

ВЫБОР ДОСТУПА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Абдуллаев Р.Н., Абдуллаева М.А., Тургунов А.И., Азизов Ж.А. Зияева Э.Р.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Установленная в ходе настоящего исследования невысокая информативность таких современных диагностических методов, как УЗИ и МРТ при раке шейки матки, дополняемые определением опухолевого маркера СА-125 при раке яичников не позволяют слепо доверять их результатам. В спорных клинических ситуациях показано выполнение диагностической лапароскопии, позволяющей достоверно определить степень распространенности опухолевого процесса и его резектабельность, а также получить морфологическую верификацию. Прежде всего, это касается больных раком яичников. Подобные операции позволяют составить индивидуальный план лечения в каждом конкретном случае и характеризуются малой травматичностью, быстрой реабилитацией больных и не приводят к задержке с началом специального лечения.

Ключевые слова: опухоль яичника, гистерэктомия, спаечный процесс, рак шейки матки.

ТУХУМДОН ЁСМАЛАРИДА ГИСТЕРЭКТОМИЯДАН СЎНГ БЕМОРЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН ЧАНДИҚЛИ ЖАРАЁНЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШДА ЖАРРОҲЛИК УСУЛИНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Абдуллаев Р.Н., Абдуллаева М.А., Тургунов А.И., Азизов Ж.А., Зияева Э.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Бачадон бўйни саратони учун ултратовуш ва МРТ каби замонавий диагностика усуллариинг кам маълумотлиги, тухумдон саратонида СА-125 ўсимта маркерининг таърифи билан тўлдирилган бўлиб, уларнинг натижаларига кўр-кўрона ишонишга имкон бермайди. Қарама-қарши клиник ҳолатларда диагностика лапароскопия ўсимта жараёнининг ҳажмини ва унинг қайта тикланишини ишончли аниқлаш, шунингдек морфологик текширувни олиш учун кўрсатилади. Аввало, бу тухумдон саратони бўлган беморларга тегишли. Бундай операциялар мутахасисга ҳар бир ҳолатда индивидуал даволаниш режасини тузишга имкон беради ва паст даражадаги касаллик, беморларни тезкор реабилитацияси билан тавсифланади ва махсус даволашни кечиктиришга олиб келмайди.

Калит сўзлар: тухумдон ўсмаси, ҳистеректомия, адезёнлар, бачадон бўйни саратони.

CHOICE OF ACCESS TO SURGICAL TREATMENT AND PREVENTION OF ADHESIVE PROCESS IN PATIENTS WITH OVARIAN TUMORS AFTER HYSTERECTOMY

Abdullaev R.N., Abdullaeva M.A., Turgunov A. I., Azizov Zh.A., Ziyaeva E.R.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

The low informativeness of such modern diagnostic methods established in the course of this study as ultrasound and MRI for cervical cancer, supplemented by the definition of a tumor marker CA-125 in ovarian cancer, do not allow blindly trusting their results. In controversial clinical situations, diagnostic laparoscopy is shown to reliably determine the extent of the tumor process and its resectability, as well as to obtain morphological verification. First of all, this applies to patients with ovarian cancer. Such operations allow you to draw up an individual treatment plan in each case and are characterized by low morbidity, rapid rehabilitation of patients and do not lead to a delay in the start of special treatment.

Key words: ovarian tumor, hysterectomy, adhesions, cervical cancer.

Актуальность

Несмотря на многочисленные исследования, а также внедрение новых методов оперативного лечения, проблема снижения хирургической травмы и профилактики осложнений является важнейшей в деятельности оперирующих гинекологов [1,4,8].

