

проктоколектомії з приводу ВК та ХК, яка спрямована на поліпшення результатів лапароскопічного втручання.

**Матеріали і методи.** Первинно-відновна проктоколектомія із трансанальною мукозектомією та клубово-резервуарно-анальним анастомозом була виконана у 5 пацієнтів на ВК, тотальна колектомія з низькою передньою резекцією прямої кишки і бістеплерним клубово-резервуарно-ректальним анастомозом - у 8 хворих; тотальна проктоколектомія (з черевно-промежнинною екстирпацією прямої кишки і термінальною ілеостомією) – у 3 пацієнтів на ХК, ускладнену множинними перианальними норицями; тотальна колектомія, з низькою передньою резекцією прямої кишки та термінальною ілеостомією (як перший етап хірургічного лікування) - у 37 хворих; другий етап відновного втручання (J-резервуарна конструкція з резервуарно-анальним/низьким ректальним анастомозом) - у 17 пацієнтів. Усі відновні втручання закінчувалися формуванням тимчасових превентивних ілеостомій.

**Результати.** В 3 (5,7%) випадках виникла необхідність конверсії. У одного хворого під час виконання другого етапу відновного втручання було встановлено пошкодження стінки сечового міхура, яке було ушите лапароскопічно. Післяопераційної летальності не було. Основні ускладнення раннього післяопераційного періоду – тазові абсцеси (4 хворих), неспроможність резервуарно-анального анастомозу (1), післяопераційна кишкова непрохідність (3), клубово-резервуарно-промежнинна нориця (1). Частота стільця через 12 місяців після закриття ілеостоми склала в середньому 6 разів протягом 24 годин (від 4 до 11 разів). Запальні явища зведеного резервуару (паучити) відзначалися у 4 пацієнтів. Недостатність резервуару, як наслідки персистуючого запалення і нетримання калу, виникла у 1 пацієнта.

**Висновки:** Лапароскопічна проктоколектомія з екстракорпоральним формуванням резервуару з клубової кишки, трансанальна мукозектомія і резервуарно-анальний анастомоз є операцією вибору хірургічного лікування ВК. Резервуарно-анальний анастомоз в хірургічному лікуванні ХК може застосовуватись лише в окремих випадках. Тотальна лапароскопічна проктоколектомія з інтракорпоральним формуванням резервуару з клубової кишки може бути наступним кроком клінічних досліджень.

**Ключові слова:** лапароскопічна відновна проктоколектомія, мукозеутомія, виразковий коліт, хвороба Крона.

Кучер Н. Д., Билянський Л. С., Криворук М. И., Ткаченко Ф. Г., Стельмах А. И.

**Лапароскопическая проктоколэктомия в лечении язвенного колита и болезни Крона толстой кишки: ранние и отдаленные результаты лечения 53 больных**

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра хирургии №1, Украинский Колопроктологический центр, городская клиническая больница № 18, Киев, Украина

**Резюме. Введение.** Одно-, двухэтапная восстановительная тотальная колэктомия признана операцией выбора в лечении боль-

ных язвенным колитом (ВК) и болезни Крона толстой кишки (ХК). Возможные преимущества лапароскопической или открытой операции продолжают обсуждаться.

**Цель исследования** - оценка качества жизни и функциональных результатов лечения 53 больных в раннем и отдаленном послеоперационном периоде после лапароскопически-ассистированной проктоколектомии по поводу ВК и ХК, направленная на улучшение результатов лапароскопического вмешательства.

**Материалы и методы.** Первично-восстановительная проктоколэктомия с трансанальной мукозектомией и подвздошно-резервуарно-анальным анастомозом была выполнена у 5 пациентов на ВК, тотальная колэктомия с низкой передней резекцией прямой кишки и бистеплерным подвздошно-резервуарно-ректальным анастомозом - у 8 больных; тотальная проктоколэктомия (с брюшно-промежностной экстирпацией прямой кишки и терминальной илеостомией) - у 3 пациентов ХК, осложненную множественными перианальной свищами; тотальная колэктомия, с низкой передней резекцией прямой кишки и терминальной илеостомией (как первый этап хирургического лечения) - у 37 больных; второй этап восстановительного вмешательства (J-резервуарная конструкция с резервуарно-анальным / низким ректальным анастомозом) - у 17 пациентов. Все восстановительные вмешательства заканчивались формированием временных превентивных илеостомий.

