

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ У ХВОРИХ З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ ТІЛА

Державна наукова установа

«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

Державного управління справами (м. Київ)

Дана робота є фрагментом комплексної теми НДР: «Удосконалення малоінвазивного хірургічного лікування та знеболення при захворюваннях черевної стінки, кишечника, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, нирок та сечовивідних шляхів, матки, вен, хребта та органу слуху в умовах хірургічного стаціонару короткострокового перебування».

Вступ. Незважаючи на бурхливу технологічну трансформацію хірургії з лапаротомії в лапароскопію та роботизовану хірургію, питома вага трансабдомінальних гістеректомій ще довго залишатиметься найбільшою в Україні [1,2]. Основною причиною такої ситуації є захворювання, які значно звужують або ж навіть виключають можливість виконання втручання з використанням малоінвазивних технологій. Надмірна вага хворої – один з чинників, який не залишає хірургу вибору, окрім лапаротомії. На сучасному етапі спостерігається тенденція до росту числа гістеректомій у жінок з надмірною вагою тіла (ІМТ більше 35) [2,6]. Ризик розвитку інтра- та післяопераційних ускладнень у таких хворих може скласти від 9 до 17%. Тривалість втручання та характер інтраопераційних ускладнень визначає якість післяопераційного періоду. Значні труднощі виникають у хірурга під час виконання оперативного доступу, при цьому збільшення лапаротомного розтину та кількості асистентів не полегшують умови втручання []. Нерідко хірург, зважаючи на складнощі доступу, вимушений обмежуватися неадекватною за обсягом суправагінальною ампутацією.

До недоліків гістеректомії можна віднести розсічення опорних структур проксимального відділу піхви, лігування піхвової гілки маткової артерії, травмування параметрію, руйнування нервових і венозних сплетінь, розташованих вздовж піхвової трубки. Субтотальна гістеректомія супроводжується значно нижчим відсотком ускладнень, що ймовірно пов'язано із збереженням вищезгаданих анатомічних структур. Однак, субтотальна гістеректомія, навіть у сполученні з резекцією цервікального каналу, не може вважатися радикальною у випадках гіпертрофії чи елонгації шийки матки. [2].

Метою нашої роботи була розробка й апробація способу гістеректомії, який би значно полегшив радикальне видалення матки у хворих з надмірною вагою.

Об'єкт і методи дослідження. В основну групу спостереження були включені 76 жінок, які мали 0 і 1 стадії пролапсу за класифікацією POP-Q і були прооперовані в умовах клыныки малоінвазивної

хірургії ДНУ НПЦ в період з 2010 по 2012 р. р. з приводу міоми матки за розробленою нами методикою. Контрольну групу склали 50 жінок, яким інтрафасціальну гістеректомію проводили за методом Олдріджа [4,6]. Для вивчення вагінального профілю були позначені два показника: довжина піхви і діапазон зсуву самої проксимальної точки піхви (апекса), які визначалися до хірургічного втручання і протягом 24 місяців після операції з інтервалом один рік. Визначення довжини піхви здійснювали в положенні лежачи, тут же визначали саму проксимальну точку піхви. Потім відмічали величину її зсуву при напруженні [3,5].

Техніка виконання операції. Розсічення круглих, воронко-тазових зв'язок, судинних пучків матки, листків тазової очеревини, піхвової трубки здійснювалося методом безшовної технології за допомогою високочастотної діатермії в моно- і біактивному режимі частотою до 2 млн. Гц, силою струму 0,7 А. Після перетину судинних пучків матки монополярним діатермоножом в режимі коагуляція-розсічення циркулярно інтрафасціально на глибині 2-3 мм висікалась шийка на всьому протязі так, що слизова піхвової порції шийки залишалася продовженням піхвової трубки.

Таким чином, під час операції не перетиналися кардинальні і воронко-тазові зв'язки. Інтактними залишалися низхідна гілка маткової артерії, сечовий міхур і параметрії. Ушивання кукси піхви не проводилося. Фіксація кукси до круглих і крижово-маткових зв'язок здійснювалася шовним матеріалом, який не розсмоктується. Перитонізація кукси піхви виконувалася очеревиною міхурово-маточного поглиблення.

Результати досліджень та їх обговорення. Достовірної різниці між групами хворих за загальними характеристиками не виявлено. Дослідження довжини піхви і діапазону зміщення його самої проксимальної точки (апекса) показали значні коливання результатів у хворих обох груп, однак достовірна різниця за вимірюваннями вагінального профілю була відсутня. В основній групі спостереження до операції довжина піхви склала $9,1 \pm 0,17$, діапазон зсуву апекса $3,2 \pm 0,24$. Довжина піхви в контрольній групі склала $8,8 \pm 0,19$, зсув апекса – $3,1 \pm 0,20$. Сама проксимальна точка піхви (апекс) розташовувалася в області заднього склепіння у хворих обох груп. Відразу після операції в основній групі хворих довжина піхвової трубки зросла більш ніж на 2 см і склала $11,4 \pm 0,17$. Діапазон зміщення апекса склав

