

©В.Г. Дубініна, О.В. Лук'янчук, А.О. Пацков

ПОРІВНЯННЯ ВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АСИСТЕНЦІЇ ВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ В ЖІНОК З ДОБРОЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАТКИ, НАШ ДОСВІД

Центр Репродуктивної та Відновної Медицини Клініка ОНМедУ

ПОРІВНЯННЯ ВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АСИСТЕНЦІЇ ВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ В ЖІНОК З ДОБРОЯКІСНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАТКИ, НАШ ДОСВІД. Проведене обстеження 80 пацієнок з доброякісними захворюваннями матки, яким була показана гістеректомія. Залежно від виду операції, пацієнтки були розділені на дві групи. Першій групі виконали вагінальну гістеректомію (n=40), другій групі виконали лапароскопічну асистенцію вагінальної гістеректомії (n=40). Порівняння методів оперативних лікувань проводилися на підставі таких показників як: тривалість госпіталізації, час операції, інтраопераційна крововтрата, паралітичний ілеус, споживання анальгезуючих препаратів, інтенсивність болю, частота ускладнень.

СРАВНЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОЙ ВАГИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ, НАШ ОПЫТ. Проведено обстеження 80 пацієнок з доброкачественными заболеваниями матки, которым была показана гистерэктомия. В зависимости от вида операции, пациентки были разделены на две группы. Первой группе выполнили вагинальную гистерэктомию (n=40), второй группе выполнили лапароскопически ассистированную вагинальную гистерэктомию (n=40). Сравнение методов оперативных лечений проводились на основании таких показателей как: продолжительность госпитализации, время операции, интраоперационная кровопотеря, паралитический илеус, потребление анальгезирующих препаратов, интенсивность боли, частота осложнений.

COMPARISON VAGINAL HYSTERECTOMY AND LAPAROSCOPICALLY ASSISTED VAGINAL HYSTERECTOMY AT WOMEN WITH BENIGN UTERINE DISEASE, OUR EXPERIENCE. Investigation of 80 patients with benign uterine disease to which accepted a hysterectomy is carried. Depending on a kind of operation, the patient have been divided on two groups. To the first group have executed vaginal hysterectomy (40 patients), to the second group (40 patients) have executed laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Comparison of methods of operative treatments were spent on the basis of such indicators as: length of hospital stay, operation time, the intraoperative blood loss, paralytic ileus, consumption of analgesics, pain intensity, rate of complications.

Ключові слова: вагінальна гістеректомія, лапароскопічна асистенція вагінальної гістеректомії, порівняння методів.

Ключевые слова: вагинальная гистерэктомия, лапароскопически ассистированная вагинальная гистерэктомия, сравнение методов.

Key words: vaginal hysterectomy, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, comparison of methods.

ВСТУП. Доброякісні захворювання матки – одна з найбільш поширених гінекологічних патологій, складова від 25 до 57 % всіх гінекологічних хворих різних вікових груп. Не дивлячись на успіхи сучасної гормональної терапії, оперативне лікування залишається основним засобом лікування при резистентних формах доброякісних захворюваннях матки. Вибір доступу зазвичай визначається базуючись на клінічних і технічних чинниках таких як, розміри матки, ємкість піхви та наявність необхідної апаратури (лапароскопічна стійка). За даними різних авторів, частота екстрпації матки в структурі гінекологічних оперативних втручань складає від 25 до 40 %. Основні тенденції розвитку сучасної гінекології характеризуються стрімким впровадженням в практику методів хірургічного лікування із застосуванням малоінвазивних технологій таких як лапароскопія. Але в цей же час широка популяризація лапароскопічної хірургії певним чином обмежує впровадження в повсюдну практику гінекологів вагінальної гістеректомії у хворих без пролапсу геніталій. Проте, в деяких країнах Європи, Америки і Азії дана операція по частоті вживання не поступається іншим методам екстрпації матки (Радзинский В.Е. і др., 2002; Стрижаков А.Н. і др., 2002; Peter J. et al., 1987; Sheth

S.S. et Shinde L., 1993; Tsuji A. et al., 1985) приводять ряд переваг вагінального методу, серед яких слід виділити ранню активацію хворих, відсутність ускладнень, пов'язаних з пошкодженням тканин передньої черевної стінки і створення карбоксиперітону.

