

# Особливості оперативного лікування гінекологічних захворювань лапаротомічним та лапароскопічним доступом у жінок з екстрагенітальною патологією

**В.В. Костіков**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** визначення оптимального доступу оперативного втручання у хворих з гінекологічною та екстрагенітальною патологією.

**Матеріали та методи.** У дослідження були включені 240 пацієнток, які перебували на лікуванні у стаціонарі і були прооперовані з приводу захворювань внутрішніх статевих органів лапаротомічним та лапароскопічним доступом. В усіх пацієнток була діагностована екстрагенітальна патологія. Залежно від доступу операції усі пацієнтки були розподілені на дві групи. В основну групу увійшли 120 пацієнток, яких було прооперовано лапароскопічним доступом. У групу порівняння увійшли 120 пацієнток, яких було прооперовано лапаротомічним доступом.

**Результати.** Результати проведених досліджень свідчать про те, що у хворих з гінекологічною та серцево-судинною, бронхолегеневою патологією, ожирінням і цукровим діабетом кращим варіантом оперативного доступу слід вважати лапароскопію. Операція, що проведена лапароскопічним доступом, у хворих з серцево-судинними захворюваннями супроводжується короткочасним (до 5 хв) погіршенням показників гемодинаміки у момент підвищення внутрішньочеревного тиску і створення положення Тренделенбурга. Зазначені зміни швидко нормалізуються і залишаються стабільними протягом операції та під час раннього післяопераційного періоду. Лапаротомічний доступ призводить до більш вираженого і тривалого погіршення гемодинамічних показників у хворих з серцево-судинними захворюваннями під час операції та у ранній післяопераційний період. Лапароскопічні операції у хворих з екстрагенітальною патологією є менш тривалими за часом, мінімально травматичними, супроводжуються малою крововтратою. У хворих, оперованих лапароскопічним доступом, менш виражені больовий синдром, порушення функції кишечника, швидко відновлюється рухова активність, скорочуються терміни перебування у стаціонарі та тривалість реабілітації.

**Заключення.** У хворих з гінекологічною та компенсованою екстрагенітальною патологією перевагу слід віддавати лапароскопічному доступу оперативного втручання.

**Ключові слова:** гінекологічні операції, лапаротомія, лапароскопія.

До числа останніх досягнень в області оперативної гінекології належить оперативна лапароскопія, що набула широкого застосування з 90-х років минулого століття як за кордоном, так і в нашій країні [1–8]. Перевагами даного методу є: мала травматичність, низька частота післяопераційних ускладнень, зниження частоти формування спайок та ін. [2, 3, 5]. Відсутність великих розрізів черевної стінки дозволяє уникнути таких ускладнень, як виникнення післяопераційних гриж та нагноєння шкірних ран [1, 6, 8].

Проте разом з позитивними моментами лапароскопія має низку негативних аспектів, пов'язаних з: підвищенням внутрішньочеревного тиску за рахунок введення у черевну порожнину газу для створення робочого об'єму; становищем Тренделенбурга, що спричинює розвиток дихальної недостатності та гіпоксії; обмеженням рухливості діафрагми. Усі ці явища призводять до гемодинамічних розладів [2, 4, 7].

Серед жінок, які потребують проведення оперативних втручань, значну кількість становлять жінки з екстрагенітальною патологією. Так, за даними низки авторів [1–8], у 61% хворих з міомою матки відзначають також різноманітні екстрагенітальні захворювання. Наявність супутньої патології у таких хворих обтяжує проведення хірургічного втручання та ускладнює післяопераційний період, тому виникає необхідність застосування мінімальної хірургічної агресії та особливих заходів для запобігання ускладнень.

Наявні у вітчизняній та зарубіжній літературі дані не дають вичерпних рекомендацій щодо вибору оптимального доступу оперативного втручання, його впливу на результати операції та перебіг післяопераційного періоду у хворих з гінекологічною та екстрагенітальною патологією.

Отже, аналіз даних літератури свідчить про те, що на сьогодні не існує об'єктивної оцінки впливу лапароскопії на перебіг такої патології, як цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма, ожиріння, а також відсутні критерії вибору оперативного доступу у таких хворих.