1,9±0,24. Характерним виявилось те, що проекція апекса у хворих основної групи перемістилася в область кукси піхви, а у хворих контрольної групи апекс залишився в межах заднього склепіння. Ми вважаємо, що істотне збільшення довжини піхви відбулося не тільки за рахунок тракції при виконанні вагінопексії, але і завдяки додатково викроєній слизовій оболонці вагінальної порції шийки матки. Довжина піхви у хворих контрольної групи відразу після операції дещо зменшилася (8,2±0,20), хоча достовірно не відрізнялася від такого показника до операції. Зсув апекса склав 2,1±0,11. Ми вважаємо, що збереження довжини піхви відбулося тільки за рахунок тракції при виконанні вагінопексії. Показники вагінального профілю та динаміка його змін за період спостереження у досліджуваних хворих представлені в таблицях 1 і 2. У хворих основної групи довжина піхви залишалася стабільною. Тенденції до збільшення діапазону зміщення апекса не виявлено. Динаміка розвитку пролапсу кукси піхви в контрольній групі була значно гірше, ніж в основній. Піхва у хворих контрольної групи зазнала значного вкорочення, одночасно із збільшенням діапазону рухливості кукси. Характер загальноклінічних ускладнень відрізнявся відсутністю перикукситів в основній групі. Післяопераційна лихоманка в основній і контрольній групах спостерігалася в 14,5% і 40% випадків відповідно.

Висновки. Методика інтрафасціальної гістеректомії із застосуванням високочастотної діатермії, що пропонується, є ефективною для профілактики пролапсу кукси і укорочення піхви. Вкорочення піхви у хворих контрольної групи, можливо, було

обумовлено ще й дегенеративними процесами внаслідок значної травми опорних структур і судин проксимального відділу піхви з виникненням у зв'язку з цим гнійно-запальних процесів в області кукси. Укорочення піхви у хворих, які оперовані за запропонованою методикою, не спостерігалось. Тенденції до вкорочення піхви або пролапсу за період спостереження не виявлено.

Перспективи подальших досліджень. Подальші наукові дослідження будуть проводитися в рамках комплексної теми НДР – «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки та щитоподібної прищитоподібних залоз і суглобів, зокрема із використанням імплантатів на основі нанобіосенсорних технологій» протягом 2014 – 2018 років.

На основі отриманих результатів будуть: чітко визначені покази, протипокази до хірургічного лікування, з'ясовані оптимальні умови та удосконалені методи інтрафасціальної гістеректомії із застосуванням високочастотної діатермії, що зменшить кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень на 20%; також буде розроблений і впроваджений алгоритм лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів у пацієнток, репродуктивного віку, з надмірною вагою тіла, що в цілому оптимізує менеджмент хворих даного контингенту і суттєво скоротить термін стаціонарного лікування хворих на 40%, а термін соціальної і трудової реабілітації у 2 рази.

Література

1. Запорожан В. Н. Профилактика постгистерэктомического пролапса во время трансабдоминальной экстирпации матки / В. Н. Запорожан, А. А. Проценко, В. В. Кухарский [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – №17. – С. 122-125.
2. Краснопольский В. И. Патология влагалища и шейки матки / В. И. Краснопольский, В. Е. Радзинский [и др.]. – М.: Медицина, 1997. – 272 с.: ил.
3. Проценко О. О. Проблема стандартизації термінології випадіння жіночих статевих органів та розладів функції тазового дна / О. О. Проценко, М. М. Драгевська // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – №5. – С. 81-85.
4. Хирш Х. А. Оперативная гинекология: Атлас: Пер. с англ. / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле. -М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 656 с.
5. Bump R. C. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction / R. C. Bump, A. Mattiasson, K. Bo [et al.] //Am. J Obstet. Gynecol. – 1996. – Vol. 175(1). – P. 10-17.
6. Pilsgaard K. Follow-up after repair of vaginal vault prolapse with abdominal colposacropexy / K. Pilsgaard, L. Mouritsen // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 1999. – Vol. 78(1). – P. 66-70.

УДК 618.14-072-056.5

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕХНОЛОГІЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ У ХВОРИХ З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ ТІЛА

Хабрат Б. В.

Резюме. Представлений спосіб інтрафасціальної гістеректомії з використанням високочастотної діатермії, на підставі результатів апробації у 76 жінок, переконливо обґрунтовує поліпшення показників вагінального профілю впродовж двохрічного спостереження, і є ефективною профілактикою пролапсу кукси і укорочення піхви. Укорочення піхви у пацієнток контрольної групи, які не оперувалися за пропонуваним способом, обумовлюється дегенеративними процесами внаслідок значної травми опорних структур і судин проксимального відділу піхви в зв'язку з гнійно-запальними процесами в області кукси.

Ключові слова: пролапс геніталіїв, інтрафасціальна гістеректомія, високочастотна діатермія, вагінальний профіль.