**Результаты.** В 3 (5,7%) случаях возникла необходимость конверсии. У одного больного во время выполнения второго этапа восстановительного вмешательства было установлено повреждение стенки мочевого пузыря, которое было ушито лапароскопически. Послеоперационной летальности не было. Основные осложнения раннего послеоперационного периода - тазовые абсцессы (4 больных), несостоятельность резервуарно-анального анастомоза (1), послеоперационная кишечная непроходимость (3), подвздошно-резервуарно-промежностный свищ (1). Частота стула через 12 месяцев после закрытия илеостоми составила в среднем 6 раз в течение 24 часов (от 4 до 11 раз). Воспалительные явления сводного резервуара (паучиты) отмечались у 4 пациентов. Недостаточность резервуара, как последствия персистирующего воспаления и недержание кала, возникла у 1 пациента.

**Выводы:** Лапароскопическая проктоколэктомия с экстракорпоральным формированием резервуара из подвздошной кишки, трансанальная мукозектомия и резервуарно-анальний анастомоз, является операцией выбора хирургического лечения ВК. Резервуарно-анальний анастомоз в хирургическом лечении ХК может применяться только в отдельных случаях. Тотальная лапароскопическая проктоколэктомия с интракорпоральным формированием резервуара из подвздошной кишки может быть следующим шагом клинических исследований.

**Ключевые слова:** лапароскопическая восстановительная проктоколэктомия, мукозеутомия.

Received 21.07.2016.

УДК 616.367 – 003.92 – 007.271 – 089.157 – 089.844

Луцальцов В. И., Трофимова А. В.

**Восстановительные и реконструктивные операции на желчных протоках при их ятрогенных повреждениях и рубцовых стриктурах**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

e-mail: surgdis@ukr.net.

**Резюме. Вступление.** Широкое внедрение в хирургическую практику лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений миниинвазивными методами повлекло за собой увеличение частоты осложнений, и прежде всего, повреждений желчных протоков (ПЖП). **Цель работы.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с интраоперационными ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков (ВЖП). **Материалы и методы.** Проведен анализ лечения 39 больных с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктурами ВЖП, 36 из них выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), и 3

больным – резекция желудка. Интраоперационные ПЖП, которые диагностировались во время выполнения ЛХЭ, после конверсии, корригировались наложением шва протока. Остальным корригирующие оперативные вмешательства выполнялись в различные сроки.

**Результаты.** Наличие повреждения ВЖП в ходе ЛХЭ или традиционной холецистэктомии является показанием к устранению дефекта протока. У больных при интраоперационном обнаружении повреждения ВЖП размером, не превышающим 1/3 окружности протока, переходили на холецистэктомии открытым

способом с ушиванием дефекта желчного протока в поперечном направлении узловыми швами наружу на атравматической игле, хорошо сопоставляя края раны, заканчивая оперативное пособие дренированием общего желчного протока (ОЖП). При восстановительных оперативных пособиях, когда из-за выраженного диастаза между концами ОЖП или гепатикохоледоха расстояние превышало 15-20 мм и попытки удлинения желчного протока путем мобилизации двенадцатиперстной кишки по Kocher оставались безуспешными, основным видом оперативного пособия считаем наложение гепатикоаноанастомоза по А.А. Шалимову или по Ру. При стриктурах на уровне большого дуоденального сосочка отдаем предпочтение операции трансдуоденальной папиллосфинктеротомии с последующим дренированием по Долиотти. **Выводы:** ретроспективный анализ больных с ятрогенными повреждениями ВЖП с их осложнениями требует от хирурга высокой специализации, в случае ее отсутствия необходимо направлять пострадавших в специализированный стационар.