Таблиця 1

Показання до операції у хворих з екстрагенітальною патологією, n (%)

| Показник   | Група хворих |            |
|--|--------------|------------|
|  | 1-а, n=120   | 2-а, n=120 |
| Міома матки  | 44 (36,7)    | 61 (50,8)  |
| Міома матки, поєднана з аденоміозом                          | 18 (15,0)    | 7 (5,8)    |
| Рецидивний гіперпластичний процес ендометрія у постменопаузі | 4 (3,3)      | 5 (4,2)    |
| Атипічна гіперплазія ендометрія                              | 3 (2,5)      | 4 (3,3)    |
| Аденокарцинома ендометрія                                    | 12 (10,0)    | 21 (17,5)  |
| Яєчникові утворення  | 39 (32,5)    | 22 (18,3)  |

Обсяг оперативного втручання в обстежених хворих, n(%)

| Обсяг операції              | Група хворих |            |
|-----------------------------|--------------|------------|
|                             | 1-а, n=120   | 2-а, n=120 |
| Аднексектомія:              | 19 (15,8)    | 10 (8,3)   |
| – одностороння              | 6            | 5          |
| – двостороння               | 13           | 5          |
| Надпівхова ампутація матки: | 66 (55,0)    | 63 (52,5)  |
| – з придатками              | 43           | 41         |
| – без придатків             | 23           | 22         |
| Екстирпація матки:          | 35 (29,2)    | 47 (39,2)  |
| – з придатками              | 25           | 36         |
| – без придатків             | 10           | 11         |
| Усього                      | 120          | 120        |

Таблиця 3

Розподіл хворих основної групи і групи порівняння відповідно до характеру екстрагенітальної патології

| Характер екстрагенітальної патології   | Підгрупа | Кількість хворих, n | Підгрупа | Кількість хворих, n |
|--|----------|---------------------|----------|---------------------|
| Серцево-судинні захворювання: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія    | 1.1      | 67                  | 2.1      | 63                  |
| Ожиріння III-IV ступеня  | 1.2      | 32                  | 2.2      | 36                  |
| Хронічні неспецифічні захворювання легенів: бронхіальна астма, хронічний бронхіт | 1.3      | 12                  | 2.3      | 15                  |
| Цукровий діабет  | 1.4      | 9                   | 2.4      | 6                   |

Таблиця 4

Розподіл пацієнток за ступенем ОАР в основній групі, n (%)

| Ступінь ризику | Кількість хворих   |                    |                    |                   |               |
|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------------|
|                | Підгрупа 1.1, n=67 | Підгрупа 1.2, n=32 | Підгрупа 1.3, n=12 | Підгрупа 1.4, n=9 | Усього, n=120 |
| II             | 26                 | 14                 | 5                  | 2                 | 47 (39,2)     |
| III            | 39                 | 17                 | 6                  | 6                 | 68 (56,7)     |
| IV             | 2                  | 1                  | 1                  | 1                 | 5 (4,2)       |

Таблиця 5

Ступінь операційного ризику у хворих групи порівняння з різною екстрагенітальною патологією, n (%)

| Ступінь ризику | Кількість хворих   |                    |                    |                   |               |
|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------------|
|                | Підгрупа 2.1, n=63 | Підгрупа 2.2, n=36 | Підгрупа 2.3, n=15 | Підгрупа 2.4, n=6 | Усього, n=120 |
| II             | 15                 | 10                 | 5                  | 1                 | 31 (25,8)     |
| III            | 44                 | 24                 | 10                 | 3                 | 81 (67,6)     |
| IV             | 4                  | 2                  | -                  | 2                 | 8 (6,6)       |

**Мета дослідження:** визначення оптимального доступу оперативного втручання у хворих з гінекологічною та екстрагенітальною патологією.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До дослідження було включено 240 пацієнток, які перебували на лікуванні в стаціонарі. Їх було прооперовано з приводу захворювань внутрішніх статевих органів лапаротомічним і лапароскопічним доступом. В усіх пацієнток було діагностовано екстрагенітальну патологію.