Все чаще в гинекологической практике используется вагинальный доступ для оперативных вмешательств. Хотя, по данным литературы, только 30,0% гистерэктомий производится влагалищным путем. Вагинальная гистерэктомия: "золотой стандарт" гистерэктомии, идеальная операция для рожавших женщин, отсутствует рана на передней брюшной стенке

и нарушения функции кишечника минимальны, хорошее послеоперационное восстановление и раннее начало физической активности, минимальная кровопотеря, в большинстве случаев во время этой операции могут быть удалены яичники, низкая частота послеоперационных осложнений и смертности. Кроме того, послеоперационный период при этом доступе длится короче, а заживление раны - быстрее [2,3,5,10]. По литературным данным, послеоперационные осложнения наблюдаются в 40,0% случаев после абдоминальной гистерэктомии и в 25,0% - после вагинальной, а смертность - после абдоминальной гистерэктомии - 86 на 100 000, после вагинальной гистерэктомии - 27 на 100 000. Какие же чаще всего

осложнения после гистерэктомии? Осложнения после гистерэктомии: послеоперационная лихорадка - 30,0%, инфекции мочевых путей - 8,0%, эмболия легких - 0,7%, вторичные кровотечения - 0,6%, тромбозы вен, симптомы менопаузы ("приливы" и сухость слизистой влагалища), выпадение влагалища, недержание мочи, синдром раздраженного кишечника, боли в спине [3,6,9]. Целью данной работы было оценить эффективность разработанной методики гемостаза при вагинальной гистерэктомии.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является повышение эффективности хирургического лечения и послеоперационного ведения пациенток с опухолями и опухолевидными образованиями яичников, ранее перенесших гистерэктомию, путем оптимизации хирургической техники.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни и видеозаписей операций 83 пациенток, оперированных по поводу доброкачественных опухолей яичников с 2003 по 2012 годы. Все пациентки ранее перенесли тотальную или субтотальную гистерэктомию без придатков лапаротомным доступом по поводу миомы матки, аденомиоза, рецидивирующих дисфункциональных маточных кровотечений.

Результат и обсуждение

Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза с цветным доплеровским картированием абдоминальным датчиком 7-7,5 МГц и вагинальным датчиком. При этом определяли размеры яичника и структуру яичника, размеры, структуру и расположение яичникового образования, толщину капсулы, наличие пристеночных образований, перегородок, гиперэхогенных включений. Также оценивались ультразвуковые признаки спаечного процесса.

Проведен анализ анамнестических факторов, связанных с предшествующим и оперативным и вмешательствами: хирургический доступ, профиль оперативного вмешательства (гинекологический, хирургический), объем оперативных вмешательств, срочность выполнения предшествующих операций, наличие дренирования брюшной полости, давность перенесенной операции.

Обнаружено, что частота распространенных форм спаечного процесса была достоверно выше при наличии экстренного оперативного вмешательства в анамнезе (75%) а также при наличии указаний на дренирование брюшной полости (у 84,5% больных был зарегистрирован спаечный процесс в малом тазу 3-4 стадии распространения). После подтверждения диагноза "доброкачественное новообразование яичника" пациентки оперированы лапароскопическим и лапаротомным доступами. В обеих группах мы сравнивали среднюю длительность операции, среднюю кровопотерю, среднюю длительность пребывания в стационаре, количество осложнений и их характер, влияние различных электрохирургических методов при различных объемах операции на течение послеоперационного периода, длительность температурной реакции, длительность пребывания в стационаре.

25-ти пациенткам, оперированным по поводу доброкачественных новообразований яичников лапароскопическим доступом, произведено интра абдоминальное введение 4% раствора и кодекстрина с целью профилактики послеоперационного спаечного образования.

Подгруппу сравнения составили 23 пациентки, которым профилактика спаечного процесса с применением и кодекстрина не проводилась.

В послеоперационном периоде оценивались следующие ультразвуковые признаки спаечного процесса: утолщение париетальной брюшины в усилением эхосигнала. Положительная тракционная и компрессионная пробы - отсутствие или ограничение взаимного смещения париетальной и висцеральной брюшины и положительный симптом "возврата" при форсированном дыхании, размывание границ яичника, определяемое как отсутствие четкого контура яичника более трех четвертей его протяженности.

Полученные данные использовали для оценки эффективности применения 4% раствора и кодекстрина для профилактики спаечного процесса при повторных вмешательствах на органах малого таза.