**Ключевые слова:** реконструктивный, ятрогенный, стриктура, общий желчный проток.

### Вступление

Внедрение в широкую хирургическую практику лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений миниинвазивных методов ознаменовало принципиально новое направление в развитии билиарной хирургии. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала «золотым стандартом», вытесняя традиционную холецистэктомию. Ее преимущества кроются прежде всего в ее минимальной травматичности «больные значительно легче переносят операцию и быстрее восстанавливают работоспособность, а также в превосходящем косметическом эффекте. Вместе с тем, несмотря на преимущества этих оперативных вмешательств перед традиционной холецистэктомией, их выполнение повлекло за собой увеличение частоты осложнений и прежде всего, повреждений желчных протоков.

Так, если при выполнении традиционной холецистэктомии интраоперационные повреждения желчных протоков на протяжении десятилетий оставались на уровне 0,05 – 0,2% [3, 6, 5, 1], то при ЛХЭ этот процент колеблется от 0,3 до 2% и выше [7, 2, 4, 9].

Следует помнить, что ятрогенные повреждения желчных протоков (ПЖП) сами по себе являются тяжелым операционным осложнением с непредсказуемыми, порой разочаровывающими результатами последующего лечения. Происходят они чаще всего во время выполнения ЛХЭ, реже – при операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке или поджелудочной железе.

Основными причинами ПЖП при ЛХЭ являются выраженные воспалительные изменения, как со стороны желчного пузыря, так и околопузырной клетчатки, аномальное расположение пузырного протока и желчно-пузырной артерии, а также наличие пузырно-холедохеального свища – синдрома Мирizzi. Многолетние наблюдения над проблемой ятрогенных ПЖП при ЛХЭ позволяют нам высказать мнение, что они все-таки чаще встречаются у хирургов с небольшим опытом работы и недостаточным опытом выполнения холецистэктомии традиционным методом, у которых ошибки допускаются на диагностическом этапе. Именно нераспознавание на данном этапе опасности и приводит к совершению ошибки, выполняя ЛХЭ «любой ценой», а также вследствие излишней самоуверенности.

Специфическим осложнением, характерным только для ЛХЭ, является термическое поражение стенки желчевыводящего протока и неправильное наложение клип на пузырный проток.

Важным для осмысления характера желчеистечения и его причины является правильное использование классификации повреждения протоков. Мы в своей работе пользуемся классификацией J.J.G.H.M. Bergman и соавт., принятой в Амстердаме в 1996 г. [8], в которой различают 4 типа повреждений: Тип А «желчеистечение из пузырного протока

или периферических печеночных ветвей; Тип В «большое повреждение желчных протоков с желчеистечением из общего желчного протока (ОЖП) или аберрантных сегментарных внепеченочных ветвей правого печеночного протока с или без сопутствующих желчных стриктур; Тип С «нарушение проходимости ОЖП без желчеистечения; Тип D «полное пересечение ОЖП с или без его парциального иссечения; который дополняется замечаниями Э.И. Гальперина (2003 г.) пятым типом: Тип E – повреждения ОЖП с желчеистечением наружу и в брюшную полость, вызывая развитие ферментативного перитонита [3].

Все изложенное говорит о важности поднятого вопроса. Вместе с тем, несмотря на неоднократные его обсуждения на многочисленных конференциях и сообщениях в периодической печати, вопросы интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков, выборе сроков и методов хирургической коррекции желчеотока до настоящего времени продолжают оставаться предметом дискуссий. Не выработан и единый алгоритм действий хирурга при этих тяжелых осложнениях в зависимости от локализации повреждений. В связи с увеличением числа пациентов, которым выполняются ЛХЭ и стабильностью интраоперационных осложнений до 3% и выше, данная проблема приобретает особую актуальность.

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с интраоперационными ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков.

### Материалы и методы

Проведен анализ 39 больных с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков, которым производилась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и резекция желудка. По поводу острого холецистита оперировано 13 больных, хронического – 23 пациента и 3 пациента после резекции желудка.

Интраоперационные ПЖП во время ЛХЭ отмечены у 6 больных. После конверсии им произведено восстановительное вмешательство с наложением первичного шва протока и последующим наружным дренированием.

