

УДК 618.13-002-036.11-06-089.002



О.В. Прикупенко, М.М. Винту, Д.В. Андрущенко

## Традиційні та відеолапароскопічні операційні технології в лікуванні ускладнених форм гострих запалень у придатках матки

ДЗ «Клінічна лікарня» ДТГО «Львівська залізниця», Львів  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Ключові слова:** гострі запальні хвороби придатків матки, традиційні, відеолапароскопічні оперативні технології.

Гострі запальні хвороби придатків матки (ГЗХПМ) є одним із актуальних розділів сучасної невідкладної гінекології [1, 2, 6]. Виникаючи переважно у фертильному віці, вони істотно впливають на репродуктивну функцію пацієнток і є одним із вагомих чинників безпліддя [4, 7]. Хоча лікування цих видів патології полягає переважно у проведенні курсів антибактерійної і протизапальної медикаментозної терапії, однак за ускладнених форм ГЗХПМ актуальними залишаються і методи оперативних втручань [5, 9].

Мета роботи — з'ясувати ефективність та визначити місце традиційних і відеолапароскопічних операційних технологій в лікуванні ускладнених форм ГЗХПМ.

### Матеріали та методи

Проаналізовано наслідки оперативного лікування 77 хворих з ускладненими формами ГЗХПМ. Згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем (МКХ-10), а також з наказом МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної патології», до ускладнених видів зараховано піосальпікс, піовар, тубооваріальний абсцес, у тому числі з перитонітом. Пацієнтки стаціонарно лікувалися в гінекологічних відділеннях клінічної лікарні ДТГО «Львівська залізниця» та клінічної лікарні «Швидкої медичної допомоги». Хворих розділено на дві групи: основна — 53 жінки, в лікувальній програмі яких використовували як традиційні, так і відеолапароскопічні операційні технології; порівняння — 24 пацієнтки, котрих лікували тільки шляхом традиційних відкритих втручань. Обидві групи пацієнток були порівнюваними за віком та характером запальних уражень органів малого таза. Показання до операційних методів лікування виводили загалом прийнятним критеріям: клінічна картина «гострого живота» за неможливості достеменно диференційної діагностики між ГЗХПМ і гострим апендицитом; ускладнені форми запаль-

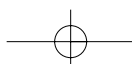
ного процесу в придатках (гнійний сальпінгоофорит, гнійний тубооваріальне утворення) з появою нагромадження рідини запального характеру в порожнині малого таза; розвиток пельвіоперитоніту як ускладнення ГЗХПМ, у тому числі з поширенням запалення на сусідні ділянки черевної порожнини (дифузно-розлитий перитоніт); загроза перфорації або перфорація тубооваріального гнійного утворення, наростаюча інтоксикація, вияви синдрому системної запальної відповіді.

Традиційні відкриті оперативні втручання виконували під загальним знеболенням, зокрема, ендотрахеальним інгаляційним наркозом з міорелаксантами, в окремих випадках — у комбінації з перидуральною анестезією. Виконували переважно нижньосерединну лапаротомію, інколи — доступ за Фаненштилем.

Відеолапароскопічні оперативні втручання проводили на відповідному устаткуванні з використанням інструментарію фірм «Karl Storz», «Wissap» (Німеччина). Оперували під інгаляційним інтубаційним наркозом з міорелаксантами. Техніка втручань полягала у створенні карбоксиперитонеума за допомогою голки Верешта до тиску в 11—12 мм рт. ст. Троакар для лапароскопа (діаметр 10 мм) вводили в черевну порожнину в ділянці на 1—1,5 см нижче від пупка; два інших троакари (діаметр 5 мм) для інструментів — в праву і ліву здухвинні ділянки. Маніпуляції на органах малого таза виконували дисектором, граспером Бебкока і наконечником аква-пуратора. Адгезіолізис проводили шляхом моно-, мобілізації мезасальпінкса — біполярної коагуляції. Під час видалення труби матки накладали дві ендокліпси або здійснювали її електрокоагуляцію, після чого відтинали і видаляли через троакарний прокол черевної стінки.

### Результати та обговорення

Вибір методу оперативного втручання (відеолапароскопічне/традиційне) у жінок основної групи зумовлювався досить різними чинниками, а саме: бажанням або небажанням хворої до вико-



Таблиця 1

## Види оперативних втручань у пацієток основної групи

| Вид операцій                                      | Відкриті операції |      | Лапароскопічні операції |      |
|---|-------------------|------|-------------------------|------|
|   | Абс. кількість    | %    | Абс. кількість          | %    |
| Діагностично-лікувальне втручання                 | —                 | —    | 11                      | 42,4 |
| Санація і дренивання черевної порожнини           | 2                 | 7,4  | 6                       | 23,1 |
| Однобічна тубектомія                              | 9                 | 33,4 | 7                       | 26,9 |
| Двобічна тубектомія                               | 4                 | 14,8 | 1                       | 3,8  |
| Однобічна аднексектомія                           | 5                 | 18,5 | —                       | —    |
| Двобічна аднексектомія                            | 3                 | 11,1 | —                       | —    |
| Суправагінальна ампутація матки з одним придатком | 1                 | 3,7  | —                       | —    |
| Суправагінальна ампутація матки з придатками      | 1                 | 3,7  | —                       | —    |
| Правобічна тубектомія + апендектомія              | 2                 | 7,4  | 1                       | 3,8  |
| Разом   | 27                | 100  | 26                      | 100  |

ристання конкретного методу операції, ступенем операційного/анестезіологічного ризику, який передбачав мінімізацію травматичності втручання. Отже, через брак маргінальних настанов стосовно використання конкретних операційних технологій, а також можливість варіації методів мали можливість вибору за принципом сліпого конверта.

