

**Vivsyannik V.V.**

Bukovina State Medical University

**Gavrish L.O., Serdolect Y.I.,**

**Sheremet N.A., Halish I.V., Ivanova N.I.**

Chernivtsi Regional Clinical Hospital

## TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH EROSIIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF THE STOMACH AND DUODENUM

### Summary

In the abstract there are studied pathogenetic peculiarities of appearance erosive damaging of stomach in patients with chronic kidney disease of II<sup>nd</sup> and III<sup>rd</sup> stage, which is caused by prolonged course of chronic pyelonephritis by the mean of investigation of serum proteolytic activity of blood. There was investigated the state of unlimited proteolysis by the way of definition of lysis of asoalbumin (dissimilation lowmolecular proteins), asokasein (degradation of highmolecular proteins), and asokol (lysis of callogen). The appearance of erosive damaging of stomach in patients with chronic kidney failure of II and III stages with chronic pyelonephritis is revealed by elevated lysis of low- and highmolecular proteins and reliable elevation of collagenolytic activity of blood.

**Keywords:** chronic pyelonephritis, chronic kidney disease, asoalbumin, asokasein, asokol.

УДК 616-006.363.03

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ САМОФІКСУЮЧОГО ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ МІОМЕКТОМІЇ

**Кобилінський І.А., Ластовецька Л.Д.,**

**Майданик І.В., Щерба О.А., Рамазанов Д.М., Кривко К.Д.**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Розповсюдженість міоми матки серед жінок репродуктивного віку досягає 12-25% від усіх гінекологічних захворювань. Міомектомія в хірургічному лікуванні розглядається як найбільш ефективний підхід, при цьому лапароскопічна міомектомія все більше набуває популярності. Найскладнішим етапом операції при лапароскопічній міомектомії є ушивання дефекту стінки матки після проведення видалення міоми. На сучасному етапі в клінічну практику впроваджуються шовні матеріали нового покоління, такі як самофіксуючі нитки. Використання подібних матеріалів може істотно вплинути на результат оперативного лікування, зменшення інтраопераційної крововтрати.

**Ключові слова:** міома матки, міомектомія, лапароскопія, самофіксуюча нитка, крововтрата.

**Постановка проблеми.** Розповсюдженість міоми матки серед жінок репродуктивного віку досягає 12-25% від усіх гінекологічних захворювань. Сучасний підхід до лікування міоми матки направлений, перш за все, на збереження репродуктивної функції у жінок, при цьому міомектомія в хірургічному лікуванні розглядається як найбільш ефективний підхід [1].

Міомектомія зазвичай виконується лапаротомним доступом, при цьому лапароскопічна міомектомія все більше набуває популярності будучи методом вибору як у хірургів, так і у пацієнтів. Найскладнішим етапом операції при лапароскопічній міомектомії є ушивання дефекту стінки матки після проведення видалення міоми [3].

**Аналіз останніх досліджень.** На сучасному етапі в клінічну практику впроваджуються шовні матеріали нового покоління, такі як самофіксуючі нитки. Використання подібних матеріалів може істотно вплинути на результат оперативного лікування, знизити частоту ускладнень [2].

У зарубіжній літературі дуже мало даних щодо застосування подібних ниток під час проведення лапароскопічної міомектомії.

**Мета статті.** Оцінити ефективність лапароскопічної міомектомії при використанні самофіксуючого однонаправленого шовного матеріалу.

**Виклад основного матеріалу.** В дослідженні були включені 183 пацієнти з міомою матки, яким в послідовному була проведена міомектомія лапароскопічним доступом.

Були підібрані жінки віком від 19 до 46 років, з субсерозною і інтрамуральною локалізацією міоматозних вузлів, у яких відсутня супутня гінекологічна патологія. Діаметр вузла: одинична міома матки – 5-8 см, множинної міоми матки – до 5 см. У випадку множинної міоми матки гранична кількість вузлів – 5. У даних жінок протипоказань до операції не було.

Міомектомія лапароскопічним доступом виконувалася за традиційною методикою. Ложе всіх видалених міоматозних вузлів ушивають інтракорпорально, багаторядним безперервним швом.

Включені в дослідження 183 хворі були рандомізовані на дві групи, з урахуванням використаного шовного матеріалу.

1 група (n = 126) ушивання дефекту міометрія проводилося самофіксуючою, односпрямованою розсмоктовуючою ниткою

2 група (n = 106) – з використанням розсмоктованих плетених ниток.

Також виділено 2 підгрупи: Од – одиничний міоматозний вузол, Мн – множинний характер міоми матки. Таким чином, групу 1Од і 2Од склали 56 і 46 пацієнтки відповідно, а групу 1Мн і 2Мн 70 і 60 хворих відповідно.