Мета роботи: порівняти два методи гістеректомії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Було проведено обстеження 80 пацієнок з доброякісними захворюваннями матки, яким була виконана гістеректомія у відділенні хірургії Університетської клініки ОНМедУ з жовтня 2009 р. по червень 2011 р. Всі пацієнтки були обстежені згідно з Наказами затвердженими МОЗ України № 676 від 31.12.04 р. та № 582 від 15.12.2003. У групи були включені пацієнтки з симптоматичною міомою матки до 10 тижнів вагітності відповідно і рецидивуючою аденоматозною гіперплазією ендометрія. Пацієнтки, що мають пролапс тазових органів не включалися в дослідження. Всі вони були розділені на дві групи: перша – n=40, яким була виконана вагінальна гістеректомія, і друга n=40, яким була виконана лапароскопічна асистенція вагінальної гістеректомії. Обидві групи були приблизно однорідні за віковими показниками: середній вік пацієнок першої групи склав 45 років, а в другій групі – 48 років.

Техніка операції лапароскопічно асистірованої гистеректомії без придатків

Під ендотрахеальним наркозом, в асептичних умовах встановлений матковий маніпулятор. Після обробки операційного поля антисептиком, виконана лапароскопія, введено оптика (10-міліметровий троакар) в точці Калька і 2 інструменти (5-міліметрові троакари) в правій і лівій клубових областях. Круглі зв'язки матки коагульовані біполярно, зв'язки пересічені ножицями. Істмічні відділи маткових труб і власні зв'язки яєчників з обох боків коагульовані і пересічені. Міхурно-маткова складка розкрита. Перехід на вагінальний етап. Матковий маніпулятор видалений. Шийка матки оголена в дзеркалах, фіксована за передню та задню губу кульовими затискачами, максимально виведена назовні. Циркулярний розріз передньої стінки в межах склепін. Сечовий міхур відсепарований доверху. На затискачах пересічені та лігвані ніжки сечового міхура, елементи крижово-маткових та кардинальних зв'язок. На маточні судини накладані затискачі, судини пересічені та лігвані. Матка з шийкою видалена. Туалет черевної порожнини, перітонізація з прошиванням куку пересічених зв'язок кисетним швом. Піхва ушита безперервним вікріловим швом. Лапароскопічний контроль гемостаза.

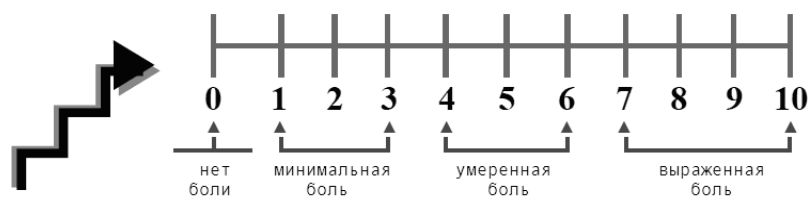
Техніка операції вагінальної гистеректомії без придатків

Під СМА після обробки операційного поля шийка матки оголена в дзеркалах, фіксована за передню та задню губу кульовими затискачами, максимально виведена назовні. Циркулярний розріз передньої стінки в межах склепін. Сечовий міхур відсепарований доверху. На затискачах пересічені та лігвані ніжки сечового міхура, елементи крижово-маткових та кардинальних зв'язок. Після повторного пересічення та лігування залишків крижово-маткових зв'язок проведена задня кольпотомія та вскрита черевна порожнина. На затискачах під контролем пальця пересічені та лігвані кардинальні та основа широкі зв'язок з

обох боків. Шляхом накладання в ділянці дна матки кульвих затискачів через задній кольпотомний отвір дно матки виведено в операційну рану. На затискачах пересічені та лігвані маткові кінці труб, власні зв'язки яєчників, круглі зв'язки та елементи широкої зв'язки з обох боків, матка з шийкою видалена після вскриття pl. vesico-uterinae. Туалет черевної порожнини, перітонізація з прошиванням куку пересічених зв'язок кисетним швом. Піхва ушита безперервним вікріловим швом.

Щоб усунути можливі погрішності в нашому дослідженні, ми користувалися строгими критеріями відбору пацієнток включених в дослідження. Так, ми виключили пацієнток з попередніми операціями такими як кесаревий перетин, консервативна міомектомія, операції на придатках матки та інші. Дані втручання могли істотно ускладнити вагінальну гистеректомію. Розглядаючи важливість досвіду окремого хірурга в лапароскопічній і вагінальній хірургії, всі операції були виконані одними і тими же хірургами, що використовують ідентичну лапароскопічну і вагінальну техніку.