Залежно від доступу операції всіх пацієнток було розподілено на дві групи. В основну (1-у) групу увійшли 120 пацієнток, що були прооперовані лапароскопічним доступом. У групу порівняння (2-у) увійшли 120 пацієнток, що були прооперовані лапаротомічним доступом. Показання до операції представлені у табл. 1.

За даними табл. 1 найбільш поширеним показанням до операції як в основній групі, так і в групі порівняння була міома матки.

Обсяг виконаних оперативних втручань представлено у табл. 2.

За даними табл. 2 найбільш частою операцією в обох групах була надпівхова ампутація (55% в основній групі і 52% – у групі порівняння) і екстирпація матки (відповідно 29% та 31%).

Відповідно до мети даної роботи пацієнток основної групи і групи порівняння було розподілено на підгрупи залежно від основної екстрагенітальної патології (табл. 3).

За даними табл. 3 найбільша кількість хворих (130 з 240 – 54,2%) мала серцево-судинну патологію. У більшості з них характер цієї патології був поєднаний. У кожній третій хворій (33,3%) відзначено поєднання артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця, 8 (3,3%) хворих в анамнезі перенесли інсульт, 12 (5%) – інфаркт міокарда. Як в основній групі, так і в групі порівняння рідко виявляли ізольовану екстрагенітальну патологію. У 4/5 хворих виявлено поєднання різних екстрагенітальних захворювань і тільки в 1/5 обстежених діагностовано один вид екстрагенітальної патології (у кожній другій з них виявлено ожиріння).

Крім основної екстрагенітальної патології (див. табл. 3), у 50%

обстежених хворих як основної, так і групи порівняння зафіксовано інші супутні захворювання: варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 37 (30,8%) і 32 (21,7%) пацієнток відповідно, виразкову хворобу шлунку і дванадцятипалої кишки, коліт, гастрит, гастродуоденіт – у 38 (31,7%) і 30 (24,2%) пацієнток відповідно, патологію нирок (хронічний пієлонефрит, сечокам'яну хворобу, цистит, полікістоз нирок) – у 26 (21,7%) і 21 (17,5%) відповідно; патологію щитоподібної залози – у 15 (12,5%) і 19 (15,8%) відповідно; остеохондроз хребта – у 16 (13,3%) і 21 (17,5%) відповідно; захворювання грудних залоз – у 18 (15%) і 14 (11,7%) пацієнток відповідно. Рідше діагностували такі захворювання, як хронічний геморой – у 4 (3,3%) і у 6 (5%) хворих відповідно; ревматизм, артрит тощо – у 3 (2,5%) і 6 (5%) хворих відповідно.

Частота та вираженість екстрагенітальної патології залежали від віку пацієнтки – найбільшу кількість супутніх захворювань мали пацієнтки віком понад 70 років.

У комплекс проведених досліджень було включено клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ступінь операційно-анестезіологічного ризику (ОАР) в обстежених основної групи перед операцією наведено у табл. 4.

За даними табл. 4 у 68 (56,7%) хворих був III ступінь ОАР, у 47 (39,2%) – II ступінь. Рідко виставляли IV ступінь ризику – у 5 (4,2%) хворих, з яких 2 пацієнтки мали комбіновану серцево-судинну, бронхолегеневу патологію та ожиріння (підгрупи 1.1 та 1.2).

Так само, як і в основній групі, в усіх хворих групи порівняння було оцінено ступінь ОАР (табл. 5).

За даними табл. 5 більш ніж у половини хворих – 81 (67,6%) – відзначено III ступінь ОАР, у чверті хворих – 31 (25,8%) – II ступінь ризику. У 8 (6,6%) хворих відзначено IV ступінь ОАР, більша частина з яких мали поєднану серцево-судинну патологію і ожиріння (підгрупа 2.1).

Відповідно до отриманих результатів при лапароскопічному доступі тривалість операції не перевищувала 60 хв у 61,7% хворих, при лапаротомічному доступі – лише у 24,2% хворих. Більше ніж у двох третин хворих групи порівняння операція тривала понад годину.

