

Ван Пин, Воробйова Л.І., Кривокульський Д.Б.

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ГІСТЕРЕКТОМІЙ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАПАРОСКОПІ ПІДВІСНОГО ТИПУ

Університет Цзянсу, Перша народна лікарня м. Куньшань (Китай), Інститут онкологі АМН Украни, Ки в, Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний диспансер

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ГІСТЕРЕКТОМІЙ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАПАРОСКОПІ ПІДВІСНОГО ТИПУ – Наведені результати клінічного аналізу радикально вагінально гістеректомії з використанням лапароскопа підвісного типу (без пневмоперитонеуму) (20 хворих) і радикально вагінально гістеректомії (22 хворі). Оперативне втручання було проведено з приводу міом матки без аденоміозу або з аденоміозом та атипично гіперплазією ендометрія. Показана безпечність і ефективність застосування лапароскопа підвісного типу для проведення таких операцій, відсутність післяопераційних ускладнень, а також відсутність достовірних змін тривалості операції і величини крововтрати порівняно з такими при радикальній вагінальній гістеректомії.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГИСТЕРЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПА ПОДВЕСНОГО ТИПА – Показаны результаты клинического анализа радикальной вагинальной гистерэктомии с использованием лапароскопа подвешного типа (без пневмоперитонеума) (20 больных) и радикальной вагинальной гистерэктомией (22 больные). Оперативное лечение было проведено по поводу миом матки с эндометриозом или без такового и атипической гиперплазии эндометрия. Показана безопасность и эффективность применения лапароскопа подвешного типа для проведения таких операций, отсутствие послеоперационных осложнений, а также отсутствие достоверных изменений длительности операции и величины кровопотери по сравнению с таковыми при радикальной вагинальной гистерэктомии.

CLINICAL ANALYSIS OF HYSTERECTOMY WITH APPLICATION OF HANGING TYPE LAPAROSCOPE – The results of clinical analysis of laparoscopically assisted radical hysterectomy with application of hanging type laparoscope (20 patients) and radical vaginal hysterectomy (22 patients) are discussed. The operative treatment was applied for women with uterine myoma with and without adenomyosis and atypical endometrial hyperplasia. It was shown the safety and efficacy of using of this laparoscope for operations and absence of postoperative complications as well as absence of reliable changes of operation duration and temporary haemorrhage comparatively to radical vaginal hysterectomy.

Ключові слова: лапароскопічна гістеректомія, лапароскоп підвісного типу, міома матки, атипична гіперплазія ендометрія.

Ключевые слова: лапароскопическая гистерэктомия, лапароскоп подвешного типа, миома матки, атипическая гиперплазия эндометрия.

Key words: laparoscopically assisted radical hysterectomy, hanging type laparoscope, uterine myoma, atypical endometrial hyperplasia.

ВСТУП За останні 20 років лапароскопічна хірургія набуває все більш широкого застосування у багатьох країнах світу. Це пов'язано з тим, що вона має ряд переваг перед звичайним хірургічним втручанням, а саме можливість точно діагностики патологічних процесів в органах малого таза і черевно порожнини та виконання органозберігаючих операцій, особливо у пацієнтів молодого віку. Перевагами також є менша операційна травма, менша крововтрата при проведенні оперативного втручання, зменшення строку перебування пацієнтів у стаціонарі [1-5]. Рядом дослідників розробляються принципи гістероскопічних операцій з приводу початкових стадій раку тіла матки, а також реабілітаційні заходи після проведення таких операцій [6,7].

Аналіз даних літератури показав, що існує ряд лапароскопічних втручань з різним обсягом операцій залежно від типу патологічного процесу і його поширення [8-12]. Розрізняють такі види лапароскопічних операцій:

1) діагностична лапароскопія (ЛПС) для діагностики патологічних процесів у черевній порожнині і органах малого таза;

2) малі лапароскопічні операції – лапароскопічна стерилізація, пункція і аспірація кіст яєчників, біопсія яєчників, коагуляція ендометрію дних уражень I ступеня, адгезіолізис при вираженому злукловому процесі;

3) великі лапароскопічні операції – лікування ендометріозу II-III ступеня, сальпінгоектомія і аднексектомія при еktopічній вагітності, пластичні операції на маткових трубах з приводу безпліддя, цистектомія, аднексектомія при кістозних ураженнях;

4) лапароскопічні операції високої складності – міомектомія, лікування ендометріозу III-IV ступеня, гістеректомія, лімфаденектомія, лікування пухлин статевих органів, нетримання сечі, радикальна гістеректомія.