Семеро больных, у которых желчеистечение по дренажам выявлено через сутки (двое из клиники и пятеро пациентов доставленных из других лечебных учреждений), были оперированы лапаротомным доступом. У 2-х из них наложен гепатикоаноанастомоз с заплужкой приводящей петли по А.А. Шалимову. У остальных непрерывность протока восстановлена с использованием однорядного узлового шва узелками наружу на атравматической игле, с наружным дренированием. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

У 3-х пациентов, поступивших с разлитым ферментативным перитонитом через 3-4 сутки от момента заболевания, оперативное вмешательство выполняли в два этапа: 1-й этап – традиционная лапаротомия с формированием наружного желчного свища. Умер 1 больной, у 2-х сформировался наружный свищ, им через два месяца был наложен гепатикоаноанастомоз.

У 5 больных, поступивших в клинику из других лечебных учреждений в сроки от 1 месяца и позже, повреждение протоков не было диагностировано в ранние сроки. Их диагностика установлена по длительному истечению желчи по подпеченочному дренажу и появившейся желтухе. У 6 больных диагностированы желчные свищи. Сроки и характер оперативных вмешательств у всех больных определялись в зависимости от тяжести состояния. Все больные оперированы. Во время выполнения повторного оперативного вмешательства обнаружены следующие повреждения: полное пересечение ОЖП с образованием свища у 6 больных, иссечение сегмента стенки ОЖП – у 5, у 1 из них вследствие нераспознанного синдрома Мирizzi.

У 9 пациентов с желтухой выявлена стриктура гепатикохоледоха, причиной которой у 4-х явилось краевое ранение общего печеночного протока (ОПП), у 3-х – клипирование пузырного протока со стенкой ОЖП, и у 2-х больных стриктуры связаны с коагуляционным некрозом стенки ОПП.

Резекция желудка явилась причиной повреждений ОЖП у 3-х больных, у 2-х – вследствие низкого расположения язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей гепатодуоденальную

связку с выраженной инфильтрацией окружающих тканей и у 1 – с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы.

Всем больным проводились общие клинические исследования, которые дополнялись специальными: УЗИ желчного пузыря и протоков, компьютерная томография, функциональные пробы печени. Оперативные пособия выполнялись под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами.

### Результаты и обсуждения

Наличие повреждения желчного протока в ходе лапароскопической или традиционной холецистэктомии является показанием к устранению дефекта протока. Вопрос выбора оптимального способа первичного восстановления является делом хирурга и прежде всего зависит от его владения методами восстановительной хирургии. Объем хирургического пособия определялся непосредственно во время операции, после тщательной ревизии желчных протоков, оценки протяженности уровня поражения. Существенное значение имеет характер ранения.

У больных при интраоперационном обнаружении частичного повреждения внепеченочных желчных путей, размером, не превышающим 1/3 окружности протока, мы переходили на холецистэктомию открытым способом с ушиванием дефекта желчного протока в поперечном направлении узловыми швами на атравматической игле узелками наружу, хорошо сопоставляя края раны, заканчивая оперативное пособие дренированием ОЖП.

При восстановительных оперативных пособиях, когда из-за выраженного диастаза между концами ОЖП или гепатикохоледоха расстояние свыше 20 мм и попытка удлинения желчного протока путем мобилизации двенадцатиперстной кишки по Kocher остается безуспешной, основным видом оперативного вмешательства у нас являлось наложение гепатикоюноанастомоза по А.А. Шалимову или по Ру. Наиболее сложными являются оперативные вмешательства при гилусной стриктуре. У 3-х больных оперативное пособие проводилось с выделением правого внутрипеченочного протока с наложением гепатикоюноанастомоза на длинной петле по методике А.А. Шалимова с последующим его транспеченочным дренированием, с проведением дренажа за анастомоз по Voelcker.

У 2-х анастомоз наложен с двумя протоками, у 1 – с правым желчным протоком с дренированием по Smith.

В трех случаях пристеночного клиппирования стенки ОЖП на уровне впадения пузырного протока, явившегося причиной окклюзии проявившегося желтухой, после снятия клипсы в двух случаях образовался пристеночный дефект ОЖП. Пассаж желчи восстановлен у них с помощью пластики лоскутом, сформированным из серозной оболочки, за счет петли тощей кишки, мобилизованной по Ру.

