

9. *Blood-pressure control in the hypertensive population* / G. Mancia, R. Sega, C. Milesi et al. // *Lancet*. — 1997. — N 349. — P. 454-457.

10. *Broderick J. P.* Heart disease and stroke // *Heart Dis. Stroke*. — 1993. — Vol. 2, N 4. — P. 355-359.

11. *Ferrara L., Mancini M.* Adrenergic nervous system and left ventricular mass in primary hypertension

// *Europ. Heart J.* — 1989. — Vol. 10. — P. 1036-1040.

12. *Incidents and risk factors of ischemic and haemorrhagic stroke in Europe.* Eurostroke: A collaborative study among research center in Europe: rationale and design / D. E. Grobbee, P. J. Koudstaal, M. L. Bots et al. // *Neuroepidemiology*. — 1996. — Vol. 15, N 6. — P. 291-300.

13. *Luscher T. F., Sturzenegger M., Noll H. G.* Brain and Hypertension // *Sweiz Med. Wochenschr.* — 1996. — Bd. 126, N 34. — S. 1449-1456.

14. *Zweiker R., Eber E., Schumacher M.* "Non-dipping" related to cardiovascular events in essential hypertensive patients // *Acta Med. Austriaca*. — 1994. — N 21 (3). — P. 86-89.

УДК 618.14-002-08:615.849

І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко

## РЕЦИДИВ МІОМИ МАТКИ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ МІОМЕКТОМІЇ

Одеський державний медичний університет,  
411-й Центральний військовий клінічний госпіталь, Одеса

### Вступ

Лапароскопічна міомектомія є операцією вибору при міомі матки у жінок із нереалізованими репродуктивними можливостями [1]. Однак консервативна міомектомія є однією з рідко виконуваних операцій у гінекології. За даними різних літературних джерел, частка її з-поміж усіх втручань на матці протягом останніх десятиліть залишається низькою (2–19 %) [2]. Решта оперативних втручань з приводу міоми матки — це органовидаляюча операція — гістеректомія. Зі зрозумілих причин гістеректомія не може бути запропонована усім пацієнткам. Основною причиною нечастого виконання міомектомії є ризик розвитку рецидиву пухлини, який, за даними деяких авторів, спостерігається від 2 до 46 % випадків. Враховуючи такий широкий діапазон, показники частоти розвитку рецидиву міоми матки потребують роз'яснення.

Аналіз власного досвіду проведення 150 лапароскопічних міомектомій спонукав нас до написання цієї роботи.

**Метою** роботи є аналіз частоти рецидиву міоми матки після лапароскопічної міомектомії. Виходячи з проведеного аналізу, ми намагалися встановити фактори ризику розвитку рецидиву.

### Матеріали та методи дослідження

З березня 1996 р. до грудня 2003 р. 150 жінкам було здійснено лапароскопічну міомектомію. Середній вік прооперованих жінок — (36,2±3,3) року. Показаннями до міомектомії були: тазові болі, пов'язані з ростом міоматозних вузлів — у 69 (46,1 %) хворих; поєднання болю з матковими кровотечами — у 44 (29,6 %) жінок; безболісні менометрагії — у 13 (8,7 %) хворих. Дизурія, пов'язана з міомою, була виявлена у 8 (5,4 %) пацієнток. На безплідність страждали 16 (10,9 %) жінок: 11 (7,6 %) пацієнток — на первинну, 5 (3,2 %) — на вторинну. Зі 150 прооперованих жінок у 36 (24,0 %) жодного разу не наставала вагітність. Одна вагітність була у 18 (12,0 %), дві вагітності — у 23 (15,3 %), три і більше — у 73 (49,0 %) пацієнток. Жодно-

го разу не народжували 57 (38,0 %) хворих. Одні пологи в анамнезі були у 60 (40,0 %) хворих, двоє і більше — у 33 (22,0 %). Тривалість операцій становила від 30 до 240 хв, у середньому — (94,8±10,7) хв.

Протягом одного оперативного втручання видаляли від 1 до 7 міоматозних вузлів. Поодинокі міоми були у 110 (73,3 %) прооперованих хворих, множинна міома матки — у 40 (26,6 %).

За клітинною структурою видалені міоматозні вузли були представлені 4 гістологічними типами.

1. Фіброма — це пухлина з переважанням фіброзного компонента, з дифузними дистрофічними змінами, гіалінозом внаслідок порушення живлення. Таких хворих було 32 (32,9 %).

2. Фіброміома, в якій гладком'язовий і фіброзний компоненти присутні в рівному співвідношенні, без дистрофії та порушення живлення у вузлі. Ця пухлина в стадії експансивного росту з диференціюванням і дозріванням діагностована в 23 (23,7 %) випадках.