Основною порівняльною характеристикою між цими двома видами операцій був час госпіталізації. Цей критерій був обраний як основоположний, оскільки є збірною характеристикою за останніми даними (час операції, крововтрата, паралітичний ілеус, ранні післяопераційні ускладнення і так далі). Час госпіталізації був вимірний в годиннику після оперативного лікування і переведений в койко-дні. Пацієнти були виписані з лікарні в задовільному стані критерієм чого служила відсутність необхідності в анальгетиках і соціальна адаптація. Вторинними критеріями порівняння були відмінності в часі оперативного втручання; інтраопераційна крововтрата; паралітичний ілеус; фібрилітет (температура тіла $\geq 38^\circ\text{C}$ у 2 послідовних вимірах з інтервалом 4 години); ранні післяопераційні ускладнення; вжиток анальгезуючих засобів в післяопераційному періоді і інтенсивність болю, який проводився з використанням шкали болю (Pain Score).



РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Час госпіталізації був вимірний в годиннику після оперативного лікування і переведений в койко-дні і складала в першій групі $5 \pm 0,2$ к/д., у другій групі – була дещо більше: $6 \pm 0,4$ к/д. Середній час операції при вагінальній гистеректомії склав 47 ± 3 мин., тоді як при лапароскопічно асистірованої вагінальній гистеректомії воно складало 82 ± 8 мин. Збільшений час в другій групі був пов'язаний перш за все з двохетапним оперативним лікуванням. Безперечною перевагою лапароскопічно асистірованої вагінальній гистеректомії є можливість ревізії черевної порожнини і порожнини малого тазу на предмет не виявленої на догоспітальному етапі супутньої па-

тології. Таким чином в другій групі у 4 пацієнток (10 %) на лапароскопічному етапі були виявлені вогнища перитонеального ендометріозу, які в подальшому були посічені і додана відповідна терапія на 6 місяців. У 5 пацієнток (12,5 %) був виявлений спаяний процес органів малого тазу I-II міри, що могло утруднити оперативне лікування лише вагінальним методом. У першій групі були деякі складнощі технічного характеру при видаленні придатків матки, пов'язані з короткими воронкотазовими зв'язками матки, – в 3 випадках (7,5 %).

Рівень крововтрати в другій групі був менше ніж в першій і склав 40 ± 5 мл, тоді як в першій групі – 70 ± 10 мл, але це ніяк не позначилося на гемодинаміці.

Паралітичний ілеус був більш виражений в другій групі і склав в середньому 42 ± 4 години, а в першій – 28 ± 6 .

Вищий рівень фібрильної температури (6 пацієнтів – 15 %) був відмічений другою групою і був пов'язаний перш за все з більш вираженим паралітичним ілеусом і створеним під час операції карбоксиперітонумом.

Вживання анальгезуючих засобів в післяопераційному періоді виявився більше в першій групі і були пов'язані перш за все з особливостями спинномозкової анестезії.

Інтенсивність болю, яка досліджувалась з використанням шкали болю (Pain Score), був більш виражений в першій групі і склав 5 ± 1 бал, тоді як в другій групі ці значення були 3 ± 1 бал. З двох груп в ранньому і пізньому післяопераційному періоді ускладнень відмічено не було.

Лапароскопічна асистенція значно розширює можливості для вагінального доступу, забезпечуючи велику мобільність матки у жінок, що не народжували, і при міомі великих розмірів (більше 12 нед.), дає можливість розтину спайок під візуальним контролем при поширеному ендометріозі, вираженому спаєчному процесі, дозволяє безпечно виділити інтралігаментарно розташовані міоматозні вузли.

Доброякісні утворення яєчників, поширений ендометріоз, пролапс геніталій 1–2 міри, стресове нетримання сечі, а також хронічний холецистит, грижі передньої черевної стінки є свідченням для поєднаних і симультанних операцій при виконанні LAVH.

Коагуляція маткових судин під контролем лапароскопії володіє супроводжується меншою втратою крові. Це займає деякий час, але це дозволяє виконати диссекцію маткових судин більш безпечно чим при вагінальній гістеректомії. Тому середній час операції і оцінена втрата крові для LAVH залишалися майже постійними незалежно від розмірів матки.

Час витрачений на LAVH є тривалішим чим при вагінальній гістеректомії. Хоча інші дослідження повідомили про спірні результати, 12, 14, 17 в нашому

дослідженні. Вважаючи, що вага матки і інші хірургічні чинники були гомогенними в цих 2 групах, і що розміри матки не надавали жодного ефекту на операційний час, який розглядають як залежну змінну в аналізі, і на втраті крові, важко пояснити це відкриття.

ВИСНОВКИ.