В 1 групі використовували само фіксуєчу монофіламентної нитки V-Loc 180 (Covidien Surgical, США). В 2 групі застосовували синтетичний розсмоктований хірургічний матеріал з плетеного волокна на основі гомополімера глікової кислоти.

Статистична обробка даних виконувалася з дотриманням рекомендацій для медичних і біологічних досліджень. Опис кількісних даних з нормальним розподілом розраховувались з використанням середньої величини і стандартної помилки середнього (представлені в форматі M (s)), ці дані порівнювали з допомогою t -критерію Стьюдента для незалежних груп.

**Результати дослідження.** Всього в даний дослідження включені 232 пацієнтки, яким виконана лапароскопічна міомектомія.

Середній вік пацієнток, які увійшли до дослідження, в групі 1 склав – 32,9±4,9 років, в групі 2 – 34,1±4,2 років. Статистично дані групи за віком можна було порівняти, статистично значущих відмінностей не виявлено (p>0,05).

При порівнянні часу ушивання при одиничному міоматозному вузлі, виявлено, що у пацієнток із застосуванням самофіксуєчої нитки (підгрупа 1Од) час зашивання було 13,24 (0,31) хвилини, ніж аналогічний показник при використанні розсмоктовуються плетених ниток на основі полілактіда – 20,94 (0,46) хвилини. При множинній міомі матки порівняння часу відновлення цілісності міометрія після енукеації міоматозного вузла, в залежності від виду використаного шовного матеріалу показало статистично значущі відмінності в групах, в 1Мн підгрупі – 28,84 (0,46) хвилини, навпаки в 2Мн підгрупі – 39,9 (0,96) хвилини. В кінцевому підсумку, в цілому по групах, незалежно від кількості міоматозних вузлів, час необхідний для накладення шва на міометрій після видалення міоматозного вузла, був менше при застосування сам фіксуєчої нитки, що підтверджено статистичним аналізом зі значною вірогідністю p<0,01.

Об'єм інтраопераційної крововтрати для одиничного міоматозного вузла, ложе якого вшивають самофіксуєчою ниткою в середньому склав – 135,35 (14,36), а використавши нитки на основі гомополімера глікової кислоти, крововтрата збільшилась, склавши 209,38 (27,9) мл.

При множинному характері міоми матки, об'єм крововтрати був більше, враховуючи більшу площу розсічення міометрія.

При застосуванні традиційної нитки показник склав 258,77 (28,52) мл, тим не менш при використанні сучасної нитки – 154,41 (14,02) мл. Тоб-

то при використанні сучасної нитки зменшується крововтрата. Треба враховувати, що зменшенню крововтрати сприяло скорочення часу ушивання ложа вузла.

У групі 1 статистичний аналіз показав зменшення кількості еритроцитів як в групі, так і в підгрупах після виконання операції. Значення, отримані в ході дослідження свідчать: в групі 1Од рівень еритроцитів перед операцією склав – 4,31 (0,05) \* 10<sup>12</sup>/л і в післяопераційному періоді 4,03 (0,03) \* 10<sup>12</sup>/л; в групі 1Мн – 4,37 (0,03) \* 10<sup>12</sup>/л і 3,95 (0,06) \* 10<sup>12</sup>/л відповідно. В загальному в 1 групі (з застосуванням сучасного шовного матеріалу) передопераційний рівень склав 4,33 (0,04) \* 10<sup>12</sup>/л, в післяопераційному періоді – 3,99 (0,05) \* 10<sup>12</sup>/л; Рівень значущості зміни кількості еритроцитів для всієї групи склав p<0,01.

В післяопераційному періоді у пацієнток із застосуванням традиційного шовного матеріалу також відзначається зниження кількості еритроцитів. В 2Од групі рівень доопераційної кількості еритроцитів склав – 4,41 (0,04) \* 10<sup>12</sup>/л, а в післяопераційному періоді – 3,81 (0,07) \* 10<sup>12</sup>/л, тоді як в 2Мн – 4,36 (0,06) \* 10<sup>12</sup>/л і 3,69 (0,05) \* 10<sup>12</sup>/л відповідно. В цілому в 2 групі до операції рівень еритроцитів був – 4,38 (0,05) \* 10<sup>12</sup>/л, а після оперативного лікування склав 3,76 (0,05) \* 10<sup>12</sup>/л. При статистичному аналізі ці відмінності носили достовірний характер (p<0,01).

