

УДК 618.1

С.А.Акобирова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ

Институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН Республики Таджикистан

(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 15.03.2014 г.)

Представлены результаты сравнительной оценки хирургического лечения опухолевидных образований яичников лапароскопическим и лапаротомическим доступами. Показано, что все характеристики эффективности операций при лапароскопическом доступе лучше, чем при лапаротомическом доступе. Удовлетворенность пациенток после лапароскопических операций выше, чем после лапаротомических операций.

Ключевые слова: лапаротомия – лапароскопия – опухолевидные образования яичников – характеристики эффективности.

Эндоскопические операции в гинекологии применяются с середины прошлого века [1,2]. Эволюция лапароскопической хирургии в гинекологии претерпевала путь от простых операций до современных высокотехнологических операций с применением точных оптических систем, робототехники, современных инструментов и шовного материала [3-7]. В последнее время растёт количество женщин с гинекологическими заболеваниями. Большую роль в этом играют стрессы, понижение иммунитета, повышение количества инфекций, различные гормональные нарушения [8]. В структуре гинекологических заболеваний отмечается рост гинекологической патологии, требующей хирургического лечения [9]. Внедрение в клиническую практику эндовидеоскопических технологий изменило классические подходы к диагностике и лечению патологических процессов в гинекологии [10,11]. При опухолях и кистах яичников показаниями к лапароскопическим операциям являются: доброкачественные опухоли яичников (серозная цистаденома, зрелая тератома, эндометриома и др.); опухолевидные образования (параовариальная, tuboовариальная, фолликулярная кисты).

Противопоказанием к лапароскопическим операциям являются подозрение на злокачественный характер опухоли яичников. При выполнении диагностической лапароскопии производят биопсию и срочное гистологическое исследование. При подтверждении злокачественного процесса производят лапаротомию и выполняют операцию открытым способом.

Объём вмешательства при доброкачественных кистах и опухолевидных образованиях зависит от характера процесса и возраста пациентки [12]. Новые технологии эндовидеохирургии (единый лапароскопический доступ, минимальное использование газа и др.) позволяет производить у женщин репродуктивного возраста с доброкачественными новообразованиями яичников органосохранные,

Адрес для корреспонденции: Акобирова Сановбар Ашуровна. 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. М. Турсунзаде, 31, НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ. E-mail: sakobirova@mail.ru

минимально инвазивные операции [13-15]. По данным С.Н.Гайдукова и соавт. (2005), при проведении эндовидеохирургического лечения цистэктомии проводятся более чем в 75% случаев, аднексэктомия лишь у каждой 5-й женщины [16].

Методы исследования

Были обследованы 175 женщин с опухолевидными образованиями яичников, подвергшихся оперативному вмешательству. Среди обследованных женщин лапароскопические операции произведены 134 (76.5%) пациенткам – 1-я группа, лапаротомические операции – 41(23.4%) больной – 2-я группа.

Критериями отбора женщин в 1-ю группу явилось наличие опухолевидных образований яичников, лапароскопический доступ при проведении оперативного вмешательства. Критериями включения во 2-ю группу было наличие опухолевидных образований яичников, лапаротомический доступ при проведении оперативного вмешательства.

Средний возраст женщин 1-й группы составил 36.4 ± 0.5 , 2-й группы – 34.3 ± 0.8 года, при этом разница между показателями групп была недостоверной ($P > 0.05$).

Среди женщин 1-й группы отмечены следующие соматические патологии: анемия – у 21(15.7±3.1%), диффузное увеличение щитовидной железы без нарушения функции – у 16(11.9±2.8%), гипертиреоз – у 15(11.2±2.7%), гипотиреоз – у 16(11.9±2.8%), диффузный токсический зоб – у 18(13.4±2.9%), хронический пиелонефрит – у 10(7.5±2.3%), заболевания ЖКТ – у 15(11.2±2.7%), частые ОРВИ – у 23(17.1±3.3) пациенток.

Среди женщин 2-й группы анемия диагностирована у 7(17.1±5.9%), диффузное увеличение щитовидной железы без нарушения функции – у 6(14.6±5.9%), гипертиреоз – у 3(7.3±4.1%), гипотиреоз – у 5(12.9±5.1%), диффузный токсический зоб – у 7(17.1±5.9%), хронический пиелонефрит – у 5(12.2±5.1%), заболевания ЖКТ – у 3(7.3±4.1%), ОРВИ в анамнезе – у 5(12.2±5.1) пациенток.

Оценка эффективности операций производилась с использованием следующих характеристик:

1. Продолжительность операции – длительность временная от момента разреза на коже до окончания наложения последнего шва на кожу.
2. Кровопотеря интраоперационная.