Дані про характер та особливості операційного лікування жінок основної групи наведено в табл. 1.

Отже, традиційну відкриту інтервенційну технологію застосовано у 27 жінок і лапароскопічну — у 26. У 11 хворих (42,4 %) здійснено лапароскопічне втручання, на кшталт діагностично-лікувальної операції. Зокрема, діагностична складова полягала у можливості остаточної візуальної оцінки запальних змін з боку придатків і виявлення пато-

логії червоподібного відростка. Лікувальна складова передбачала адгезіолізис, у тому числі сальпінгооваріолізис та розташування труб і яєчників у природних анатомічних позиціях. У 6 жінок (23,1 %) з виразним запальним процесом у придатках із формивним пухким інфільтратом, плас-тінцями або плівками фібрину, каламутним ексудатом чи гноем виконували обережне роз'єднання інфільтрату, адгезіолізис, сальпінгооваріолізис, аспірацію запального ексудату/гною зі старанним промиванням порожнини розчинами антисептиків і евакуацією вмісту. Це запобігало процесу організації неевакуйованого ексудату з випадінням фібрину і утворенням спайкового процесу, який є чинником деформації маткових труб та облітерації їхнього просвіту. Також «укладали» придатки у звичне анатомічне положення і дренивали порожнину малого таза трубками через 5-міліметрові троакарні проколи черевної стінки.

У разі гнійно-запальних і гнійно-деструктивних змін у придатках оперативне лікування полягало у видаленні їх за допомогою одно/двобічної туб/аднексектомії, виконаної шляхом як традиційних (21, або 77,8 %), так і відеолапароскопічних (8, або 30,7 %) технологій. Якщо простежувалися чіткі зміни червоподібного відростка, поряд із тубектомією виконували симультанну апендектомію.

За поєднання ураження придатків з параметритом на тлі клінічних і лабораторних ознак наростання інтоксикації виконували радикальне відкрите оперативне втручання традиційним методом — суправагінальну ампутацію матки з одним та двома придатками (7,4 %).

Післяопераційні ускладнення спостерігалися лише у разі традиційних відкритих операцій і виявлялися частковим нагноєнням післяопераційної

Таблиця 2  
Види оперативних втручань у пацієток групи порівняння

| Вид операції                                 | Абс. кількість | %    |
|--|----------------|------|
| Санація і дренивання черевної порожнини      | 2              | 8,4  |
| Однобічна тубектомія                         | 8              | 33,3 |
| Двобічна тубектомія                          | 4              | 16,6 |
| Однобічна аднексектомія                      | 3              | 12,5 |
| Двобічна аднексектомія                       | 3              | 12,5 |
| Суправагінальна ампутація матки з придатками | 1              | 4,2  |
| Правобічна тубектомія+ апендектомія          | 3              | 12,5 |
| Разом  | 24             | 100  |



рани (одна хвора, тобто 3,7 %). Після відеолапароскопічних втручань післяопераційних ускладнень не було. Тривалість перебування хворих у стаціонарі в разі відеолапароскопії становила  $(4,1 \pm 0,2)$  ліжко-дня, а за відкритих операцій —  $8,2 \pm 0,1$ . Загальний показник становив  $(6,1 \pm 0,2)$  доби.

Характеристику оперативних втручань у жінок з групи порівняння наведено в табл. 2. У 18 хворих (74,9 %) основний зміст операцій полягав у видаленні осередка гнійного або гнійно-деструктивного запалення (як одно-, так і двобічного) з ліквідацією запальних рідинних та гнійних мас із порожнини малого таза, санації її розчинами антисептиків та дренажуванням. У одному спостереженні, за наявності двобічного гнійного сальпінгіту (піосальпінксу) з ознаками параметриту і небезпекою виникнення сепсису, здійснено радикальне втручання — суправагінальну ампутацію матки з придатками. У 3 жінок (12,5 %) у процесі субопераційної констатації гострого гнійного правобічного сальпінгіту виявляли також ознаки запалення червоподібного відростка, через що вдалися до симультанної апендектомії.

У післяопераційний період ускладнення спостерігалися у 2 хворих (8,2 %), зокрема, нагноєння післяопераційної рани і формування запального інфільтрату в порожнині малого таза, який унаслідок медикаментозного лікування набув зворотного розвитку. Середній показник перебування пацієнток з групи порівняння в стаціонарі становив  $(12,2 \pm 0,3)$  ліжко-дня.

