Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Ефективність використання самофіксуючого шовного матеріалу** **при лапароскопічній міомектомії**

Кобилінський І.А., Ластовецька Л.Д.,

Майданик І.В., Щерба О.А., Рамазанов Д.М., Кривко К.Д.

**Анотація**

Розповсюдженість міоми матки серед жінок репродуктивного віку досягає 12-25% від усіх гінекологічних захворювань. Міомектомія в хірургічному лікуванні розглядається як найбільш ефективний підхід, при цьому лапароскопічна міомектомія все більше набуває популярності. Найскладнішим етапом операції при лапароскопічній міомектомії є ушивання дефекту стінки матки після проведення видалення міоми. На сучасному етапі в клінічну практику впроваджуються шовні матеріали нового покоління, такі як самофіксуючі нитки. Використання подібних матеріалів може істотно вплинути на результат оперативного лікування, зменшення інтраопераційної крововтрати.

**Ключові слова:** міома матки, міомектомія, лапароскопія, самофіксуюча нитка, крововтрата.

міома матка лапароскопічний оперативний

Постановка проблеми. Розповсюдженість міоми матки серед жінок репродуктивного віку досягає 12-25% від усіх гінекологічних захворювань. Сучасний підхід до лікування міоми матки направлений, перш за все, на збереження репродуктивної функції у жінок, при цьому міомектомія в хірургічному лікуванні розглядається як найбільш ефективний підхід [1].

Міомектомія зазвичай виконується лапаро- томним доступом, при цьому лапароскопічна міомектомія все більше набуває популярності будучи методом вибору як у хірургів, так і у пацієнтів. Найскладнішим етапом операції при лапароскопічній міомектомії є ушивання дефекту стінки матки після проведення видалення міоми [3].

Аналіз останніх досліджень. На сучасному етапі в клінічну практику впроваджуються шовні матеріали нового покоління, такі як самофік- суючі нитки. Використання подібних матеріалів може істотно вплинути на результат оперативного лікування, знизити частоту ускладнень [2].

У зарубіжній літературі дуже мало даних щодо застосування подібних ниток під час проведення лапароскопічної міомектомії.

Мета статті. Оцінити ефективність лапарос- копічної міомектомії при використанні самофік- суючого однонаправленного шовного матеріалу.

Виклад основного матеріалу. В дослідження були включені 183 пацієнти з міомою матки, яким в послідуючому була проведена міомекто- мія лапароскопічним доступом.

Були підібрані жінки віком від 19 до 46 років, з субсерозною і інтрамуральною локалізацією міоматозних вузлів, у яких відсутня супутня гінекологічна патологія. Діаметр вузла: одинична міома матки - 5-8 см, множинної міоми матки - до 5 см. У випадку множинної міоми матки гранична кількість вузлів - 5. У даних жінок протипоказань до операції не було.

Міомектомія лапароскопічним доступом виконувалася за традиційною методикою. Ложе всіх видалених міоматозних вузлів ушивають інтракорпорально, багаторядним безперервним швом.

Включені в дослідження 183 хворі були ран- домізовані на дві групи, з урахуванням використовуваного шовного матеріалу.

**1** група (n = 126) ушивання дефекту міометрія проводилося самофіксуючою, односпрямованою розсмоктоючою ниткою

**2** група (n = 106) - з використанням розсмоктуваних плетених ниток.

Також виділено 2 підгрупи: Од - одиничний міоматозний вузол, Мн - множинний характер міоми матки. Таким чином, групу 1Од і 2Од склали 56 і 46 пацієнтки відповідно, а групу 1Мн і 2Мн 70 і 60 хворих відповідно.

В 1 групі використовували само фіксуючу монофіламентной нитки V-Loc 180 (Covidien Surgical, США). В 2 групі застосовували синтетичний розсмоктуваний хірургічний матеріал з плетеного волокна на основі гомополімера гліко- євої кислоти.

Статистична обробка даних виконувалася з дотриманням рекомендацій для медичних і біологічних досліджень. Опис кількісних даних з нормальним розподілом розраховувались з використанням середньої величини і стандартної помилки середнього (представлені в форматі М (s)), ці дані порівнювали з допомогою t -критерію Стьюдента для незалежних груп.

Результати дослідження. Всього в даний дослідження включені 232 пацієнтки, яким виконана лапароскопічна міомектомія.

Середній вік пацієнток, які увійшли до дослідження, в групі 1 склав - 32,9±4,9 років, в групі 2 - 34,1±4,2 років. Статистично дані групи за віком можна було порівняти, статистично значущих відмінностей не виявлено (р>0,05).

При порівнянні часу ушивання при одиничному міоматозному вузлі, виявлено, що у пацієнток із застосуванням самофіксуючої нитки (підгрупа 1Од) час зашивання було 13,24 (0,31) хвилини, ніж аналогічний показник при використанні розсмоктуються плетених ниток на основі поліглактіда - 20,94 (0,46) хвилини. При множинній міомі матки порівняння часу відновлення цілісності міометрія після енуклеації міоматозного вузла, в залежності від виду використовуваного шовного матеріалу показало статистично значущі відмінності в групах, в 1Мн підгрупі - 28,84 (0,46) хвилини, навпаки в 2Мн підгрупі - 39,9 (0,96) хвилини. В кінцевому підсумку, в цілому по групах, незалежно від кількості міоматозних вузлів, час необхідний для накладення шва на міометрій після видалення міоматозного вузла, був менше при застосування сам фіксуючої нитки, що підтверджено статистичним аналізом зі значною вірогідністю p<0,01.