При стриктурах на уровне большого дуоденального сосочка отдаем предпочтение операции трансдуоденальной папиллосфинктеротомии с последующим дренированием по Долиотти. Ретроспективный анализ больных с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков с их осложнениями требует от хирурга высокой специализации, в случае ее отсутствия необходимо направлять пострадавших в специализированный стационар.

### Выводы

1. Большинство ятрогенных повреждений ОЖП можно предупредить, уделяя внимание диагностическому определению опасностей их возникновения и исключению самоуверенности выполнения ЛХЭ «любой ценой».

2. При повреждении ОЖП до 2/3 его диаметра, возможно ушивание места повреждения отдельными узловыми швами на атравматической игле с последующим его наружным дренированием.

3. Показанием к наложению билио-билиарного анастомоза является определение натяжения сшиваемых концов после мобилизации двенадцатиперстной кишки по Kocher.

В случае, когда такой возможности нет, преимущество следует отдавать билиодигестивному анастомозу по А. А. Шалимову.

4. При сформировавшихся стриктурах и желчных свищах с диастазом между сегментами свыше 15 мм поражения по протяженности, операцией выбора считаем наложение билиодигестивного анастомоза по А.А. Шалимову или по Ру.

### Литература

1. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение / Бебуришвили А. Г., Зюбина Е. Н., Акинчиц А. Н., Веденин Ю. И. // *Анналы хирург. гепатологии*. 2009. № 3. С. 18-21.
2. Галимов О. В. Профилактика отдаленных осложнений после лапароскопических операций / О. В. Галимов, В. О. Ханов, Д. М. Зиганшин, В. З. Ахияров // *Одесский медицинский журнал*. - 2015. - № 2. - С. 15-17.
3. Гальперин Э. И. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии / Гальперин Э. И., Кузовлев Н. Ф. // *Хирургия*. – 1998. – №1. – С.5-7.
4. Гончар М. Г. Ятрогенные повреждения при лапароскопических операциях / М. Г. Гончар, О. В. Пиптюк, Я. М. Кучирка, А. С. Богуш // *Одесский медицинский журнал*. - 2015. - № 2. - С. 12-15.
5. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию: Монография / А. В. Малоштан, В. В. Бойко, А. М. Тищенко, И. А. Криворучко. – Х.: СИМ, 2005. – 367 с.
6. Ничитайло М. Е. Лечение больных с повреждениями желчных протоков при традиционной и лапароскопической холецистэктомиях / Ничитайло М. Е., Скумс А. В. / *Анн.хир.гепатологии*, 1999.Т. 4. №1. С. 49-55.
7. Руководство по хирургии желчных путей / Под ред. Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева. — М.: Видар, 2006. — 561 с.
8. Treatment of bile duct lesions after laparoscopic cholecystectomy / Bergman JJ, van den Brink GR, Rauws EA, et al. // *Gut*. 1996;38(1):141-7.
9. Csendes A. Treatment of common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: Endoscopic and surgical management / Csendes A, Navarrete C, Burdiles P, Yarmuch // *J. World J Surg*. 2001;25:1346-51.

*Луцальцов В. І., Трофімова А. В.*

### Відновлювальні та реконструктивні операції на жовчевих протоках при їх ятрогенних пошкодженнях і рубцевих стриктурах.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

e-mail: surgdis@ukr.net.

**Резюме. Вступ.** Широке впровадження в хірургічну практику лікування жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень мініінвазивними методами спричинило збільшення частоти ускладнень і, перш за все, пошкоджень жовчевих протоків (УЖП).

**Мета роботи.** Поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з інтраопераційними ятрогенними пошкодженнями позапечінкових жовчевих протоках (ПЖП).

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз лікування 39 хворих з ятрогенними ушкодженнями і рубцевими стриктурами ПЖП, 36 з них виконувалася лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), і 3 хворим - резекція шлунка. Інтраопераційні УЖП, які діагностовані під час виконання ЛХЕ, після конверсії, корегувались накладанням шва протоки. Іншим корегуючі оперативні втручання виконувались в різні терміни.