Отже, головні загальноприйняті показники ефективності оперативного лікування у хворих з ускладненими формами ГЗХПМ (післяопераційні ускладнення, тривалість перебування в ліжку) в

основній групі пацієнток були кращими, ніж з групи порівняння.

Хоча методи консервативного лікування ГЗХПМ з використанням медикаментозної антибактерійної терапії залишаються «золотим стандартом» при цих видах патології, однак і оперативні втручання в разі запальних уражень малого таза у жінок займають певний лікувальний сегмент [1, 3, 9]. Окремі дослідники наголошують, що найефективнішим методом хірургічного лікування ГЗХПМ на сьогодні є відеолапароскопія з органозберігальними втручаннями [7, 8]. Проте інші автори повідомляють, що відеолапароскопічні операції при ГЗХПМ реалізуються лише у 7 % спостережень [5], оскільки пріоритетними залишаються відкриті операційні технології [1, 5, 9].

### Висновки

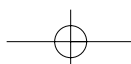
1. Традиційні відкриті і відеолапароскопічні операційні технології є методами ефективного хірургічного лікування хворих з ускладненими формами ГЗХПМ. Вони мають чіткі діапазони своїх можливостей і не конкурують.

2. Діагностично-лікувальні відеолапароскопічні втручання дають змогу верифікувати характер запального процесу з боку придатків матки, забезпечити диференційну діагностику з гострим апендицитом, а також ліквідувати осередок гнійного запалення шляхом органозберігальних операцій.

3. За потреби радикального хірургічного лікування ускладненого гнійно-запального процесу органів малого таза, якщо є загроза розвитку сепсису, методом вибору є відкрите оперативне втручання.

## Література

1. Венцківський Б.М., Чурилов А.В. Гнійно-запальні захворювання придатків матки // ПАГ. — 2002. — № 2. — С. 108—114.
2. Дронова В.Л., Подольський В.В. Алгоритм обстеження жінок з запальними захворюваннями геніталій у сучасних умовах // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. — К., 2003. — С. 256—260.
3. Запорожан В.Н., Трубник В.В., Ничитайло М.Е. Відеолапароскопические операции в хирургии и гинекологии — К.: Здоров'я, 2000. — 293 с.
4. Кулаков В.И., Коренева Е.И. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия // Акуш. и гинекол. — 2002. — № 2. — С. 56—59.
5. Чурилов А.В. Экстренные хирургические вмешательства при гнойно-деструктивных заболеваниях придатков матки // Вісн. Асоціації акушерів-гінекологів України. — 2002. — № 4 (19). — С. 7—11.
6. Beigi R.H., Wieserfeld H.C. Pelvic inflammatory diseases: new diagnostic and treatment // Obst. Gynecol. North Am. — 2003. — Vol. 30, N 1. — P. 777—793.
7. Bevan C.D. Clinical, laparoscopic and microbiological findings in acute salpingitis // Br. J. Obst. Gynecol. — 2001. — Vol. 12, N 4. — P. 407—414.
8. Lower A. Adhesions-selfted seadmission following gynecological laparoscopy in Scotland // Human Reproduction. — 2004. — Vol. 19, N 8. — P. 1877—1885.
9. Miligos S. Hydrosalpinx treatment: comparasion between laparoscopy and laparotomy // Gynecol. Surg. — 2002. — Vol. 18, N 2. — P. 49—50.





*О.В. Прикупенко, М.М. Винту, Д.В. Андриющенко*

### **Традиционные и видеолaparоскопические операционные технологии в лечении осложненных форм острых воспалений в придатках матки**

Проведен анализ результатов оперативного лечения 77 больных с осложненными формами острых воспалительных заболеваний придатков матки (ОВЗПМ). Пациенток разделили на две группы: основную (53 женщины), где для лечения использовали как традиционные, так и видеолaparоскопические хирургические технологии; сравнения (24 больные), где применяли только открытые оперативные вмешательства. Оценен характер и объем операций у пациенток обеих групп. Констатировано, что основные общепринятые показатели эффективности оперативного лечения (послеоперационные осложнения, длительность пребывания в стационаре) в основной группе были лучшими, чем в группе сравнения. Сделано заключение, что открытые и видеолaparоскопические хирургические технологии являются методами эффективного лечения осложненных форм ОВЗПМ.

*O.V. Prykopenko, M.M. Vyntu, D.V. Andryushchenko*

### **Traditional and video-laparoscopic surgical techniques in treating the complicated forms of acute inflammatory diseases of uterine appendages**

The analysis has been held for the results of surgical treatment of 77 patients with complicated forms of acute inflammatory diseases of uterine appendages (AIDUA). All patients were divided into two groups — the main one (53 women), treated with application of both conventional and video-laparoscopic surgical techniques, and a control group (24 patients) treated merely by means of open operative measures. The nature and scope of performed operations was evaluated in the patients of both groups. It was noted that the basic generally accepted indices of the surgical treatment efficiency (postoperative complications, duration of hospital stay) were better for the main group than in the control one. It has been concluded that open and advanced video-laparoscopic surgical techniques are the effective methods of treatment of complicated forms of AIDUA.

