

УДК 618.14-002-08:615.849

КОНСЕРВАТИВНА МІОМЕКТОМІЯ: ЛІКУВАЛЬНІ ПІДХОДИ

ГЛАДЧУК І.З., РОЖКОВСЬКА Н.М., НАЗАРЕНКО О.Я., ШИТОВА А.В.

Одеський державний медичний університет

Conservative myomectomy: treatment modalitie

I.Z. GLADCHUK, N.M. ROZHKOVSKA, O.YA. NAZARENKO, A.V. SHYTOVA

Odessa State Medical University

Проаналізовано результати 395 випадків міомектомій, виконаних за 14-річний період в клініках Одеського державного медичного університету. Використовували абдомінальну, лапароскопічну, гістероскопічну, вагінальну техніку, а також власну методику лапароскопічної асистенції вагінальної міомектомії. Відпрацьовані показання і протипоказання до кожної методики консервативної міомектомії (одиничні і множинні пухлини, субсерозна, інтрамуральна і субмукозна локалізація пухлин). Методом вибору можна вважати лапароскопічну міомектомію з лігатурною або безлігатурною технікою. Для видалення одиничних вузлів діаметром 4-7 см, локалізованих в задній стінці або дні матки, доцільно використовувати лапароскопічну асистенцію вагінальної міомектомії. Абдомінальна консервативна міомектомія є виправданою звичайно при великих (понад 7 см і численних міоматозних вузлах). Використання диференційованих підходів до консервативних міомектомій дозволило скоротити тривалість операції, частоту післяопераційних ускладнень, час перебування хворих у стаціонарі та покращити найближчі і віддалені морфологічні наслідки цієї операції.

395 cases of myomectomy executed for 14-year period in the clinics of Odessa State Medical University have been analysed. Abdominal, laparoscopic, hysteroscopic, vaginal technique as well as own method of laparoscopic assistance of vaginal myomectomy have been used. Indications and contra-indications to each method of conservative myomectomy worked out (single and multiple tumours, subserous, intramural and submucous localization of tumours). The method of choice can be considered as laparoscopic myomectomy with ligature or without ligature technique. For deleting of single myomas with a diameter 4-7 cm, localized in a posterior wall or fundal part of uterus, it is expedient to use laparoscopic assistance of vaginal myomectomy. Abdominal conservative myomectomy is usually justified at large (over 7 cm and numerous myomas). The use of differentiated approaches to conservative myomectomies allowed to shorten duration of operation, frequency of postoperative complications, time of patients' stay in hospital and to improve the nearest and remote morphofunctional consequences of this operation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед підходів жінок з міомою матки консервативна міомектомія займає особливе місце. Як і півтора сторіччя тому, вона і досі залишається основним методом лікування пацієнок з міомою матки, які бажають позбавитися пухлини і, одночасно, зберегти орган і дітородну функцію [1, 5]. Так історично склалося, що консервативна міомектомія була і залишається одним з найважливіших наукових напрямів в діяльності Одеської акушерсько-гінекологічної школи. Міомектомія вважалася технічно складнішою і, тому виконувалась рідше, ніж гістеректомія.

На сучасному етапі ми проаналізували різні хірургічні, комбіновані підходи при міомектомії і деякі альтернативні методи ведення жінок з міомою матки, направлені на збереження органу. Центральне місце в переліку хірургічних методів міомектомії займають різні варіанти лапароскопічної міомектомії. Аналізуючи 14-річний досвід лапароскопічних міомектомій в нашій клініці, ми сьогодні можемо

обговорювати не тільки досягнення, пов'язані з технікою операції, але і критично оцінюємо деякі її результати [2, 4, 6]. І хоча лапароскопічна методика операції дійсно стала застосовуватися для виконання міомектомії найчастіше, вона зовсім не розглядається нами як універсальний підхід до рішення проблеми. Ми не виключаємо застосування класичної лапаротомної міомектомії, іноді використовуємо трансвагінальний доступ, а також шукаємо нові шляхи вдосконалення лікувальної тактики у жінок з міомою матки, які бажають зберегти дітородний орган. Серед альтернативних підходів слід зазначити такі методи як кріоміолізис, інтраутеринна лазерна термотерапія тощо.