**Результати.** Наявність пошкодження ПЖП в ході ЛХЕ або традиційної холецистектомії є показанням до усунення дефекту протоки. У хворих при інтраопераційному виявленні ушкодження ПЖП розміром, який не перевищує 1/3 окружності протоки, переходили на холецистектомію відкритим способом із ушиванням дефекту жовчевої протоки в поперечному напрямку вузловими швами назовні на атравматичній голці, добре зіставляючи краї рани, закінчуючи оперативне втручання дрениванням загальної жовчевої протоки (ЗЖП). При відновлювальних оперативних втручаннях, коли через виражений діастаз між кінцями ЗЖП або гепатикохоледоха відстань перевищувала 15-20 мм і спроби подовження жовчевої протоки шляхом мобілізації дванадцятинишкової кишки по Kocher залишалися безуспішними, основним видом оперативного втручання вважаємо накладання гепатикоюноанастомоза по О. О. Шалімову або по Ру. При стриктурах на рівні великого дуоденального сосочка віддаємо перевагу операції

трансдуоденальної папілосфінктеротомії з подальшим дренажним по Долотті.

**Висновки:** ретроспективний аналіз хворих з ятрогенними ушкодженнями ПЖП з їх ускладненнями вимагає від хірурга високої спеціалізації, в разі її відсутності необхідно направляти постраждалих в спеціалізований стаціонар.

**Ключові слова:** реконструктивний, ятрогенний, стриктура, загальний жовчний протік.

*V.I. Lupaltsov, A.V. Trofimova*

### Restorative and Reconstructive Surgery on Bile Ducts in Iatrogenic Injuries and Scar Strictures

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

E-mail: [surgdis@ukr.net](mailto:surgdis@ukr.net)

**Abstract.** The widespread introduction of treatment of cholelithiasis and its complications using minimally invasive techniques in surgical practice led to an increased rate of complications and, especially, damage to the bile ducts.

**The objective** of the research was to improve the results of surgical treatment of patients with intraoperative iatrogenic injuries of the extrahepatic bile ducts.

**Materials and methods.** The analysis of treatment of 39 patients with iatrogenic lesions and scar strictures of the extrahepatic bile ducts was made. 36 patients underwent laparoscopic cholecystectomy and patients underwent total gastrectomy. The intraoperative damage to the bile ducts being diagnosed during laparoscopic cholecystectomy,

after conversion, was corrected by the duct suturing. The rest of corrective surgeries were performed at different times.

**Results.** The presence of the damage to the extrahepatic bile ducts during laparoscopic cholecystectomy or traditional cholecystectomy is an indication for the elimination of duct defect. In patients with intraoperative detection of damage to the extrahepatic bile ducts not exceeding 1/3 of the circumference of the duct, open cholecystectomy with closure of the bile duct defect transversely was performed applying outside interrupted sutures on atraumatic needle outwards, putting together the wound edges and completing the operation with drainage of the common bile duct. In reconstructive surgeries when due to the pronounced diastasis between the ends of the common bile duct or hepaticocholedochus the distance was greater than 15-20 mm and the attempts to elongate the bile duct through the mobilization of the duodenum using Kocher's method remained unsuccessful, the main type of surgery was hepatico-jejunal anastomosis according to A.A. Shalimov or Roux. In strictures at the level of the major duodenal papilla we gave preference to transduodenal papillosphincterotomy followed by drainage according to Doliotti.

**Conclusions.** A retrospective analysis of patients with iatrogenic injuries of the extrahepatic bile ducts and their complications requires a high specialization from the surgeon; in case of its absence, patients should be directed to a specialized hospital.

**Keywords:** reconstructive; iatrogenic; stricture; common bile duct.

Поступила 24.06.2016 року.