За нашими даними, при спайковому процесі, ожирінні, великих розмірах матки і, особливо, при поєднанні цих факторів незалежно від доступу тривалість операції збільшується. Наявність супутньої патології (за винятком ожиріння) не впливає на тривалість операції, причому навіть при ожирінні операції з лапароскопічним доступом тривають менше, ніж операції з ла-

паротомічним доступом. Виявлено, що тривалість операції у пацієнток з ожирінням при лапароскопії менше у 1,5 разу, ніж при лапаротомії.

Також виявлено, що при лапароскопічному доступі кількість крововтрати при будь-яких обсягах операцій у 4–6 разів менше, ніж при лапаротомічному. Це пов'язано з відсутністю розрізу передньої черевної стінки і коагуляційним впливом на тканини у процесі операції.

Отже, лапаротомічний доступ пов'язаний з більшою тривалістю операції (в основному 60 хв і більше) та зі значною крововтратою (в основному 100–300 мл). Тоді як лапароскопічний метод дозволяє виконувати операції з мінімальною крововтратою (аж до її відсутності) за менший проміжок часу (до 15 хв).

Аналіз перебігу операцій, виконаних лапароскопічним доступом під ендотрахеальним наркозом у хворих з екстрагенітальною патологією, засвідчив, що лапароскопічні операції перебігають менш травматично, не супроводжуються великою крововтратою та тривалим часом проведення самої операції. Проте підвищення внутрішньочеревного тиску та положення Тренделенбурга негативно позначаються на показниках гемодинаміки у хворих з серцево-судинними захворюваннями, хоча це не призводить до декомпенсації діяльності серцево-судинної системи.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про те, що у гінекологічних хворих з серцево-судинною, бронхолегеневою патологією, ожирінням і цукровим діабетом кращим варіантом оперативного втручання слід вважати лапароскопію.

Операція лапароскопічним доступом у хворих із серцево-судинними захворюваннями супроводжується короткочасним (до 5 хв) погіршенням показників гемодинаміки у момент підвищення внутрішньочеревного тиску і створенням положення Тренделенбурга. Зазначені зміни швидко нормалізуються і залишаються стабільними протягом операції та під час раннього післяопераційного періоду.

Лапаротомічний доступ призводить до більш вираженого і тривалого погіршення гемодинамічних показників у хворих з серцево-судинними захворюваннями під час операції та у ранній післяопераційний період.

Лапароскопічні операції у хворих з екстрагенітальною патологією є менш тривалими, мінімально травматичними та супроводжуються малою крововтратою. У хворих, оперованих лапароскопічним доступом, менш виражений больовий синдром, порушення функції кишечника, швидко відновлюється рухова активність, скорочуються терміни перебування в стаціонарі та тривалість реабілітації.

### Особенности оперативного лечения гинекологических заболеваний лапаротомическим и лапароскопическим доступом у женщин с экстрагенитальной патологией В.В. Костиков

**Цель исследования:** определение оптимального доступа оперативного вмешательства у больных с гинекологической и экстрагенитальной патологией.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 240 пациенток, находившихся на лечении в стационаре и оперированных по поводу заболеваний внутренних половых органов лапаротомическим и лапароскопическим доступом. У всех пациенток имелась экстрагенитальная патология. В зависимости от доступа операции все пациентки были распределены на две группы. В основную группу вошли 120 пациенток, оперированных лапароскопическим доступом. В группу сравнения вошли 120 пациенток, оперированных лапаротомическим доступом.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что у больных с гинекологической и сердечно-сосудистой, бронхолегочной патологией, ожирением и сахарным диабетом предпочтительным оперативным доступом следует считать лапароскопию.