Нові технології сприяли розвитку методів лапароскопічних операцій, серед яких на сьогодні знаходиться широке застосування безгазової лапароскопії підвісного типу [13, 14]. Вона має ряд переваг перед газовою лапароскопією – відсутність пневмоперитонеуму, можливість використання традиційних інструментів для лапаротомії і накладання швів, що полегшує хід операції, можливість досягнення хорошого кругозору черевно порожнини і використання меншої кількості одноразових інструментів або повна відмова від них. Відсутність газу у черевній порожнині усуває такі недоліки пневмоперитонеуму: 1) стиснення венозних судин заочеревинного простору з порушенням кровопостачання нижніх кінцівок і схильністю до тромбоутворення; 2) порушення артеріального кровотоку в черевній порожнині; 3) порушення серцевої діяльності: зниження серцевого викиду і серцевого індексу, аритмії; 4) стиснення діафрагми із зменшенням залишкової ємкості легень, збільшення мертвого простору і розвитку гіперкапнії; ротація серця; 5) безпосереднє ускладнення пневмоперитонеуму: пневмоторакс, пневмомедіастинум, пневмоперикард, підшкірна емфізема, газова емболія.

Мета даного дослідження полягала у порівняльному клінічному аналізі оперативних втручань – гістеректомій за допомогою безгазової лапароскопії із застосуванням лапароскопа підвісного типу і класично гістеректомії через піхву.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ Матеріал дослідження включав результати аналізу оперативних втручань (гістеректомій), проведених 42 хворим. Хворі були розподілені на 2 групи: I група включала 20 хворих, яким гістеректомія виконувалась із застосуванням лапароскопа підвісного типу і видаленням матки через піхву, II група включала 22 хворі, яким гістеректомію виконували класичним методом через піхву (табл.1).

Всі пацієнтки були обстежені до операції для виявлення протипоказів до лапароскопічних втручань. Проводили загальне обстеження хворих (аналіз крові і сечі, біохімічне дослідження крові, група крові і резус-приналежність, аналізи крові на ВІЛ і реакція Вассермана, дослідження стану згортальної системи крові, дослідження функції серця) і гінекологічне обстеження (бімануальне обстеження, дослідження флори із піхви, цитологічне дослідження мазків із шийки матки і кольпоскопія, ультразвукове дослідження органів малого таза вагінальним датчиком, ректороманоскопія, комп'ютерна томографія при необхідності). За результатами комплексного обстеження 42 хворих протипоказань до проведення лапароскопічних операцій не виявлено.

Методики оперативних втручань. Операція екстирпації матки через піхву виконувалась класичним методом без модифікацій. У хворих, яким проводилась операція із застосуванням лапароскопа підвісного типу, застосовували загальну анестезію. Хвора знаходилась у положенні цистолітаза з катетером у сечовому міхурі. Для підвішування черевно стінки і проведення лапароскопічної операції використовували апарати компанії Mizuho (Японія).

Таблиця 1. Розподіл хворих за клінічними діагнозами і віком

Групи хворих	Клінічний діагноз	Кількість хворих, N / %	Вік хворих, Роки
Група I	Міома матки	13 / 65,0	38 – 53
	Міома матки, аденоміоз	5 / 25,0	30 – 46
	Міома матки + атипова гіперплазія ендометрія	2 / 10,0	36 – 41
Всього		20 / 100,0	36 – 53
Група II	Міома матки	15 / 68,2	35 - 52
	Міома матки, аденоміоз	6 / 27,3	30 - 43
	Міома матки + атипова гіперплазія ендометрія	1/ 4,5	42
Всього		22 / 100,0	36 - 53

Етапи лапароскопічної операції :

- зробити розріз на черевній стінці під пупом для лапароскопа, надіти пластичну втулку на троакар з круглою насадкою спеціально для проколу лапароскопом без надування черевно порожнини і ввести троакар у червну порожнину, потім вийняти троакар з круглою насадкою, а пластичну втулку залишити у розрізі;