При лапаротомических операциях использовали метод определения объёма кровопотери по М.А.Либову (1960): объём кровопотери = 57% массы марлевых салфеток и шариков, использованных во время хирургического вмешательства; при лапароскопических операциях, кровопотерю подсчитывали с учётом объёма крови, собранной в аспиратор.

3. Длительность наркоза при обоих видах доступов учитывали от момента вводного наркоза до момента пробуждения.
4. Активизация после операции – учитывались сутки, на которые женщину поднимали с постели.
5. Длительность применения антибиотиков – количество дней в послеоперационном периоде, в течение которых проводилась профилактика септических осложнений.
6. Потребность в обезболивающих средствах – количество затраченных обезболивающих средств в послеоперационном периоде.

Статистическую обработку полученных данных производили по критериям Стьюдента.

Результаты исследований и их обсуждение

Лапароскопический доступ использовали в 134 операциях, лапаротомический доступ – в 41 операции. Объём оперативного вмешательства – цистэктомии и аднексэктомии.

Продолжительность операций при лапаротомическом доступе колебалась от 40 до 60 мин., составив в среднем 49.1 ± 1.3 минуты. При лапароскопическом доступе зафиксированная продолжительность операций составила от 20 до 40 мин. Средняя продолжительность лапароскопических операций операций составила 42.9 ± 1.9 мин и была достоверно меньше, чем при лапаротомических вмешательствах ($P < 0.01$). Необходимо отметить, что средняя продолжительность лапаротомических и лапароскопических операций при опухолевидных образованиях яичников зависела также от вида операций.

Сроки госпитализации при операциях по поводу опухолевидных образований яичников лапаротомическим доступом составили от 5 до 7 дней. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 5.7 ± 0.11 дней. Лапароскопические операции при опухолевидных образованиях яичников требовали пребывания в стационаре от 2 до 3 дней. Средняя длительность пребывания составила 2.3 ± 0.1 , что было достоверно меньше, чем при лапаротомическом доступе ($P < 0.01$).

Кровопотеря при лапаротомном доступе составила от 150 до 600 мл, при лапароскопическом доступе – от 40 и до 100 мл. Средняя кровопотеря при лапароскопической цистэктомии (62.1 ± 16.3 мл) была достоверно ($p < 0.05$) ниже, чем при лапаротомическом доступе (222.9 ± 9.1 мл).

Интраоперационные осложнения при лапароскопических операциях отмечены в 3 случаях ($2.3 \pm 1.3\%$). В одном случае отмечалось кровотечение во время операции и в двух случаях спаечный процесс в брюшной полости, в связи с чем появились показания к продолжению операции после лапаротомического доступа.

Активизация пациенток при лапаротомических операциях осуществлялась на первые сутки послеоперационного периода через 12-14 часов, при лапароскопических операциях – в день операции через 6-8 часов.

Осложнённое течение послеоперационного периода (нагноение послеоперационных швов) отмечено у 2 ($4.9 \pm 3.4\%$) женщин, прооперированных лапаротомическим доступом. У женщин после лапароскопических операций осложнений не наблюдалось.

Выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде испытывали 18 ($43.9 \pm 7.8\%$) женщин после лапаротомических операций, что было достоверно ($P < 0.001$) больше соответствующего показателя в группе женщин, прооперированных лапароскопическим доступом – 6 ($4.5 \pm 1.8\%$). Соответственно, средняя кратность использования обезболивающих средств при лапаротомических операциях по поводу опухолевидных образований яичников составила 5.3 ± 0.9 раз, что было достоверно ($P < 0.05$) больше, чем при лапароскопических операциях – 3.2 ± 0.6 раза.

Перевязочный материал использовался после лапаротомических операций в течение 5-7 дней, после лапароскопических операций – в течение 2-3 дней. Количество используемого перевязочного материала при лапароскопических операциях также было меньше не только за счёт количества перевязок, но и за счёт меньшего объёма раневой поверхности.

Органосохранные операции произведены в 126(9.0±2.0%) случаях лапароскопических операций и в 28(68.2±7.3%) случаев лапаротомических операций, что имеет достоверное отличие ($P<0.001$).

Опрос женщин перед выпиской из стационара показал, что 128(95.5±6.2%) женщин после лапароскопических операций и 11(26.8±6.9%) после лапаротомических операций были удовлетворены косметическим эффектом.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, несмотря на то, что при опухолевидных образованиях яичников по всем позициям лапароскопический доступ имеет преимущества перед лапаротомическим доступом, в Республике Таджикистан лапаротомные операции у данного контингента пациенток производятся по причине недостаточной обученности специалистов лапароскопической методике и отсутствию оснащённости для выполнения малоинвазивных операций. Целесообразно стремиться к расширению применения лапароскопического доступа при опухолевидных образованиях яичников за счёт укрепления инфраструктуры гинекологических стационаров и повышения квалификации оперирующих гинекологов.

