

© Юзько О.М., Юзько Т.А., Махер Аль Абуд

УДК 618.1-072.1

НАШ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНО АСИСТОВАНОЇ ЕКСТИРПАЦІЇ МАТКИ

О.М.Юзько, Т.А.Юзько, Махер Аль Абуд

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. О.М.Юзько) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Велике зацікавлення викликали повідомлення про можливість видалення матки лапароскопічно. Спочатку була запропонована лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія (ЛАВГ – LAVH). Для спрощення вагінальної гістеректомії К.Земм (1984) виконав мобілізацію матки завдяки відокремлення від неї додатків при лапароскопії. В 1988 році американський хірург Г.Річ опублікував роботу, присвячену повній лапароскопічній гістеректомії. Після цього багато відомих хірургів опублікували свої модифікації екстирпації матки за допомогою лапароскопа (М.Пеллози, 1990; М.Бруа, 1991; К.Земм, А.Ищенко, 1995 та ін.). Нині накопичений величезний досвід виконання лапароскопічних гістеректомій, доведена ефективність ендоскопічних операцій [1].

Нами проведено аналіз 50 лапароскопічно асистованих екстирпацій матки. Вік пацієнток становив від 52 до 67 років. Показаннями до операції були: неповне випадіння матки – 23 (46%), цистоцеле з нетриманням сечі – 12 (24%), маткові кровотечі в менопаузі – 7 (14%), міома матки – 5 (10%), аденоміоз матки – 3 (6%).

Існують два методи лапароскопічної гістеректомії: 1) "абдоміальний" – всі етапи ендохірургічного втручання, включаючи відсічення матки від піхви, виконують з боку черевної порожнини; 2) "комбінований" – абдоміальним доступом за допомогою лапароскопа здійснюють мобілізацію матки, а в подальшому проводять вагінальну екстирпацію матки. Більшість хірургів вважає, що лапароскопічна асистенція при вагінальній екстирпації матки за технікою виконання простіша. Популярність лапароскопічної

асистенції при вагінальній гістеректомії постійно зростає. Так, з 600000 екстирпацій матки, які щорічно проводяться в США, 3/4 операцій здійснюються лапаровагінальним доступом.

Варто розрізнити лапароскопічну асистенцію вагінальної гістеректомії від лапаровагінальної гістеректомії (ЛВГ). При ЛАВГ проводиться мобілізація матки за рахунок пересічення круглих зв'язок і зв'язок додатків без або з перев'язуванням маткової артерії (МА). ЛВГ відрізняється від "абдоміальної" тільки заключним етапом пересічення кардинальних зв'язок.

Для виконання лапароскопічних екстирпацій ми використовували апаратуру та інструментарій фірми "Karl Storz" [2]. У 38 випадках (76%) використовували ендотрахеальний наркоз, у 12 (24%) – перидуральну пролонговану анестезію.

В класичному варіанті за допомогою лапароскопа виконують транспаріетальну ідентифікацію (виділення) сечоводів, МА, пересічення зв'язок матки за допомогою ендокоагуляції, ендошвів або зшивальних апаратів, мобілізацію матки, задню або передню кольпотомію лапароскопічним або вагінальним доступом.

Наводимо основні етапи "класичної" ЛАВГ (американська школа) [3]: 1) фіксація матки за допомогою внутрішньоматкового мобілізатора Valtsev або маткової канюлі; 2) транспаріетальне виділення сечоводів; 3) двобічне транспаріетальне виділення, лігування та пересічення МА; 4) пересічення круглих зв'язок, власних зв'язок яєчників, проксимальних відділів маткових труб (або лійково-тазових зв'язок при аднексектомії) за допомогою зшивальних апаратів. Надалі опе-

рацію виконують вагінальним доступом: 5) фіксація шийки матки кульовими щипцями за передню та задню губи, підтягування її доверху; 6) циркулярний розріз через всі шари піхви на рівні склепінь; 7) відшарування піхви та розтин очеревенної порожнини в межах прямокишково-маткової заглибини; 8) почергове клемування, пересічення та лігування крижово-маткових та кардинальних зв'язок; 9) пересічення міхурово-маткової перегородки; 10) виведення матки через кольпотомний отвір та її відсічення; 11) зашивання очеревини та піхви лапароскопічним доступом; 12) санація очеревенної порожнини.

Американська школа рекомендує на початку ендоскопічного етапу до мобілізації матки виділити сечоводи до місця їх перетину з МА. Далі виділяють судини і прошивають їх нитками Vicryl. Зв'язковий апарат матки пересікають за допомогою ендостеплера.

Аналіз 50 ЛАВГ показав, що середня тривалість операції становить 77,1 хв (від 58 до 94 хв), а крововтрата – 275,3 мл (від 150 до 400 мл).

Нами запропоновано спростити деякі етапи, що зменшує тривалість операції, не потребує ендосків та ендостеплерів. Основні етапи операції: 1) фіксація матки з допомогою маткової канюлі; 2) пересічення круглих зв'язок після їх коагуляції (бі- або монополярна); 3) розсікання очеревини міхурово-маткової складки та оголення сечового міхура тупим шляхом до візуалізації переднього склепіння піхви; 4) при гістеректомії без придатків проводимо бі-, монополярну коагуляцію проксимальних відділів маткових труб, власних зв'язок яєчників з наступним їх пересіченням; при гістеректомії з придатками – коагуляцію лілково-тазової зв'язки та їх пересічення (на відміну від інших методик, коли застосовується ендостеплер або ендопетля на придатки); 5) розсікання задніх листків маткових зв'язок до крижово-маткових зв'язок; 6) виділення МА та їх пересічення після бі-, монополярної коагуляції; на нашу думку, цей етап при ЛАВГ не обов'язковий, пересічення МА проводиться на другому (вагінальному) етапі, що підвищує ефективність гемостазу; 7) монополярним електродом розсікають заднє склепіння піхви між крижово-матковими зв'язками на попередньо введеному в піхву тампоні (на відміну від інших методик переднє склепіння на данному етапі не розсікаємо); 8) наступний