3. Лейоміома з переважанням гладком'язового компо-



нента, великою кількістю інтрамуральних додаткових судин — у 33 (34,0 %) пацієнток.

4. При «клітинній» лейоміомі спостерігалось переважання гладком'язового компонента над фіброзним (стадія утворення активного зачатка росту пухлини без ознак диференціювання і дозрівання), без порушення живлення. Хворих з таким гістологічним типом було 11 (11,3 %).

У післяопераційному періоді третині хворих проводилась гормональна терапія синтетичними прогестинами.

Передопераційне обстеження складалось з ультразвукового дослідження органів малого таза, гістероскопії і/або фракційного вишкрібання цервікального каналу та порожнини матки. Рецидив міоми матки визначався при виявленні міоматозних вузлів під час піхвового й ультразвукового дослідження. Дані отримані внаслідок анкетування і безпосереднього спостереження прооперованих жінок у різні терміни післяопераційного періоду.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Серед усіх пацієнток 62 (41,3 %) жінки у подальшому не спостерігалися. Решта (88 пацієнток) проходили огляди регулярно. Середня тривалість спостереження — 41,3 міс (від 7 до 85 міс). Частота рецидиву — 19,3 % (17 пацієнток). Середній термін перед рецидивом становив 21,2 міс (від 4 до 60 міс). Протягом першого року після операції рецидив міоми матки розвинувся у 3 (3,4 %) прооперованих пацієнток, через два роки — у 9 (10,2 %) жінок. За термін від 2 до 3 років після операції міома матки повторно виникла ще у 3 (3,4 %) пацієнток, більше 3 років — ще у 2 (2,2 %). Сукупний ризик рецидиву за 2 роки становив 13,6 %, за 5 років — 19,3 %.

У 9 (10,2 %) пацієнток протягом спостереження відбу-

вався ріст рецидивних міоматозних вузлів. У середньому за рік вузли збільшувалися на 8,3 мм. У 3 (3,4 %) хворих спостерігався не тільки ріст міоматозних вузлів, але і збільшення їхньої кількості (в середньому один вузол за 15,6 міс). Рецидив у вигляді поодинокого міоматозного вузла виявлено у 12 (13,6 %) пацієнток, діаметр такої міоми дорівнював від 10 до 55 мм (у середньому — 23,2 мм); рецидив у вигляді двох міоматозних вузлів — у 2 (2,2 %) хворих. Розміри вузлів у цих пацієнток були від 15 до 40 мм (у середньому — 22,5 мм). Три вузли і більше рецидивували у 3 (3,4 %) хворих. У цих випадках розміри вузлів коливалися від 10 до 40 мм (у середньому — 21,3 мм).

Із 17 пацієнток рецидивна міома матки перебігала безсимптомно у 8 (47,0 %). Скаржилися на болі 5 (29,4 %) жінок. Болі поєднувалися з рясними матковими кровотечами у 3 (17,6 %) випадках. Безболісні менометрорагії спостерігалися у 1 (5,8 %) хворої.

Із 88 пацієнток, що перебували під спостереженням, повторно з приводу рецидиву оперувалися 4 (4,5 %) жінки. Повторну лапароскопічну міомектомію виконано трьом пацієнткам, одній з них — двічі; одній хворій проведено лапаротомну гістеректомію.

За гістологічною структурою повторно видалені міоматозні вузли в трьох випадках були лейоміомою з переважанням гладком'язового компонента, з великою кількістю додаткових судин; в одному випадку — це «клітинна» міома в стадії утворення активного зачатка росту пухлини без ознак диференціювання і дозрівання. Останній пацієнтці двічі було виконано повторну лапароскопічну міомектомію.

Щоб визначити фактори ризику розвитку рецидиву міоми матки після лапароскопічної міомектомії, ми порівняли де-

які показники усіх прооперованих жінок, які спостерігалися, з показниками пацієнток із рецидивом міоми матки. Результати такого порівняння наведено в таблиці.

Частота рецидиву після лапароскопічної міомектомії у нашому дослідженні становила 19,3 % (17 пацієнток). Звертає на себе увагу таке. Більше 80 % (14) жінок з рецидивом міоми матки перебували у віці 31–40 років. У 33,3 % пацієнток цього віку після лапароскопічної міомектомії виник рецидив.

За даними нашого дослідження, із 33 пацієнток, які не народжували, рецидив виник у 10 (30,3 %). Із 55 пацієнток, в анамнезі яких були до операції хоча б одні пологи, рецидив міоми матки виник у 7 (12,7 %) випадках.

Серед 65 хворих з поодиноким міоматозним вузлом рецидив міоми матки спостерігався у 8 (12,3 %) випадках, а з-поміж 23 хворих із множинною міомою матки рецидив виник у 9 (39,1 %) пацієнток.