Операция лапароскопическим доступом у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями сопровождается кратковременным (до 5 мин) ухудшением показателей гемодинамики в момент повышения внутрибрюшного давления и созданием положения Тренделенбурга. Указанные изменения быстро нормализуются и остаются стабильными на протяжении операции и в ранний послеоперационный период. Лапаротомический доступ приводит к более выраженному и длительному ухудшению гемодинамических показателей у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями во время операции и в ранний послеоперационный период. Лапароскопические операции у больных с экстрагенитальной патологией являются менее продолжительными по времени, минимально травматичными, сопровождаются малой кровопотерей. У больных, оперированных лапароскопическим доступом, менее выражены болевой синдром, нарушения функции кишечника, быстро восстанавливается двигательная активность, сокращаются сроки пребывания в стационаре и продолжительность реабилитации.

**Заключение.** У больных с гинекологической и компенсированной экстрагенитальной патологией предпочтение следует отдавать лапароскопическому доступу оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** гинекологические операции, лапаротомия, лапароскопия.

**Features of expeditious treatment of gynecologic diseases laparotomic and laparoscopic accesses at women with extragenital pathology**  
**V.V. Kostikov**

**The objective:** definition of optimum access of an operative measure at gynecologic patients with extragenital pathology.

**Patients and methods.** Were included in research of 240 patients who were on treatment inhospital and operated concerning diseases of internal genitalias laparotomic and laparoscopic accesses. All patients had an extragenital pathology. Depending on operation access all patients were divided into two groups. The main group was made by 120 patients operated with laparoscopic access. 120 patients operated with laparotomic access, made group of comparison.

**Results.** Results of the conducted researches testify that at gynecologic patients with cardiovascular, broncho-pulmonary pathology, an obesity and a diabetes mellitus preferable quick access it is necessary to consider laparoscopy. Operation by laparoscopic access at patients

with cardiovascular diseases is accompanied short-term (till 5 minutes) by deterioration of indicators of a hemodynamic at the time of rising of intra abdominal pressure and creation of provision of Trendelenburga. The specified changes quickly are normalized and remain stable throughout operation and in the early postoperative period. Laparotomic access leads to more expressed and long deterioration of hemodynamic indicators at patients with cardiovascular diseases during operation and in the early postoperative period. Laparoscopic operations at patients with extragenital pathology are less enduring, minimum traumatic, are accompanied by small hemorrhage. At the patients operated with laparoscopic access, the pain syndrome, disturbances of function of an intestine is less expressed, a physical activity is quickly restored, terms of stay in hospital and after treatment terms are reduced.

**Conclusion.** At gynecologic patients with the compensated extragenital pathology can be given preference to laparoscopic access of an operative measure.

**Key words:** gynecologic operations, laparotomy, laparoscopy.

**Сведения об авторе**

**Костиков Валерий Валериевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: *pror-first@nmapo.edu.ua*

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Адамьян Л.В., Кулаков В.И., Аскольская С.И. Качество жизни женщин после различных типов гистерэктомий, выполненных лапароскопическим, лапаротомическим и влагалищным доступами // Эндоскопия в гинекологии. – М., 2009. – С. 135–148.
2. Бреусенко В.Г., Кравчук О.С., Евсеев А.А. Особенности ведения больных после лапароскопических операций на матке // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2010. – № 2. – С. 44–49.
3. Вдовиченко Ю.П., Горбунова О.В., Волошин А.А. Комплексная предоперационная подготовка и послеоперационная профилактика при лапароскопических операциях в гинекологии // Здоровье женщины. – 2015. – № 4 (24). – С. 157–158.
4. Венцовский Б.М., Жегулович В.Г., Яроцкий Н.Е. Современные аспекты лапароскопической хирургии в гинекологии // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 1–2. – С. 112–115.
5. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Рожковська Н.М. Ендоскопічна хірургія в гінекологічній клініці // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 32–40.
6. Козуб Н.И. Лапароскопия в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 53–56.
7. Bartos P., Zelenka Z. Total laparoscopic hysterectomy: current role in gynecology surgery // Ceska Gynecol. – 2015. – Vol. 64, № 4. – P. 224–227.
8. Chapron C.M., Dubuisson J.B., Ansquer Y. Is total laparoscopic hysterectomy a safe surgical procedure? // Human Reproduction. – 2015. – Vol. 1. – P. 2422–2424.

Статья поступила в редакцию 19.05.17