УДК 618.14-007.61-006.36-059

*Макарчук О.М., Абдулрахман Абдулбасет Мослем*

### Особливості перебігу гіперпластичних процесів матки у жінок з ожирінням

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології ННІ післядипломної освіти, м. Івано-Франківськ, Україна

**Резюме. Вступ.** Аналіз показників захворюваності лейоміоми матки вказує не тільки на її зростання, але і на збільшення частки жінок раннього репродуктивного віку, однак питання щодо тригерних механізмів її розвитку і на сьогодні залишаються невизначеними і дискусійними. **Мета** - провести оцінку особливостей розвитку гіперпластичних процесів матки на тлі дисгормональних та метаболічних порушень. **Матеріали та методи дослідження.** В клінічному дослідженні брало участь за поінформованою письмовою згодою 60 жінок репродуктивного віку із лейоміомою матки. Контрольну групу склали 20 здорових жінок репродуктивного віку. Статистичну обробку матеріалу здійснювали за допомогою пакету "STATISTICA for Windows®-6,0" та використанням методики розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95 % довірчого інтервалу (95 % Confidential Interval, 95 % CI). **Результати дослідження та їх обговорення.** Результатами проведених досліджень встановлено основні чинники, що обумовлюють розвиток міоми матки у жінок із ожирінням. Серед них: вік 30-45 років, інструментальні втручання на матці (аборти, діагностичні вишкрібання тощо (OR=8,2; 95 % CI: 5,1-13,5)); хронічні запальні захворювання статеві сфери (OR=7,9; 2,9-21,9); гормональний дисбаланс (фіброзно-кістозна мастопатія, патологія щитовидної залози (OR=8,61; 3,1-23,8), захворювання печінки та органів шлунково-кишкового тракту (OR=5,8; 2,1-15,9), а також сексуальні розлади та стресіндуковані фактори (OR=2,6; 1,4-7,1) (в середньому міома виникає після 1-2 років після важкого стресу), є значний відсоток аденоміозу та гіперпластичних процесів ендометрію. Ріст пухлини у жінок із ожирінням зростає до віку 35-40 років, та пов'язаний не тільки із більш прогресивним зниженням функціональної активності яєчників, їх чутливості до гонадотропної стимуляції, але і з хронічним функціональним напруженням систем регуляції на тлі метаболічних порушень гемостазу та гомеостазу у даній категорії жінок. **Висновки.** Одним із найбільш суттєвих факторів ризику гіперпластичних процесів репродуктивних органів є ожиріння та асоційовані з ним метаболічні розлади. У разі активності метаболічних порушень та дисфункції гепатоцитів на тлі ожиріння частка поєднаних форм гіперпластичних процесів матки зростає у 1,9 рази.

Основними чинниками ризику розвитку міоми з ожирінням є порушення функції гепатоцитів на тлі високого проценту патології гепатобілярної системи, значна частка ендокринної патології - 68,3 % (дисфункція щитовидної залози, фіброзно-кістозна мастопатія), а морфо-гістологічна структура ендометрія у жінок на тлі ожиріння має свої особливості зі зростанням до 36,66 % випадків поліпів ендометрію.

**Ключові слова:** лейоміома матки, ожиріння, фактори ризику, особливості розвитку.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Не дивлячись на багатолітню історію вивчення проблеми гіперпроліферативних процесів та доброякісних пухлин матки, в останні десятиліття у всьому світі відзначено ріст частоти міоми матки та поєднання її із аденоміозом та гіперпластичними процесами ендометрія. Аналіз показників захворюваності лейоміоми матки вказує не тільки на її зростання, але і на збільшення частки жінок раннього репродуктивного віку [1,3,5,6].

Розвиток пухлини від «зачатку вузла» до макроскопічного стану займає в середньому 5 років. Початок розвитку захворювання припадає на 30 років, коли накопичуються ендокринні, соматичні та гінекологічні порушення. Кумуляція патологічних факторів в цьому віці викликає соматичну мутацію клітин в органах репродуктивної системи, що, вірогідно, відіграє провідну роль на стадії формування проліферативного компоненту при процесах регенерації пошкоджених клітин ендометрію [1,3,4].

Дуже часто лейоміома поєднується з дисгормональними захворюваннями молочної та щитовидної залоз, ожирінням та захворюваннями гепатобілярної системи [2,4]. У разі поєднання з патологією молочної залози лейоміома матки здебільшого розвивається на тлі хронічного стресу, в осіб зі спадковою схильністю до проліферативних захворювань і