Найменше рецидивів було серед випадків міоми на ніжці — в 1 (5,0 %) із 35. Найчастіше рецидив розвивався після видалення міжм'язової пухлини — в 11 (40,7 %) випадків із 27. Субсерозні міоми рецидивували в 21 (24,7 %) хворої.

Найчастіше рецидив виникав тоді, коли при першому втручанні вилучали невеликі міоматозні вузли діаметром до 30 мм — загалом їх вилучили 52. Рецидив міоми виник у 21 випадку, що становило 40,3 %. При міомах діаметром від 31 до 50 мм рецидив спостерігався у 4 (8,6 %) випадках.

Аналіз залежності частоти рецидиву від гістологічної структури вилучених міоматозних вузлів виявив, що частіше рецидивування спостерігалось у хворих із «клітинною» міомою — 4 (40,0 %) випадки з 10, а також якщо в пухлині переважав гладком'язовий компонент — таких випадків було 6 (21,4 %) із 28. Фіброми з переважанням



**Досліджувані показники у пацієнок, яким було виконано лапароскопічну міомектомію, порівняно з показниками у хворих, в яких розвинувся рецидив міоми матки**

Досліджуваний показник	Спостережувані пацієнтки після лапароскопічної міомектомії, абс. (%), n = 88	Хворі на рецидив міоми матки, абс. (%), n = 17		
		Загальна кількість, абс.	Порівняно з усіма хворими на рецидив, %	Порівняно з усіма спостережуваними хворими, %
Вік:				
— 20–30 років	19 (21,5 %)	1	5,8	5,2
— 31–40 років	42 (47,7 %)	14	82,3	33,3
— 41–50 років	23 (26,1 %)	2	11,7	8,6
— Старше 50 років	4 (4,5 %)			
Кількість вагітностей:				
— 0	21 (23,8 %)	4	23,5	19,0
— 1	11 (12,5 %)	2	11,7	18,1
— 2	13 (14,7 %)	3	17,6	23,0
— 3 і більше	43 (48,8 %)	8	47,0	18,6
Кількість пологів:				
— 0	33 (37,5 %)	10	58,9	30,3
— 1	34 (38,6 %)	4	23,5	11,7
— 2 і більше	21 (23,8 %)	3	17,6	14,2
Кількість міоматозних вузлів:				
— 1	65 (73,8 %)	8	47,0	12,3
— 2 і більше	23 (26,1 %)	9	52,9	39,1
Локалізація міоми:				
— на ніжці	20 (15,9 %)	1	3,0	5,0
— субсерозна	85 (63,6 %)	21	63,6	24,7
— інтрамуральна	27 (20,4 %)	11	33,3	40,7
Розмір міоми:				
— до 30 мм	52 (39,7 %)	21	63,6	40,3
— 31–50 мм	46 (35,2 %)	4	12,1	8,6
— 51–70 мм	21 (15,9 %)	4	12,1	19,0
— 71 мм і більше	13 (10,2 %)	2	6,0	15,3
Гістотип міоми:				
— фіброма	29 (32,9 %)	3	17,6	10,3
— фіброміома	21 (23,8 %)	4	23,5	19,0
— лейоміома	28 (31,8 %)	6	35,2	21,4
— «клітинна» міома	10 (11,3 %)	4	23,5	40,0

фіброзного компонента, з дифузними дистрофічними змінами, проявами порушення живлення рецидивували в 3 (10,3 %) випадках із 29.

За даними літератури, частота рецидивів коливається в широких межах: від 4 % [7] до 46 % [8]. Аналіз літератури доводить більшу частоту рецидиву міоми матки після лапароскопії порівняно з лапаротомією, що можна пояснити так. Під час лапароскопії складно розпізнати і пропальпувати маленькі (кілька міліметрів у діаметрі) інтрамуральні вузли. Інколи ці крихітні міоми можуть згодом рости, спричинюючи рецидив і появу нових скарп

через кілька місяців або років. Однак навіть у разі досконалої діагностики всіх дрібних інтрамуральних міом лапароскопічне їх видалення не уявляється доцільним, оскільки при лапароскопії можливість видалення дрібних вузлів з ложа основного вузла обмежена.

Виконання окремих розрізів стінки матки для енуклеації невеликих між'язових міом призводить до значного збільшення травматичності операції, що не виправдано, особливо якщо мета втручання — збереження або відновлення генеративної функції.

Однією з причин рецидиву міоми матки деякі автори вва-

жають генетичну схильність [3–5], аномалії фактора росту пухлин [6], відносну локальну гіперестрогенемію. Загалом це є етіологічними факторами «міомної» хвороби. Після видалення всіх вузлів формуються нові зачатки росту, в інших місцях міометрія, з подальшим прогресуванням у великі міоматозні вузли.