Поступило 15.03.2014 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Адамян Л.В. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2007, 130 с.
2. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. Лапароскопическая хирургия: прошлое и настоящее. – Эндоскопическая хирургия, 1995, №1, с. 5-8.
3. Carter J.F., Soper D.E., Goetzl L.M. Abdominal cerclage for the treatment of recurrent cervical insufficiency: laparoscopy or laparotomy? – Am. J. Obstet. Gynecol., 2009, v. 201(1), pp. 111.
4. Advincula A.P., Wang K. Evolving role and current state of robotics in minimally invasive gynecologic surgery. - J. Minim. Invasive Gynecol., 2009, v. 16(3), pp. 291-301.
5. Higuchi Y., Okuda K., Nakamura O. Efficacy and safety of bipolar electrode grasping forceps for laparoscopic myomectomy in uterine cervical myoma. – Asian J. Endosc. Surg, 2012, v. 5(3), pp. 126-130.
6. Poncheville L., Smirnoff A., Ménard J. Feasibility of laparoendoscopic single-site surgery in gynecology with conventional laparoscopic instruments. – Gynecol Obstet Fertil, 2012, v. 40(12).
7. Holloway R.W., Patel S., DAhma S. Robotic surgery in gynecology. – Scand J. Surg, 2009, v. 98(2), pp. 96-109.
8. Кулакова В.И., Савельевой Г.М., Манухина И.Б. - Гинекология. Национальное руководство. – 2009.
9. Кулакова В.И., Адамян Л.В. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.– М., 2006 , с. 3-11.
10. Сулайманов С.Б. В.И. Кулакова В.И., Л.В. Адамян Л.В. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний – М.:ПАНТОРИ, 2005, 280 с.
11. Barnett J.C., Havrilesky L.J., Bondurant A.E. Adverse events associated with laparoscopy end laparotomy in the treatment of endometrial cancer. – Am. J. Obstet. Gynecol., 2011, v. 205(2), p. 143.

12. Сильвия К.Р. Принципы лапароскопической хирургии. В кн. Гинекология. – М. МЕД-пресс-информ, 2004, с.432.
13. Захараш И.П., Захараш Ю.М., Усова Е.В. Хирургия единного лапароскопического доступа – новое направление миниинвазивной хирургии. – Украинский журнал хирургии. – 2010, №3. с.100-109.
14. Duru N.K., Dede M., Acikel C.H. Outcome of in vitro fertilization and ovarian response after endometrioma stripping at laparoscopy and laparotomy. – J. Reprod. Med., 2007, v. 52(9), pp. 805-809.
15. Ülker K., Ülker Ü., Hüseyinoğlu N. Management of benign ovarian cysts by a novel, gasless, single-incision laparoscopic technique: keyless abdominal rope-lifting surgery (KARS). – K. Surg. Endosc., 2013, v. 27(1), pp. 189-198.
16. Гайдук С.Н., Жемчужина Т.Ю., Кахиани Е.И. Экстренная эндовидеохирургия доброкачественных новообразований яичников. – Ж. акушерства и женских болезней, 2009, т.4, с. 50.

С.А.Акобирова

МУҚОИСАИ САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИҶОИ ОМОСҲОИ ТУХМДОНҶО БО УСУЛҶОИ ГУНОГУН

Пажухишигоҳи илми таҳқиқоти акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологӣ Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Натиҷаҳои муқоисаи табобати чарроҳии омосҳои тухмдонҳо бо усулҳои лапароскопӣ ва лапаротомӣ пешкаш шудааст. Нишон дода шудааст, ки тавсифи самаранокии чарроҳии бо усули лапароскопӣ гузаронида шуда нисбат ба усули лапаротомӣ беҳтар аст. Қаноатмандии беморон пас аз амалҳои лапароскопӣ нисбати амалҳои лапаротомӣ афзалтар аст.

Калимаҳои калидӣ: лапаротомия – лапароскопия – омоси тухмдонҳо – тавсифи самаранокии.

S.A.Akobirova

COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TRTATMENT WITH DIFFERENT ACCESSES IN PATIENTS WITH OVARIAN TUMOR

*Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health and Social Welfarethe Republic of Tajikistan*

The resuets of comporativa effectivenus of ovarian tumors sugary treatment with using different accesses was presented.

There were showed that all characteristics of effectivenus operations with laparoscopic access is better than operations with laparotomic access. The contentment in patients with laparoscopic operations was higher thar in patients with laparotomic operations.

Key words: laparotomic – laparoscopi – ovarian tumors – comporativa effectivenus.