- зробити розріз розміром 1,5-2 см на одному або двох боках черевно стінки; проколоти сталеву голку стінку черевно порожнини на відстані 1см під пупом, ввести голку вниз по середній лінії черевно стінки до 4 см. Потім виколоти голку через червну стінку і підвісити за допомогою підвіски;

- підняти круглу зв'язку на відстані 2 см від кута матки; за допомогою

монополярного електричного скальпеля зробити електрокоагуляцію, одночасно відсікти, накласти лігатуру; розрізати передній листок широко зв'язки до складки очеревини і сечового міхура, за допомогою електрокоагуляції розрізати зв'язку яєчника і матково труби, потім низвести сечовий міхур; мобілізувати шийку матки до склепін після коагуляції маткових артерій; під лапароскопом надрізати передне склепіння піхви, потім переходити на операцію з видаленням матки через піхву.

Операційний матеріал підлягав морфологічному дослідженню, в результаті якого були підтверджені дані клінічного обстеження і результати гістологічного дослідження зішкребів слизово оболонки порожнини матки. Були встановлені такі морфологічні діагнози: міома матки з незмінним ендометрієм, міома матки з аденоміозом і залозевою гіперплазією ендометрія у вигляді окремих вогнищ, міома матки і атипова гіперплазія ендометрія.

Отриманий у дослідженні цифровий матеріал обробляли статистичним методом із застосуванням XI, достовірними вважали результати при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Порівняльний аналіз особливостей гістеректомії за допомогою лапароскопі підвісного типу і видаленням матки через піхву не виявив ніяких ускладнень під час обох ва-

ріантів оперативного втручання у всіх оперованих хворих. Основними критеріями, які характеризують хід операції, є тривалість і величина крововтрати. Неабияку роль відіграє також і такий параметр, як величина матки, яку ми оцінювали за вагою. Результати проведеного зіставлення даних параметрів у хворих обох груп наведені у таблиці 2, з яко видно відсутність достовірних змін між тривалістю операції і величиною крововтрати за середніми даними ($p > 0,05$), незважаючи на те, що середня вага матки була достовірно більшою у хворих I групи ($p < 0,05$).

Під час проведення лапароскопічної операції із застосуванням лапароскопа підвісного типу була можливість вільно вводити і виводити інструменти із черевно порожнини, не було хвилювань з приводу виходу газу із черевно порожнини, а також можливим було накладання традиційних для лапароскопі хірургічних вузлів як всередині черевно порожнини, так і ззовні. Дуже важливим моментом є, перш за все, хороший огляд органів черевно порожнини і можливість швидко аспірації крові.

Важливим моментом післяопераційного періоду є тривалість операції, швидкість відновлення функції кишечника у прооперованих хворих, величина крововтрати під час оперативного втручання, тривалість застосування антибіотиків, частота операційних ускладнень. Такі особливості стану хворих у післяопераційному періоді, безумовно, впливають на тривалість перебування хворих у стаціонарних умовах. Деякі клінічні особливості післяопераційного періоду у хворих після гістеректомії за допомогою лапароскопа з видаленням матки через піхву і при гістеректомії через піхву класичним методом наведені у таблиці 3.

Дані таблиці свідчать, що за тривалістю оперативного втручання, величиною крововтрати достовірних змін не виявлено в обох групах хворих. Характерно, що тривалість перебування хворих у стаціонарі була достовірно меншою у хворих I групи і становила ($4,7 \pm 0,2$) доби проти ($5,9 \pm 0,4$) доби у хворих II групи ($p < 0,05$).

Під час проведення операції з використанням лапароскопа підвісного типу можна старанно оглянути органи че-

Таблиця 2. Зіставлення тривалості операції, величини крововтрати і ваги матки у оперованих хворих

Група хворих	Кількість хворих	Тривалість операції, хв	Величина крововтрати, мл	Вага матки, г
I	20	$115 \pm 22^*$	$160 \pm 15^{**}$	$580 \pm 50^{***}$
II	22	$110 \pm 20^*$	$173 \pm 20^{**}$	$400 \pm 45^{***}$

Примітка: $p > 0,05$ між * і * та між ** і **, $p < 0,05$ між *** і ***.