На особливу увагу заслуговує перегляд показань до операції консервативної міомектомії. Ми дотримуємося тієї точки зору, що наявність міоми матки – це ще не показання до операції. До неї ми вдаємося при мено- метроррагії, дисменорей, безплідності, звичному невиношуванні вагітності, як правило, у випадках, коли інші причини цих проблем відсутні,

не визначаються, або їх усунення планується одночасно з майбутньою міомектомією. Швидке зростання міоми у жінки з нереалізованою дітородною функцією є прямим свідченням до міомектомії. Слід також відзначити, що консервативна міомектомія повинна виконуватися з інформованої згоди пацієнтки. Це обставина є надзвичайно важливою саме при цьому типі операції з кількох причин. По-перше, не завжди в результаті операції проблеми, що турбують пацієнтку і що з'явилися показаннями до міомектомії, усуваються повністю. По-друге, як і будь-яка хірургічна операція, міомектомія, у тому числі і лапароскопічна, може спричинити за собою появу цілого ряду нових проблем, пов'язаних з ризиком виникнення хірургічних та анестезіологічних ускладнень. Наприклад, це утворення тазових або внутрішньоматкових спайок, формування в подальшому неспроможного рубця на матці, що зрештою може мати негативний ефект на репродуктивну функцію жінки аж до її повної втрати.

Мета роботи – проаналізувати традиційні і новітні методики операції консервативної міомектомії, оцінити їх переваги і недоліки, уточнити показання до органозберігаючих операцій.

Матеріали і методи дослідження. Нами проаналізовано 395 випадків міомектомій, в ході виконання яких застосовувалася лапароскопічна техніка. Слід зазначити, що це складас близько 65% від загальної кількості міомектомій, виконаних в клініках ОГМУ за період з 1999 по 2005 рр. Умовно аналізовані операції можна розділити на декілька груп:

- 1) міомектомії, виконувані безпосередньо лапароскопічним доступом;
- 2) лапароскопічна асистенція трансвагінальної міомектомії;
- 3) комбіновані міомектомії із застосуванням лапароскопічного і будь-якого іншого доступу (наприклад, гістероскопічна і лапароскопічна міомектомія).

Результати дослідження та їх обговорення. Максимальна кількість міом, що видалалися за один раз, склала 14, а максимальний розмір міоми – 15 см. В 43 випадках перед виконанням міомектомії здійснювали терапію агоністами гонадотропін-релізінг гормону, головним чином з метою зменшення розмірів міом. Гістологічна будова видалених міом в переважній більшості випадків була типовою. Проте зустрічалися і рідкісні гістологічні варіанти міом, а також саркоми. Про це не слід забувати, і при будь-якій підозрі необхідно вдаватися до експрес-біопсії. Випадків з різними видами дегенеративних змін в міомах було 23.

Поодинокі або численні міоми з субсерозною локалізацією, а також міоми з інтрамуральним розташуванням, що мають центрифугальний ріст і ді-

метр не більше 10-11 см, звичайно підлягають лапароскопічному видаленню. Технічні труднощі при субсерозних міомах можуть виникати при розмірах вузла більше 11-13 см, або кількості міом більше 7-9.

Лише у разі вузької ніжки міоми, яку можна захопити браншами біполярного затискача, ми одночасно виконуємо її коагуляцію і перетин. В більшості випадків здійснюється послідовний розтин серозного покриву матки, міометрія до тканини вузла. Після виконання адекватного розрізу вузол захоплюється гострим інструментом. Найбільш зручно це здійснити інструментом у вигляді штопора на кінці. Подальші дії направлені на послідовне виділення вузла з ложа. Традиційно для цих операцій застосовується електрохірургічна оперативна техніка. Останнім часом ми також використовуємо і ультразвуковий скальпель.

Лапароскопічне видалення міоми матки, локалізованої інтрамурально, в певних ситуаціях може представляти значні технічні труднощі. Звичайно це спостерігається при розмірах міоми більше 7-8 см, при вираженій васкуляризації вузла, за відсутності чітких меж псевдокапсули міоми. Окрім цього, нерідко в таких випадках існує необхідність ушивання стінки матки. Його можна проводити з прямими і напівзигнутими голками синтетичним розсмоктуючим матеріалом (2-0, 3-0), використовуючи інтра – або екстракорпоральну техніку зав'язування вузла. Ми не застосовуємо в таких випадках безперервний шов а накладаємо окремі вузлуваті шви в кількості від 1 до 5.

Витягання макропрепарату з черевної порожнини проводиться декількома способами. Якщо розмір вузла більше 2-3 см, то частіше їх евакуація здійснюється через задній кольпотомний отвір. Практично всі міомектомії, виконані лапароскопічно, завершуються евакуацією міом через апертуру в задньому склепінні. Цей спосіб зручний для витягання як поодиноких великих міом, розмірами до 11-12 см, так і численних міом менших розмірів, зібраних в контейнер. Вузли до 5-6 см в діаметрі витягуються без попереднього шматування. В тих випадках, коли діаметр міоми більшого розміру, шматування здійснюється безпосередньо в кольпотомній рані. Для цього використовується традиційний ріжучий інструментарій (скальпель, ножиці).