В соответствии с целями и задачами исследования оценили качество жизни 37 пациенток, которым выполнена лапароскопическая экстирпация культи шейки матки по поводу патологии культи шейки матки. Показаниями к операции были: эндометриоз культи шейки матки - 18 (24,3%), рецидивирующие полипы культи шейки матки - 5; лейкоплакия культи шейки матки с атипией - 7; дисплазия культи шейки матки (CIN II и III) - 4; миома культи шейки матки - 1; выпадение культи шейки матки - 2. Больные были приглашены на прием и опрошены в срок от 6 мес. до 1 года после экстирпации культи шейки матки.

Для оценки качества жизни после экстирпации культи шейки матки использовали опросник MOSSF-36. Критериями качества жизни у исследуемой группы пациенток являются: физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психологическое здоровье, сексуальность.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы "STATISTICA 6.0". Описание изучаемых параметров в группах проводилось с помощью расчета средних значений, стандартной ошибки средних значений и доверительного интервала. Сравнения групп наблюдения друг с другом производили с помощью ряда непараметрических критериев (Уилксона-Манна-Уитни, Смирнова). Они основаны на попарном сравнении всех измерений двух групп и дают ответ о достоверности различий сравниваемых групп в форме вероятности ($p < 0,05$). Различия распределений считали достоверными при значении параметра $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным условием для проведения хирургического лечения опухолей яичников лапароскопическим доступом у пациенток, ранее перенесших лапаротомную гистерэктомию, является наличие высококвалифицированной бригады и эндоскопического оборудования. Лапароскопические операции у пациенток исследуемой группы относятся к операциям повышенной сложности, и должны проводиться опытным оператором.

Особого внимания у пациенток с чревосечениями в анамнезе требуют выбор точки для вхождения в брюшную полость и наложения пневмоперитонеума, инсуфляция CO₂, последовательность введения троакаров. Введение иглы Вереща и первого троакара проводили атипично: в левой верхней точке Калька. Обнаружено, что спаечный процесс в этой области возникает реже, чем в других отделах брюшной полости.

Бальная оценка спаечного процесса составила от 18 до 42 баллов. Наибольшая выраженность спаечного процесса отмечена у пациенток, перенесших в анамнезе экстренные оперативные вмешательства, операции через нижнесрединный и верхнесрединным доступ, субтотальную гистерэктомию. У 26 больных по-

требовалось рассечение спаек через один троакар с последующим введением второго троакара.

Кроме того, в связи с имеющимся спаечный процессом у данной группы пациенток требовалась четкая идентификация анатомических образований и структур, подлежащих удалению. Важное значение имела четкая идентификация мочеточников. Только убедившись в ходе и расположении мочеточника произвели мобилизацию новообразования яичника.

Важным этапом эндоскопических операций при опухолях и опухолевидных образованиях яичников считается извлечение овариальных образований их брюшной полости. Удаленные новообразования яичников извлекали через брюшную стенку, предварительно погрузив в мешок –экстрактор или с помощью кольпотомии, с соблюдением принципов абластики.

Таблица №1

Гистологическая характеристика доброкачественных новообразований яичников

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ	% НАБЛЮДЕНИЙ
Серозная цистаденома	36,70%
Папиллярная цистаденома пограничного типа	0,32%
Текома яичника	0,32%
Фиброма яичника	1,10%
Эндометриоз яичника	15,20%
СПОКП	12,5%

Таблица №2

Основные показатели, характеризующие хирургическое лечение доброкачественных новообразований яичников и течение послеоперационного периода в зависимости от оперативного доступа

Показатель	Основная группа (лапароскопический доступ)	Группа сравнения (лапаротомный доступ)
Длительность операции, мин.	48,4 ± 5,7	93,3 ± 4,8
Средняя кровопотеря, мл	80,3 ± 12,0	380,0 ± 54,0
Средняя длительность пребывания в стационаре, сут.	3,4 ± 1,7	5,2 ± 1,4
Длительность температурной реакции, сут.	2,6 ± 0,5	4,3 ± 1,2

Согласно полученным данным нормальная температура тела у послеоперационном периоде наблюдалась у 16 (33,3%), субфебрилитет 12 (25,0%) пациенток после применения биполярной коагуляции. После использования монополярной методики гемостаза нормальная температура тела отмечена лишь в 6 (12,5%) наблюдениях, субфебрильная температура – у 20 (41,6%) пациенток, повышение температуры тела зафиксировано у 2 (4,2%) пациенток.