етап здійснюють вагінальним доступом: розсікають слизову піхви циркулярно на рівні склепінь до місця розрізу заднього склепіння при лапароскопії; 9) накладають затискачі на крижово-маткові зв'язки, пересікають і лігують; при обмеженій рухливості матки спочатку пересікають кардинальні зв'язки; 10) лігують МА, якщо вони не прошиті на "абдомінальному" етапі, розсікають міхурово-маткову заглибину і матку виводять у рану; 11) зашивають очеревину безперервним швом, а кардинальні і крижово-маткові зв'язки попарно з'єднують між собою; поодинокими вузловими швами зашивають стінку та купол піхви з фіксацією її до зшитих зв'язок. У піхві на одну добу залишаємо марлевий тампон, змочений розчином антисептику.

На наш погляд, при ЛАВГ не має потреби розсікати параметрії, виділяти сечоводи та МА. По-перше, транспаріетальне виділення цих анатомічних утворень не завжди можливе (наявність спайкового процесу, об'ємні утворення придатків, низько розташовані або інтралігментарні міоматозні вузли), по-друге, це продовжує тривалість операції, створює додаткові труднощі, а використання ендостеплерів без мобілізації сечоводів збільшує ризик їх травмування. Крім того, ендостеплери не завжди забезпечують достатньо щільне зіставлення країв рани у браншах апарата, що, в свою чергу, не дає надійного гемостазу. Від цього великою мірою залежить успіх операції. На нашу думку, ендокоагуляція цілком достатня для проведення надійного гемостазу.

Після операції пацієнтки починають ходити на другу добу, тоді ж забираємо катетер із сечового міхура.

У 14 (28%) пацієнток для профілактики тромбоемболічних ускладнень ми застосовували фраксипарин. Середня тривалість перебування в стаціонарі після операції становить 5,6 днів. Ускладнень у післяопераційному періоді у наших пацієнток не спостерігали. Огляд через 6-12 місяців не виявив патологічних ознак розташування купола піхви та порушення функцій сечового міхура.

Отже, наш варіант ЛАВГ цілком відповідає вимогам до цього класу операцій. Виконання заключного етапу операції вагінальним доступом значно скорочує тривалість операцій, а фіксація купола піхви до зв'язок сприяє профілактиці його випадіння.

Не обов'язково бути переконаним прибічником лапароскопічної екстирпації або ЛАВГ, щоб збагнути, наскільки краще пацієнтки переносять цю операцію. Вона технічно проста та надійна, адже матку видаляють без розтину черевної порожнини. При цьому кишечник не займають, черевна порожнина залишається інтактною. Всі "несподівані знахідки" оцінюють-ся візуально. Набагато рідше виникають ранні

та віддалені ускладнення, особливо, спайки. Матка після її мобілізації лапароскопом легко виводиться в піхву, що особливо технічно важливо для хірурга, коли немає повного випадіння матки. І, нарешті, для багатьох жінок дуже важлива відсутність післяопераційного рубця.

Висновок. Лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія в нашій модифікації може використовуватися в оперативній гінекології.

Література

1. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Красников Д.Г., Слободян А.И. Лапароскопическая гистерэктомия. – М., 1999. – 80 с.
2. Юзько О.М., Лаптева Т.А., Польова С.П. Лапароскопична оперативна гінекологія та гістероскопія. – Чернівці: Медакадемія, 2002. – 92 с.
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 384 с.

НАШ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНО АСИСТОВАНОЇ ЕКСТИРПАЦІЇ МАТКИ

О.М.Юзько, Т.А.Юзько, Махер Аль Абуд

Резюме. Аналіз 50 лапароскопічно асистованих вагінальних гістеректомій у жінок засвідчив переваги даного методу екстирпації матки, розглянуті нові можливості проведення даної операції та її ефективність.

Ключові слова: лапароскопічно асистована вагінальна гістеректомія (ЛАВГ).

OUR EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC ASSISTED HYSTERECTOMY

O.M.Yuz'ko, T.A.Yuz'ko, Maher Al Abud

Abstract. The authors have carried out an analysis of 50 laparoscopically assisted vaginal hysterectomies in women with various pathology of the uterus. The chief advantages of this method of hysterectomy have been adduced, new possibilities of making such an operation and its efficacy have been considered.

Key words: laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH).

Bukovinian State Medical University (Chernivtsy)

Надійшла в редакцію 02.06.2004 р.

© Власов В.В., Мартинюк В.Г.

УДК 617.55-007.43-89

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГРИЖІ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ McBURNEY-ВОЛКОВИЧА

В.В.Власов, В.Г.Мартинюк

Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. – д.м.н. А.І.Суходоля) Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня

Щорічно в країнах СНД виконується понад 1 млн. апендектомій (АЕ) з приводу гострого апендициту (ГА), що становить 21-25% всіх операцій у стаціонарах загальнохірургічного профілю [1, 2]. При простих формах ГА гнійно-септичні ускладнення з боку рани виникають у

2,2% випадків [3], при деструктивних формах ГА – 9,2% [4]. Однією з причин виникнення гнійних ранових ускладнень при лікуванні ГА є нехтування особливостями анатомічної будови передньобокової стінки живота [5]. Інколи після нагноєння рани при лікуванні ГА виникає