Міоми розмірами більше 11-12 см також можуть бути евакуйовані через задній кольпотомний отвір. Проте для їх низведення в дугласову кишеню і фіксації кульовими щипцями необхідна інтракорпоральна фрагментація маси міоми на дві або три частини, що здійснити ендоскопічними ножицями не так просто. Але існує декілька альтернативних шляхів евакуації таких великих міом з черевної порожнини. По-перше, це вживання техніки їх подрібнення (мор-

целяції) в черевній порожнині за допомогою механічного або електромеханічного пристрою. Звичайно це подовжує тривалість операції, потрібне відповідне розширення одного з проколів. В тих випадках, коли у пацієнтки є рубець після апендектомії, великі міоми матки, видалені лапароскопічно, зручно евакуювати через лапаротомний отвір в ділянці рубця. Це не погіршує косметичний ефект операції і є менш травматичним, ніж інші абдомінальні доступи.

У тих випадках, коли чітка межа псевдокапсули міоми відсутня, або має місце надмірна васкуляризація тканин в ділянці розрізу інтрамуральної міоми, локалізований в задній стінці і дні матки, пухлини віддаляються за власною методикою – лапароскопічною асистенцією вагінальної міомектомії [3]. В основі методу лежить удосконалення способу лапароскопічної міомектомії шляхом виконання завершальних етапів, – повного відділення вузла і ушивання міометрія трансвагінальним доступом. Це дозволяє відділити вузол, застосовуючи пальцевий тактильний контроль, пошарово, зручно і швидко зашити ложе міоматозного вузла.

У ході втручання через кольпотомний отвір в черевну порожнину вводяться кульові щипці і ними

фіксується верхівка частково енуклеюваного міоматозного вузла. Вузол разом з тілом матки виштовхується в піхву і остаточно відділяється від матки. Дефект міометрія ушивається синтетичною абсорбуючою лігатурою. Тіло матки вправляється назад в черевну порожнину. Здійснюється кольпорафія, лапароскопічна ревізія рани на матці, дренивання через один з лапароскопічних портів. В 11 з 15 таких операцій міома була одиночною, в інших – множинною (не більше 3 вузлів). Розмір видалених міом коливався в межах від 4,5 до 7,0 см. Тривалість операцій складала від 45 до 120 мін. Післяопераційний період у всіх хворих цієї групи протікав без ускладнень.

Висновки. Таким чином, міомектомія – нестандартна операція. Для її проведення разом з лапаротомією існує безліч лапароскопічних методів операції і ряд інших альтернативних методик. Маючи їх в своєму арсеналі, хірург в змозі підібрати для кожної конкретної пацієнтки найкращу методику операції. Це, поза сумнівом, сприяє поліпшенню не тільки найближчих результатів, але і, що надзвичайно важливе, очікуваних віддалених функціональних наслідків таких операцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бесєдін В.М., Ісаєва К.Ю. Реконструктивно-пластичні операції при міомах матки у жінок репродуктивного віку // Acta Medica Leopoliensia. – 2002. – Т.8, №1. – С.53-55.
2. Гладчук І.З., Назаренко О.Я., Кашгальян М.М. Вагінальний доступ при консервативній міомектомії // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – №1 (21). – С.217-219.
3. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Назаренко О.Я. Спосіб лапароскопічної асистенції вагінальної міомектомії. Декларативний патент на винахід № 51382А, UA, МПК6: А61В 17/00. – Бюл. №11.

4. Перспективи ендокхірургії в гінекології / Запорожан В.Н., Гладчук І.З., Рожковська Н.М. та ін. // Вісник наукових досліджень. – 2002. – №2 (додаток). – С.10-11.
5. Киселев С.И. Современные подходы к хирургическому лечению больных миомой матки. – Автореф. дис. доктора мед. наук. – М., 2003. – 46 с.
6. Zaporozhan V., Gladchuk I., Rozhkovska N., Shtyova A.V. Conservative Myomectomy // Zaawansowane techniki laparoskopowe w ginekologii / Pod red. A. Malinowskiego. – Lodz, 2005. – P.127-130. – Ogólnopolskie Sympozjum 9-10 grudnia 2005 roku, Lodz, Poland.