Об’єм інтраопераційної крововтрати для одиничного міоматозного вузла, ложе якого вшивають самофіксуючою ниткою в середньому склав - 135,35 (14,36), а використавши нитки на основі гомополімера глікоєвої кислоти, крововтрата збільшилась, склавши 209,38 (27,9) мл.

При множинному характері міоми матки, об’єм крововтрати був більше, враховуючи більшу площу розсічення міометрію.

При застосуванні традиційної нитки показник склав 258,77 (28,52) мл, тим не менш при використанні сучасної нитки - 154,41 (14,02) мл. Тобто при використанні сучасної нитки зменшується крововтрата. Треба враховувати, що зменшенню крововтрати сприяло скорочення часу ушивання ложа вузла.

У групі 1 статистичний аналіз показав зменшення кількості еритроцитів як в групі, так і в підгрупах після виконання операції. Значення, отримані в ході дослідження свідчать: в групі 1Од рівень еритроцитів перед операцією склав - 4,31 (0,05) \* 1012/л і в післяопераційному періоді

**4,3** (0,03) \* 1012/л; в групі 1Мн - 4,37 (0,03) \* 1012/л і 3,95 (0,06) \* 1012/л відповідно. В загальному в 1 групі (з застосуванням сучасного шовного матеріалу) передопераційний рівень склав 4,33 (0,04) \* 1012/л, в післяопераційному періоді - 3,99 (0,05) \* 1012/л; Рівень значущості зміни кількості еритроцитів для всієї групи склав р<0,01.

В післяопераційному періоді у пацієнток із застосуванням традиційного шовного матеріалу також відзначається зниження кількості еритроцитів. В 2Од групі рівень доопераційної кількості еритроцитів склав - 4,41 (0,04) \* 1012/л, а в післяопераційному періоді - 3,81 (0,07) \* 1012/л, тоді як в 2Мн - 4,36 (0,06) \* 1012/л і 3,69 (0,05) \* 1012/л відповідно. В цілому в 2 группі до операції рівень еритроцитів був - 4,38 (0,05) \* 1012/л, а після оперативного лікування склав 3,76 (0,05) \* 1012/л. При статистичному аналізі ці відмінності носили достовірний характер (р<0,01).

Ускладнення, що виникли під час ушивання міометрію спричиненні структурою шовного матеріалу, їх зафіксовано 10 (4,3%). Відрив нитки від голки з однаковою частотою спостерігався в обох групах: у 4 (3,17%) жінок 1 групи, у 4 (3,77%) пацієнтів 2 групи. Однак, варто зазначити, що при відриві нитки від голки під час використання самофіксуючого шовного матеріалу нитка була зрізана біля основи, витягнута голка і залишок шовного матеріалу з черевної порожнини, далі можливо було продовжувати ушивання міометрію новою ниткою з місця відриву, але при використанні шовного матеріалу на основі гомополімера глікоєвої кислоти, при розриві нитки ушивання доводилось починати спочатку. Данна особливість дозволяла, при використанні сучасного матеріалу, дозволяла скорочувати час операції і зменшувати крововтрату. Розрив нитки під час накладання шва спостерігався у 2 (1,89%) жінок групи 2, під час застосування сучасної нитки розрив не було зафіксовано. Після цього шов потрібно було починати спочатку, так як нитка розпускалась і шов був не повноцінним.

Інтраопераційні ускладнення були зафіксовані у 11 (4,74%) хворих: кровотеча з троакарной рани - в 3 (1,29%), передбрюшинна емфізема в 8 (3,44%) жінок. Данні ускладнення не вплинули на результат операції і не обтяжували стан хворих. Зазначені ускладнення зустрічалися в обох групах і не носили статистично значущих відмінностей.

Післяопераційний період у всіх спостережуваних жінок, протікав без особливостей, незалежно від виду застосовуваного шовного матеріалу, що дозволило виписати пацієнтів в задовільному стані в рекомендовані терміни.

**Висновки**

Самофіксісуючі односпрямовані нитки слід розглядати як шовний матеріал ви-

бору для виконання лапароскопічної міомекто- мії, що пов'язано з часовими, гемостатичними перевагами на тлі відсутності клінічно значущих інтраопераційних і ранніх післяопераційних ускладнень.

Використання самофіксуючого шовного матеріалу, яким ушивають інтракорпорально, багато- рядним безперервним швом, дозволяє скоротитичас ушивання ложа міоматозного вузла майже в півтора рази.

Відмічається зменшення крововтрати в 1,5 рази при використанні сучасного шовного матеріалу та як наслідок більш високі рівні еритроцитів в післяопераційному періоду у жінок, порівняно з використанням волокна на основі го- мополімера глікоєвої кислоти.

**Список літератури**

1. Буянова С. Н., Мгелиашвили М. В., Петракова С. А. Современные представления об этиологии, патогенезе и морфогенезе миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - Т. 8. - С. 45-51.

2. Srividhya Sankaran, Isaac T. Manyonda. Medical management of fibroids. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Vol. 22, № 4, pp. 655-676, 2008.

3. Петракова С. А., Буянова С. Н., Мгелиашвили М. В. Возможности миомэктомии в коррекции репродуктивного здоровья женщин с миомой матки // Российский вестник акушера гинеколога. - 2009. - №. 1. - С. 30-34.