1. При плануванні гістеректомії слід враховувати наявність умов, свідчень і протипоказань до того або іншого методу хірургічного втручання в конкретній клінічній ситуації, а так само наявність технічних можливостей.

2. При вагінальній гістеректомії найкоротший час операції, що робить цей метод оперативного лікування відповідним для жінок, яким небажана пролонгація наркозу.

3. Враховуючи особливості анестезіологічного посібника при спинномозковій анестезії, де відсутня необхідність в ендотрахеальному наркозі, менше дія препаратів на ЦНС – є методом вибору у пацієнтів з високим ризиком ускладнень при ендотрахеальному наркозі.

4. Лапароскопічно асистовану вагінальну гістеректомію переважно використовувати у пацієнтів з супутнім спаєчним процесом в малому тазу і непрямими ознаками зовнішнього ендометріозу.

5. При вагінальній гістеректомії немає необхідності в дорогому і складному устаткуванні, можливість обходитися без напруженого карбоксиперітонеума, пригноблюючого легеневої і серцево-судинну системи (порівняно з лапароскопією).

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.

Літературний огляд звітів про гістеректомії з приводу доброякісних захворювань матки показує, що вагінальна гістеректомія використовується при малих і не великих розмірах матки. А лапароскопічно асистованна вагінальна гістеректомія – при необхідності тазового дослідження. Мета подальшого дослідження визначити критерії пацієнток, яким показана лапароскопічно асистованна вагінальна гістеректомія.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вихляева Е.М., Железнов Б.И., Запорожан В.Н. и др. Руководство по эндокринной гинекологии – М.: Медицинское информационное агентство, 1997. – 768.
2. Деревенец В.А. Осложнения лапароскопической гистеректомии и их профилактика // Дис. канд. мед. наук. – М., 1998.
3. Донне Д. Миома матки: тактика и лечение – состояние мастерства. Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки // Мат. междунар. Конгресса. – М., 1997.
4. Киселев Н. Современные подходы к хирургическому лечению больных миомой матки // Дис, канд. мед. наук. – М., 2001.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Волков Н.И. Эндоскопия в гинекологии; – М., 1997.
6. Савельева Г.М., Азиев О.В. Осложнения лапароскопии в гинекологии // Акушерство и гинекология. – 1997. – №6. – С.9–13.
7. Зайцева Е.Г., Осокина А.А., Беженарь В.Ф. Выбор оптимального оперативного доступа при сочетанной патологии матки; – Журнал Акушерства и Женских Болезней выпуск 2/2007г.
8. Arbogast S. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy appears to be an alternative to total abdominal hysterectomy // J. Laparosc. Surg. – 1994; Jun.4(3) – P.185–190.
9. Bishop M. Laparoscopic hysterectomy: how should be done? // Surg. Lap. Endosc. – 1993. – Vol. 3; – P.127–13L.
10. Ben-Rafael Z; Orvieto R., Dicker D., Dekel A. Laparoscopic hysterectomy – the future is here and now // Harefuah. – 1996, Apr. 15; 130(8):542-5.
11. Blanc B. et al. Vaginal hysterectomy or endoscopic hysterectomy // Contracept. Fertil. Sex. – 1994, Mar; 22(3). – P. 152–155.
12. Blecharz F., Zamlynsky J. Laparoscopic total and subtotal hysterectomy // The European Congress in Gynaecologic Endoscopy and New Surgical Techniques. – 5-tb, 1996. – P.78.
13. Cams M.T., Mage C.T., Wattiez A. et al. Laparoscopic hysterectomy // J. gynec Surg. – 1992. – Vol.8. – P. 103–105.
14. Carter J., Ryoo J., Katz A. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a University hospital, report of 82 cases and comparison with abdominal and vaginal hysterectomy // Amer. Ass. Gynec. Laparoscop. – 1994. – Vol.1, №4. – P. 2–11.

15. Grimes D. Frontiers of operative laparoscopy: a review and critique of the evidens//Am. J. Obstet Gynecol. –1992; 166: 1062–1071.

16. Hall B.A. Laparoscopic hysterectomy// Med. J. Aust. – 1997, Feb 17;166(4):172–3.

17 Kadar N. Urinary tract injuries during, laparoscopically assisted hysterectomy: causes and prevention// J. Gynaec. Endosc. – 1992, – Vol;!. – P. 79–83.

18. Maher P., Wood E., HiU D. et al. Laparoscopically assisted hysterectomy // Med. J. Aust. – 1992, – Vol.156. – P. 316–318.

Отримано 02.02.12 р.