УДК: 616.366-002-074.4-8-616.837

ТАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

П.Г. КОНДРАТЕНКО, Є.О. ГЕРАСИМЕНКО

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Tactics of application of palliative surgical interventions in treatment of acute cholecystitis

P.H. KONDRATIUK, YE.O. HERASYMENKO

Donetsk State Medical University by M. Horky

Найбільш прийнятним видом операції у пацієнтів з високим ступенем операційного ризику є паліативне хірургічне втручання – холецистостомія. В теперішній час можна виконати відкриту холецистостомію, лапароскопічну або чрезшкірну чрезпечінкову мікрохолецистостомію під ультразвуковим контролем. Різні види паліативних втручання в нашій клініці були виконані 335 пацієнтам. Основним видом паліативного хірургічного втручання для лікування пацієнтів на гострий деструктивний холецистит ми вважаємо чрезшкірну чрезпечінкову мікрохолецистостомію під ультразвуковим контролем. У разі наявності у хворого протипоказань до цього хірургічного втручання, на наш погляд, доцільно виконати іншу паліативну декомпресійну операцію – лапароскопічну або відкриту холецистостомію. Після відкритої холецистостомії можна досягти остаточного видужання пацієнта шляхом виконання холецистоскопічної мукоклазії. Нами ця операція була виконана 11-ти хворим, у 7-ми пацієнтів необхідно було виконати 2 сеанси мукоклазії, у 4-х пацієнтів – 3 сеанси. Інтраопераційних та післяопераційних ускладнень нами відзначено не було.

The most acceptable type of operation at patients with the high degree of operating risk is palliative surgical interference – cholecystostomy. Presently to the patient it is possible to execute opened cholecystostomy, laparoscopic or transskin transhepatic microcholecystostomy. Different types of palliative interferences in our clinic were executed to the 335 patients. By the basic type of palliative surgical interference in the medical treatment of patients with acute destructive cholecystitis we count transskin transhepatic microcholecystostomy. In the case of presence at the patient of contra-indications to this surgical interference, in our view, expediently to execute other palliative decompression operation – laparoscopic or opened cholecystostomy. After opened cholecystostomy it is possible to attain the final convalescence of patient by implementation of cholecystoscopic mucoclasia. By us this operation was executed to the 11 patients, at 7 patients it was necessary to execute 2 session of mucoclasia, at the 4 patients – 3 session. There was no intraoperation and postoperation complications.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Протягом останніх років, багато в чому завдяки впровадженню малотравматичних технологій, досягнуте значне поліпшення результатів лікування хворих на гострий холецистит. Навіть у пацієнтів з деструктивною формою запалення в жовчному міхурі, активно лапароскопічні операції виконуються з позитивним ефектом. Однак залишається група пацієнтів, що мають високий операційний ризик, яким неможливо виконати радикальну операцію, навіть таку малотравматичну як лапароскопічна холецистектомія [1, 2]. На жаль, ця група пацієнтів останнім часом стає все більшою, також у цих пацієнтів все частіше доводиться зіштовхуватися з деструктивним запаленням у жовчному міхурі. Єдино можливим видом операції, що прийнятний для даної категорії пацієнтів, є виконання паліативного хірургічного втручання – холецистостомії [3]. Цей вид операції дозволяє купірувати запалення в жовчному міхурі, що не лише рятує життя пацієнта, але й дозволяє все-

бічно його обстежити, виявити й полікувати супутні захворювання. Внаслідок цього з'являється можливість в частини хворих виконати другий етап хірургічного лікування – радикальну операцію. Зараз існує декілька способів накладання холецистостоми, вони різняться за ступенем травматичності, а також мають свої показання й протипоказання. Саме тому, визначаючи лікувальну тактику, варто враховувати доцільність застосування того або іншого виду паліативного хірургічного втручання [4] в тій або іншій клінічній ситуації та можливий вплив різновиду даної операції на тактику подальшого лікування пацієнта.

Мета дослідження – визначити показання й тактику застосування різних паліативних хірургічних втручання у лікуванні хворих на деструктивні форми гострого холециститу.

Матеріал і методи. Протягом 1994-2005 років у нашій клініці для хірургічного лікування 1774 хво-

рих на гострий холецистит застосовувалися різні малотравматичні хірургічні втручання. В 1361 пацієнтів виявлена деструктивна форма запалення жовчного міхура, із них 1026 хворим виконана радикальна операція – лапароскопічна холецистектомія. Різні види паліативних втручань виконані 335 пацієнтам, в тому числі черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія під ультразвуковим контролем була виконана 237 пацієнтам, у всіх цих хворих було діагностовано деструктивну форму запалення жовчного міхура, в 191 (81%) хворого мав місце флегмонозний холецистит, а в 46 (19%) пацієнтів – гангренозний. Визначення форми запалення в жовчному міхурі ґрунтувалося на клінічних проявах захворювання, даних лабораторного дослідження, але основна роль належить екстреній сонографії. Лапароскопічна холецистостомія нами виконана 12 пацієнтам, а відкрита холецистостомія – 86 хворим з гострим запаленням у жовчному міхурі.