Оцінити ризик розвитку рецидиву після міомектомії досить складно. Вирізняють дві ймовірні причини рецидиву. Перша — це залишення в матці дрібних між'язових міоматозних вузлів, які важко виявити як до, так і під час операції. Друга причина — це наявність



у хворі так званої міомної хвороби. Видаляючи вузли, ми не ліквідуємо причину захворювання. У післяопераційному періоді формуються нові зачатки росту, в інших місцях міометрія.

### Висновки

До рецидиву міоми матки найбільш схильні хворі, які не народжували, віком від 31 до 40 років, із множинною міомою матки, інтрамуральною або субсерозною локалізацією, з розмірами міоми до 30 мм. За гістологічною структурою вилучені міоматозні вузли є «клітинними» або зі значним переважанням гладком'язового компонента, без порушення живлення.

Менш імовірний рецидив у хворих старше 40 або до 30 років, які в минулому народжували, з поодиноким міоматозним вузлом діаметром більше 30 мм, на ніжці. За гістологічною струк-

турою — це вузол зі значним переважанням фіброзного компонента, з ознаками порушення живлення, гіалінозом або петрифікований.

Малоінвазивність лапароскопії потребує збереження лапароскопічної міомектомії також у разі високого ризику рецидиву. Крім того, слід провести додаткові біохімічні та молекулярні дослідження, щоб точніше виявити пацієнток з високим ризиком рецидиву міоми матки.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии* / В. Н. Запорожан, В. В. Грубник, В. Ф. Саенко, М. Е. Ничитайло. — К.: Здоров'я, 1999. — 301 с.
2. *Ліщук В. Д., Назаренко О. Я.* Лапароскопічна міомектомія // *Одес. мед. журнал.* — 2001. — № 2 (64). — С. 61-63.
3. *Translocation breakpoints upstream of the HMGIC gene in uterine leiomyomata suggest dysregulation of*

this gene by a mechanism different from that in lipomas / F. M. Schoenberg, H. R. Ashar, K. S. Krauter et al. // *Genes Chromosomes Cancer.* — 1996. — Vol. 17. — P. 1-6.

4. *HMG1(y) expression in human uterine leiomyomata. Involvement of another high-mobility group architectural factor in a benign neoplasm* / A. J. Williams, W. L. Powell, T. Collins et al. // *Am. J. Pathol.* — 1997. — Vol. 150. — P. 911-918.

5. *Recurrence rate after laparoscopic myomectomy* / F. R. Nezhat, M. Roemisch, C. H. Nezhat et al. // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* — 1999, Aug. — Vol. 5 (3). — P. 237-240.

6. *Stewart E. A., Nowak R. A.* Leiomyoma-related bleeding: A classic hypothesis updated for the molecular era // *Hum. Reprod. Update.* — 1996. — Vol. 2. — P. 295-306.

7. *Long-term Results of Laparoscopic Myomectomy: Recurrence Rate in Comparison with Abdominal Myomectomy* / A. Rossetti, O. Sizzi, L. Soranna et al. // *Hum. Reprod.* — 2001. — Vol. 16. — P. 770-774.

8. *Laparoscopically assisted myomectomy: A report of a new technique in 57 cases* / C. Nezhat, F. Nezhat, O. Bess et al. // *Int. J. Fertil.* — 1994. — Vol. 39. — P. 39-44.

УДК 916.22-006-08

Ф. Д. Євчев

## ВПЛИВ ПРОТЕФЛАЗИДУ НА РІВЕНЬ КОНЦЕНТРАЦІЇ ЕНДОГЕННОГО ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ Й ТРИВАЛІСТЬ БЕЗРЕЦИДИВНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ ІЗ РЕЦИДИВОМ РАКУ ГОРТАНІ

Одеський державний медичний університет

В Україні щороку реєструється близько 7,8 % ЛОР онкологічної патології. 3-поміж первинно виявлених хворих 35–50 % умирають протягом першого року, а п'ятирічна виживаність не перевищує 45 % у хворих із III–IV стадією [1; 4; 5]. На жаль, попри велику кількість сучасних діагностичних (РКТ, МРТ, УЗД, доплерографія) і лікувальних (комбінова-

них) технологій у хворих на рак гортані з Т3–4 кількість рецидивів не зменшується. Основною причиною за давнього раку гортані є несвоєчасне звернення хворих по допомогу. Як наслідок, пізня діагностика призводить до локально-регіонарних метастазів диференційованого раку гортані. У зв'язку з цим проблема лікування й підвищення вижива-

ності хворих на рак гортані в цілому залишається актуальною.

Клінічні спостереження протягом п'яти років показали, що у хворих з Т3–4N1M0 порушені ендogenous механізми регуляції й захисту організму. Відомо, що післяопераційний стрес, ендogenous й екзогенна інтоксикації у хворих із III–IV стадією [3; 5; 6] призводять до порушення