УДК 618. 14-072-056. 5

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИИ ГИСТЕРЕКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ТЕЛА

Хабрат Б. В.

Резюме. Представленный способ интрафасциальной гистеректомии с использованием высокочастотной диатермии, на основании результатов апробации у 76 женщин, убедительно обосновывает улучшение показателей вагинального профиля на протяжении двухгодичного наблюдения, и является эффективной профилактикой пролапса культи и укорочения влагалища. Укорочение влагалища у пациенток контрольной группы, которые не оперировались по предлагаемому способу, обусловливается дегенеративными процессами вследствие значительной травмы опорных структур и сосудов проксимального отдела влагалища в связи с гнойно-воспалительными процессами в области культи.

Ключевые слова: пролапс гениталиев, интрафасциальная гистеректомия, высокочастотная диатермия, вагинальный профиль.

UDC 618. 14-072-056. 5

Optimization of Technology of the Hysterectomy at Patients with a Excess Weight of the Body

Khabrat B. V.

Abstract. The aim of work was the development and testing method of hysterectomy, which would greatly facilitate radical hysterectomy in patients who are overweight.

Materials and methods. In the main group supervision included 76 women who had 0 and stage 1 prolapse by POP-Q classification and were operated under klynyky minimally invasive surgery DNU NPC in the period from 2010 to 2012 GG about uterine fibroids by the method developed by us. The control group consisted of 50 women who intrafascial hysterectomy was performed by the method of Aldridge. To study the vaginal profile marked by two indicators : the length of the vagina and the range of displacement of the proximal point of the vagina (apex), which were determined before surgery and 24 months after surgery at intervals of one year. Determining the length of the vagina was performed in the supine position, immediately determine the most proximal point of the vagina. Then noted the value of shear stress. The technique of the operation: dissection round, funnel – pelvic ligaments, uterine vascular bundles, leaves the pelvic peritoneum, the vaginal tube was carried out using seamless technology using high-frequency diathermy in mono- and biaktivnomu modes at up to 2 million Hz power supply 0. 7 A. After crossing the uterine vascular bundles diatermonozhom monopolar coagulation mode circularly – cut intrafascialno at a depth of 2-3 mm vysikalas neck throughout so that the vaginal portion of the cervix mucus remained continuation of the vaginal tube. Thus, during operation do not overlap radical and funnel – pelvic ligament. Remained intact descending branch of the uterine artery, bladder and parameters. Closure of the vaginal stump was conducted. Commit to stump round and sacro- uterine ligaments carried suture material which is not absorbed. Perytonizatsiya vaginal stump was performed vesico-uterine peritoneum deepening.

Results and discussion. Significant difference between the groups of patients under general characteristics have been identified. Research vaginal length and range shift its most proximal point (apex) showed significant variations in outcomes for patients in both groups, but significant differences for measurements of vaginal profile was absent. In the study group monitoring the operation vaginal length was $9,1 \pm 0,17$, the range of shear apex $3,2 \pm 0,24$. Length of sheath in the control group was $8,8 \pm 0,19$, apex offset – $3,1 \pm 0,20$. The most proximal point of the vagina (apex) located in the posterior fornix of patients in both groups. Immediately after surgery in the study group of patients with vaginal tube length has increased by more than 2 cm and was $11,4 \pm 0,17$. Range shift apex was $1,9 \pm 0,24$. Characteristic was that the projection apex in patients of group moved into the region vaginal stump, and in patients of the control group remained within the apex posterior arch. We believe that the significant increase in the length of the vagina was not only because of traction when performing vahinopeksiyi, but in addition a cut through the lining of the vaginal portion of the cervix. Length of vagina in patients in the control group immediately after surgery decreased slightly ($8,2 \pm 0,20$), although not significantly different from that index before the operation. Offset apex was $2,1 \pm 0,11$. We believe that keeping the length of the vagina was only because of traction when performing vahinopeksiyi. Indicators vaginal profile and dynamics of its changes during the period of observation in the study patients are presented in Tables 1 and 2. In patients of group length sheath remained stable. Tends to increase the range of displacement apex were found. The dynamics of the vaginal stump prolapse in the control group was significantly worse than in the core. Vagina in patients of the control group experienced a significant shortening simultaneously with an increase in the range of mobility of the stump. The nature of general clinical complications differed lack perykuksytiv in the study group. Postoperative fever in the study and control groups was observed in 14. 5% and 40% of cases, respectively.

Conclusions. Methods intrafascialnoyi hysterectomy using high-frequency diathermy offered are effective in preventing prolapse stump and shortening of the vagina. Shortening of the vagina in patients in the control group may have been caused by the degenerative processes due to serious injury support structures and vessels proximal vagina with the emergence in this context of inflammatory processes in the stump. Shortening of the vagina in patients operated on the proposed method was observed. Trends shortening of the vagina or prolapse at follow-up were found.

Key words: hysterectomy, operative management, myoma, henital prolapse.

Рецензент – проф. Громова А. М.

Стаття надійшла 24. 09. 2013 р.