при обговоренні можливості застосування трансвагінальних гістеректомій. Без видалення яєчників ці операції менш травматичні та економічно більш вигідні, ніж видалення матки шляхом лапаротомії.

Наші дані переконливо свідчать про те, що при поєднанні доброякісної патології тіла і шийки матки (за виключенням фіброміом великих розмірів) трансвагінальна гістеректомія без видалення яєчників цілком обґрунтована.

В останній рік ми почали впроваджувати ці операції при випадіннях матки з диспластичними та ерозивними процесами на шийці. Перший досвід свідчить про необхідність доброго гемостазу в ділянці відсепарованого сечового міхура та дронування параметрія.

У семи випадках за наявності атипової та простої гіперплазії ендометрія (з 28 оперованих хворих) при дослідженні матки була знайдена незмінена слизова оболонка. Це свідчить, що при вишкрібанні радикально видалена патологічна тканина. Операція діагностичного вишкрібання виявилася радикальним лікувальним втручанням.

Досвід зарубіжних онкологів стверджує, що вишкрібання слід робити під візуальним контролем, а особливу увагу звертати на стан порожнини матки після проведеної операції.

Радикальність такого втручання цілком може бути підтверджена оглядом і повторним поверхневим кюретажем. При відсутності залишків патологічного процесу автоматично знімається питання про видалення матки. Ці обставини повинні бути враховані при обстеженні хворих, направлених в онкодиспансер з такими гісто-

логічними заключеннями, як гіперплазія та поліпи ендометрія. Хворих слід повторно направляти в клініки, що мають сучасні ендоскопічні установки й можуть провести повторний візуальний огляд порожнини матки.

Висновки.

1. При наявності гіперплазії ендометрія та доброякісних захворювань шийки матки (дисплазії, поліпи, ерозії) патологічні зміни в яєчниках відсутні, що обґрунтовує можливість проведення трансвагінальних операцій.

2. У 25% випадків вишкрібання слизової матки призводить до видалення гіперплазованих тканин ендометрія або поліпів.

3. При випадінні внутрішніх статевих органів, які супроводжуються змінами на шийці матки доцільне проведення трансвагінальної гістеректомії.

4. При проведенні трансвагінальної гістеректомії необхідне адекватне дренування параректальної клітковини.

Література. 1. Беспольная В.В. Коррекция иммуно-гормональных нарушений у больных с гиперпластическими процессами в эндометрии // Лік. справа. – 1999. – №3. – С.82-85. 2. Беспольная В.В. Тактика ведення хворих на гіперпластичні процеси ендометрія // Одеський медичний журнал. – 1999. – №1. – С.56-58. 3. Макаров О. В., Исаева Е.Г. Современные подходы к патогенезу, диагностике и лечению передрака эндометрия // Акушерство и гинекология. – 1993. – №1. – С.8-10. 4. Хохлова И.Д., Кудрина Е.А. Диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия // Акушерство и гинекология. – 1996. – №4. – С.50-53.

PANHYSTERECTOMIES IN PRECANCEROUS CONDITIONS

R.V.Seniutovych

Abstract. Following 52 operations performed in case of polyps of the endometrium, atypical simple hyperplasia of the uterus combined with dysplasia and other benign diseases of the neck of the uterus it was possible to reveal changes in the ovaries (cysts of small sizes) in 2 out of 52 patients. Unchanged endometrium was detected in 7 out of 28 cases of endometrial hyperplasia. It is advisable to perform transvaginal hysterectomy in case of prolapse of the genitals.

Key words: uterus, neck of the uterus, precancerous lesion, transvaginal hysterectomy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 27.04.2001 року