Результати досліджень та їх обговорення. На наш погляд паліативне хірургічне втручання показане різним групам пацієнтів. По-перше, це хворі літнього й старечого віку, що мають тяжку супутню патологію. Ці хворі мають значний операційний ризик і виконання радикальної операції є небезпечним не тільки для здоров'я але й для життя пацієнта. По-друге, це хворі з виразними деструктивними змінами у жовчному міхурі. Виконання радикальної операції в даній групі пацієнтів пов'язане зі значним ризиком виникнення інтра- та післяопераційних ускладнень, безпосередньо зумовлених технічними труднощами, що виникають при хірургічному втручанні в пацієнта з гострим деструктивним холециститом. Зокрема значно зростає ризик виникнення інтра- і післяопераційних кровотеч і жовчовитікання, а також травми позапечінкових жовчних проток. От чому протягом останніх років у нашій клініці при виявленні деструктивних форм гострого холециститу ми все частіше застосовуємо двоетапну тактику хірургічного лікування пацієнтів, де на першому етапі виконується паліативна декомпресійна операція – холецистостомія, а потім, після стихання запалення в жовчному міхурі, радикальна операція – холецистектомія.

Основним видом паліативного хірургічного втручання для лікування хворих на гострий деструктивний холецистит ми вважаємо черезшкірну черезпечінкову мікрохолецистостомію під ультразвуковим контролем. Цей вид хірургічного втручання не вимагає загального знеболювання, достатнього є місцева анестезія й тому може бути виконаний будь-якому пацієнтові, не залежно від тяжкості супутньої пато-

логії. Виконання черезшкірної черезпечінкової мікрохолецистостомії дозволяє купірувати запалення в жовчному міхурі, що рятує життя пацієнта. Однак черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія має свої протипоказання:

- "висячий" жовчний міхур;
- заповнення порожнини жовчного міхура конкрементами більш ніж на 2/3;
- недостатня візуалізація органа-мішені через наявність за ходом передбачуваної траєкторії голки органів, заповнених газом, або ребер;
- наявність кіст, гемангіом, великих кровоносних судин або жовчних проток за ходом передбачуваної траєкторії голки.

У разі наявності у хворого протипоказань до черезшкірної черезпечінкової мікрохолецистостомії, на наш погляд, доцільно виконати іншу паліативну декомпресійну операцію – лапароскопічну холецистостомію. Це хірургічне втручання дещо травматичніше за попереднє, однак також є міні-інвазивним. Його перевага – можливість детально оглянути стінку жовчного міхура й інші органи черевної порожнини, а також за необхідності виконати дренування черевної порожнини. За іншими показниками лапароскопічна холецистостомія черезшкірно-черезпечінковою. Ще один вид паліативного втручання – відкрита холецистостомія. Це найбільш старий вид операції, який і сьогодні не втратив своєї актуальності. У разі відсутності можливості виконати перераховані вище втручання, в нашій клініці хворому на гострий деструктивний холецистит ми виконуємо відкриту холецистостомію з літоекстракцією.

Після будь-якого паліативного хірургічного втручання ми продовжуємо консервативну терапію, спрямовану не лише на зменшення запалення в жовчному міхурі, але й на лікування супутньої патології, виявленої в пацієнта. Після купірування запалення в жовчному міхурі й адекватної терапії супутньої патології вирішується питання про можливість виконання радикального хірургічного втручання. Якщо операційний ризик зменшився, то хворому виконується радикальна операція. Перевагу варто віддавати лапароскопічній холецистектомії. Ряд пацієнтів після передопераційної підготовки все ще мають вкрай високий операційний ризик. У такому випадку виконання радикальної операції небезпечно й постає питання про закриття норичі жовчного міхура. Для цього необхідно з'ясувати, чи можна видаляти холецистостомічний дренаж із жовчного міхура. Перед його видаленням необхідно виконати ряд досліджень. УЗД дозволяє визначити чи ліквідоване запалення в жовчному міхурі, а також дає можливість виявити патологію позапечінкових жовчних проток, зокрема запі-