Ускладнення, що виникли під час ушивання міометрія спричиненні структурою шовного матеріалу, їх зафіксовано 10 (4,3%). Відрив нитки від голки з однаковою частотою спостерігався в обох групах: у 4 (3,17%) жінок 1 групи, у 4 (3,77%) пацієнтів 2 групи. Однак, варто зазначити, що при відриві нитки від голки під час використання самофіксуєчої шовного матеріалу нитка була зрізана біля основи, витягнута голка і залишок шовного матеріалу з черевної порожнини, далі можливо було продовжувати ушивання міометрія новою ниткою з місця відриву, але при використанні шовного матеріалу на основі гомополімера глікової кислоти, при розриві нитки ушивання доводилось починати спочатку. Данна особливість дозволяла, при використанні сучасного матеріалу, дозволяла скорочувати час операції і зменшувати крововтрату. Розрив нитки під час накладання шва спостерігався у 2 (1,89%) жінок групи 2, під час застосування сучасної нитки розрив не було зафіксовано. Після цього шов потрібно було починати спочатку, так як нитка розпускалась і шов був не повноцінним.

Інтраопераційні ускладнення були зафіксовані у 11 (4,74%) хворих: кровотеча з троакарної рани – в 3 (1,29%), передбрюшинна емфізема в 8 (3,44%) жінок. Данні ускладнення не вплинули на результат операції і не обтяжували стан хворих. Зазначені ускладнення зустрічались в обох групах і не носили статистично значущих відмінностей.

Післяопераційний період у всіх спостережуваних жінок, протікав без особливостей, незалежно від виду застосовуваного шовного матеріалу, що дозволило виписати пацієнтів в задовільному стані в рекомендовані терміни.

**Висновки.** Самофіксуєчі односпрямовані нитки слід розглядати як шовний матеріал ви-

бору для виконання лапароскопічної міомектомії, що пов'язано з часовими, гемостатичними перевагами на тлі відсутності клінічно значущих інтраопераційних і ранніх післяопераційних ускладнень.

Використання самофіксуючого шовного матеріалу, яким ушивають інтракорпорально, багатоярдним безперервним швом, дозволяє скоротити

час ушивання ложа міоматозного вузла майже в півтора рази.

Відмічається зменшення крововтрати в 1,5 рази при використанні сучасного шовного матеріалу та як наслідок більш високі рівні еритроцитів в післяопераційному періоді у жінок, порівняно з використанням волокна на основі гомополімера глікоєвої кислоти.

### Список літератури:

1. Буянова С. Н., Мгелиашвили М. В., Петракова С. А. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8. – С. 45-51.
2. Srividhya Sankaran, Isaac T. Manyonda. Medical management of fibroids. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Vol. 22, № 4, pp. 655-676, 2008.
3. Петракова С. А., Буянова С. Н., Мгелиашвили М. В. Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки // Российский вестник акушера гинеколога. – 2009. – №. 1. – С. 30-34.

**Кобилинський І.А., Ластовецька Л.Д.,  
Майданик І.В., Щерба Е.А., Рамазанов Д.М., Кривко К.Д.**  
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

## ЭФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САМОФИКСИРУЮЩЕГОСЯ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ЛАПАРОСПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

### Аннотация

Распространенность миомы матки среди женщин репродуктивного возраста достигает 12-25% от всех гинекологических заболеваний. Миомэктомия в хирургическом лечении рассматривается как наиболее эффективный подход, при этом лапароскопическая миомэктомия все более приобретает популярность. Самым сложным этапом операции при лапароскопической миомэктомии является ушивание дефекта стенки матки после проведения удаления миомы. На современности этапе в клиническую практику внедряются шовные материалы нового поколения, такие как самофиксирующиеся нити. Использование подобных материалов может существенно влиять на результат оперативного лечения, уменьшение интраоперационной кровопотери.

**Ключевые слова:** миома матки, миомэктомия, лапароскопия, самофиксирующая нить, кровопотеря.

**Kobylinskyi I.A., Lastovetska L.D.,  
Maydannik I.V., Shcherba O.A., Ramazanova D.M., Kryvko K.D.**  
Bogomolets National Medical University

## USE EFFICIENCY SELF-LOCKING SUTURE MATERIAL DURING LAPAROSCOPIC MYOMECTOME

### Summary

The prevalence of among women of reproductive age is 12-25% of all gynecological diseases. Myomectomy in the surgical treatment is considered as the most effective approach with laparoscopic myomectomy is increasingly gaining popularity. The most difficult stage of the operation laparoscopic myomectomy is the repair of the uterine wall defect after removal of myoma. At the present stage of the clinical practice introduced a new generation of suture materials, such as self-locking thread. The use of such materials can significantly affect the outcome of surgical treatment, the reduction of intraoperative blood loss.

**Keywords:** myoma, myomectomy, laparoscopy, self-locking thread, blood loss.