Таблиця 3. Особливості перебігу оперативного втручання і післяопераційного періоду у хворих після варіантів гістеректомії з використанням (I група) і без використання (II група) лапароскопа

Група хворих	Тривалість операції, хв	Величина крововтрати, мл	Відновлення функцій кишечника, год	Тривалість перебування у стаціонарі, доба
I	110 ± 15	180 ± 25	до 24	$4,7 \pm 0,2$
II	115 ± 10	195 ± 18	до 24	$5,9 \pm 0,4$

ревно порожнини, не відволікаючись до якості пневмоперитонеуму, як це буває при газовій лапароскопі. Відомо, що для оперативної лапароскопі швидкість подачі газу інсуфлятором не менше 9 л за хвилину, при більш складних операціях (ампутація або екстирпація матки) вона досягає 15 л за хвилину. Крім того, внаслідок пневмоперитонеуму можуть виникати ускладнення у вигляді газової емболії, ішемії внутрішніх органів, а також тромботичні ускладнення. Факторами ризику таких ускладнень є вік після 60 років, тривалість операції більше 2 годин, гіпертензія, підвищене згортання крові.

У літературі існують дані [15], в яких проаналізовано ускладнення після 318 лапароскопічних гістеректомій, при цьому частота поранень сечового міхура вища (1,6%), ніж при вагінальній гістеректомії (1,1%) або абдомінальній гістеректомії (0,76%), частота поранень сечоводів, відповідно, становить 1,2%, 0,09% і 0,16%. У монографії [9] наводяться такі ускладнення 1165 лапароскопічних гістеректомій, проведених у Фінляндії: 1,2% склали травми судин, 1,5% – травми сечового міхура, 1,2% – травми сечоводу, 0,4% – травми кишки.

Слід відзначити, що безгазова лапароскопія також має деякі недоліки. До них належать такі: форма простору нагадує врізану піраміду, на відміну від пневмоперитонеуму, який утворює простір у вигляді небесного купола; пристрій для безгазової лапароскопії піднімає один або два із чотирьох квадрантів черевної стінки; експозиція у хворих з ожирінням має певні труднощі [9].

У наших дослідженнях кількість спостережень невелика, проте такі характерні для лапароскопічної гістеректомії ускладнення, як поранення сечоводів, сечового міхура, петлі кишки, післяопераційні кровотечі не спостерігались нами у прооперованих хворих обох груп. Очевидно, застосування лапароскопа підвісного типу створює більш оптимальні умови для огляду органів черевної порожнини і малого таза, а також для проведення різних етапів оперативного втручання.

Аналіз перебігу проведених нами операцій і післяопераційного періоду в обох групах хворих різного віку і з різною патологією свідчить про ефективність використання лапароскопа підвісного типу при проведенні гістеректомій. Слід відзначити, що такі операції можуть проводити лише висококваліфіковані лікарі, які мають певний досвід не тільки хірурга-онкогінеколога, але і лапароскопіста.

ВИСНОВКИ Одержані результати вказують на безпечність застосування лапароскопа підвісного типу для проведення гістеректомій у хворих на міому матки з/без аденоміозу і з атипичною гіперплазією ендометрія. Порівняно з радикальними вагінальними гістеректоміями при гістеректоміях із застосуванням лапароскопа підвісного типу відсутні досвідні зміни щодо тривалості оперативного втручання, величини крововтрати під час операції, а також стосовно післяопераційних ускладнень, при цьому тривалість перебування пацієнтів у стаціонарних умовах зменшується.