Таким образом выбор методики гемостаза не оказывал существенного влияния на величину кровопотери, но влиял на течение послеоперационного периода: длительность болевого синдрома, температурной реакции и максимальную температуру тела, которые увеличивались при применении монополярной методики гемостаза.

На этапе предоперационного обследования по данным УЗИ спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу диагностирован у 44 (91,6%) пациенток. Интраоперационно наличие спаечного процесса подтверждено у 41 пациенток (в 93,1% наблюдений). Бальная оценка спаечного процесса составила от 18 до 42

баллов. Наибольшая выраженность спаечного процесса отмечена у пациенток, перенесших субтотальную гистерэктомию и у пациенток, перенесших экстренные оперативные вмешательства. Спаечный процесс с образованием кистозных полостей отмечен у 6 (12,5%) пациенток.

С целью профилактики повторного образования спаек в послеоперационном периоде 25 пациенткам с выраженным спаечным процессом в брюшной полости, оперированным лапароскопическим доступом по поводу доброкачественных новообразований яичников после гистерэктомии, во время операции произведено интраабдоминальное введение 4% раствора икодекстрина. Подгруппу сравнения составили 23 пациентки, перенесших повторную операцию по поводу опухолей яичников, которым профилактика образования спаек с применением икодекстрина не проводилась.

Общая характеристика течения послеоперационного периода в исследуемых группах пациентов представлены в Табл. №5

Течение послеоперационного периода в исследуемых подгруппах

Показатель	1 подгруппа (n=25)	2 подгруппа (n=23)
Нормализация стула	3,7±1,3	4,1±1,5
Купирование болевого синдрома	6,4±2,5	7,3±2,2
Длительность пребывания в стационаре	4,5±1,5	

Вывод

Таким образом выбор методики гемостаза не оказывал существенного влияния на величину кровопотери, но влиял на течение послеоперационного периода: длительность болевого синдрома, температурной реакции и максимальную температуру тела, которые увеличивались при применении монополярной методики гемостаза.

Спайки на яичниках возникают после любых вмешательств на органах репродуктивной системы, а также при открытых полостных операциях в области малого таза.

Заболевание сложное в лечение. Медикаментозная терапия чаще всего неэффективна. Патология поддается профилактике. Народная терапия при развитии спаечной болезни не помогает.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР:

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. 2012; 1: 18-23.
2. Аляев Ю.Г., Газимиев М.А., Руденко В.И. и соавт. Современные аспекты диагностики и лечения мочеточниково-влага-

- листных свищей // В сб. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М: 2007; 163-164.
3. Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // Качественная клиническая практика. 2010; 1: 36-38.
4. Баранов Г.А. Карбовский М.Ю. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. 2006; 7: 56-59.
5. Высоцкий М.М., Манухин И.Б., Дигаева М.А. Анализ причин осложнений лапароскопическим доступом у гинекологических пациенток. // Эндоскопическая хирургия. - 2009; 4: 33-36.
6. Матвеев Н.Л., Арутюнян Д.Ю., Дигаева М.А. Результаты применения 4% раствора икодекстрина для профилактики спаечного процесса после хирургических и гинекологических операций. // Эндоскопическая хирургия. 2008; 3: 45-54.
7. Luciano D.E., Roy G., Luciano A.A. Adhesion reformation after laparoscopic adhesiolysis: where, what type, and in whom they are most likely to recur. // J. Minim. Inv. Gynecol 2008; 15:1: 44-48.
8. Mateus J., Pezzi C., Somkuto S.G. Recognition and prevention of gastric injury during gynecologic laparoscopy // Obstet. Gynecol. - 2006; 108(3): 804-806.
9. Ngu S.F., Cheung V.Y., Pun T.C. Left upper quadrant approach in gynecologic laparoscopic surgery // Acta Obstet Gynecol Scand. - 2011; 90(12): 1406-1409.
10. Rahn D.D., Marker A.C., Corton M.M. Does supracervical hysterectomy provide more support to the vaginal apex than total abdominal hysterectomy? // Am J obstet Gynecol. - 2007; 197(6): 650.

Поступила 09.08. 2019