Література

1. Mage G., Chapron C., Pouly G., et al. Laparoscopic hysterectomy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Med. – 1992. – V. 44. – P. 25.
2. Азиев О.В., Галков В.М., Галков В.В., Шапиро Е.П. Операции на матке // В кн. Лапароскопия в гинекологии. – Москва: ГЭОТАР «Медицина», 2000. – С. 233-254.
3. Запорожан В.М., Грубнік В.В., Свєгко В.Ф. та ін. Відеоендоскопічні операції в хірургії та гінекології. – К., Здоров'я, 1999. – 304 с.
4. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Рожковська Н.М. та ін. Перспективи ендоскопії в гінекології // Вісник наук. досліджень. – 2002. – № 2 (додаток). – С. 10-12.
5. Запорожан В.М., Мозговий Ю.С., Пеню Л.М. Ендоскопія у збереженні репродуктивного здоров'я жінки // Вісник наук. досліджень. – 2002. – № 3. – С. 59-61.
6. Берегова Ю.П., Шелест Т.Д. Реабілітаційна терапія хворих на ендометріоз після лапароскопічних операцій // Одес. мед. журнал. – 2003. – № 4. – С. 79-81.
7. Гладчук І.З., Рожковська Н.М., Мозговий Ю.С. Лапароскопічна гістеректомія в лікуванні ранніх стадій раку ендометрія // Одеський медичний журнал. – 2003. – № 4. – С. 13-15.
8. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. – М., 2002. – 617 с.
9. Савельева Г.М. Лапароскопия в гинекологии: руководство. – М.: ГЭОТАР «Медицина», 2000. – 324 с.
10. Савельева Г.М., Штыров С.В., Хатиашвили В.В. Надвлагалищная ампутиация и экстирпация матки эндоскопическим методом // Акуш. и гин. – 1996. – № 8. – С. 17-21.
11. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. и др. Принципы эндоскопической миомэктомии // Рос. вестник акуш.-гинекол. – 2002. – № 5. – С. 44-71.
12. Dubuisson J., Fauconier A., Babaki-Fard K. Laparoscopic myomectomy: a current view // Hum. Reprod. – 2000. – V. 6, N 6. – P. 588-594.
13. Gazayerli M.M. The Gazayerli endoscopic retractor model. – Surg. Laparosc. Endosc. – 1991. – V. 1. – P. 98-100.
14. Nagai H. et al. A new method of laparoscopic cholecystectomy: An abdominal wall lifting technique without pneumoperitoneum // Surg. Laparosc. Endosc. – 1991. – V. 1. – P. 126-128.
15. Mage G., Masson F., Canis M. et al. Laparoscopic hysterectomy // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 1995. – V. 2, N 8. – P. 283-289.

Попович В.І., Василюк Н.В.

ДЕЯКІ БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СИРОВАТКИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СИНУСИТ З ОБТЯЖЕНИМ ГЕПАТОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ

Івано-Франківський державний медичний університет

ДЕЯКІ БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СИРОВАТКИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СИНУСИТ З ОБТЯЖЕНИМ ГЕПАТОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ – Обстежено 71 хворий на хронічний гнійний синусит. У 36 хворих у анамнезі був вірусний гепатит. Встановлено, що у всіх хворих були зміни у фракціях сироваткового білка диск-електрофореграми у поліакриламідному гелі та підвищена активність ферментів – маркерів функції гепатоцита. У хворих, у яких в анамнезі спостерігали вірусний гепатит, ці зміни були достовірно більш виражені.

НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СИНУСИТОМ И СКОМПРОМЕНТИРОВАННЫМ ГЕПАТОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ – Обследовано 71 больного с хроническим гнойным синуситом. У 36 больных в анамнезе был вирусный гепатит. Установлено, что у всех больных были изменения у фракциях сывороточного белка диск-электрофореграммы в полиакриламидном геле и повышенная активность ферментов – маркеров функции гепатоцита. У больных, у которых в анамнезе отмечали вирусный гепатит, эти изменения были достоверно более выражены.

SOME BIOCHEMICAL PARAMETERS OF BLOOD SERUM IN PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT SINUSITIS AND ONEROUS LIVER ANAMNESIS – 71 patients with chronic purulent sinusitis were examined. In 36 patients was revealed virus hepatitis in anamnesis. It was ascertained that all the patients got changes in fractions of serum protein in polyacrylamide gel and increased activity of enzymes – markers of liver cells function. In patients, who had virus hepatitis in anamnesis, the mentioned changes were reliably most expressed.

Ключові слова: хронічний гнійний синусит, вірусний гепатит, гепатоцит, білки, ферменти.

Ключевые слова: хронический гнойный синусит, вирусный гепатит, гепатоцит, белки, ферменты.

Key words: chronic purulent sinusitis, virus hepatitis, liver cell, proteins, enzymes.