

ЛАПАРОСКОПІЧНА ОПЕРАТИВНА ГІНЕКОЛОГІЯ

© О. М. Юзько, Т. А. Юзько, Т. Кириляк

Лабораторія репродуктивної медицини, м. Чернівці

РЕЗЮМЕ. В статті наведено аналіз 1000 лапароскопічних операцій в гінекології. Розглянуто особливості оперативної техніки, частота планових та ургентних операцій залежно від нозології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лапароскопія, оперативна гінекологія.

Вступ. Швидкий прогрес медичної науки та техніки, активне впровадження новітніх технологій докорінно змінили рівень надання гінекологічної оперативної допомоги [1]. Ендоскопічні гінекологічні операції сьогодні посідають чільне місце в сучасній оперативній гінекології [2]. Малотравматичність та широкі оперативні можливості визначили суттєві переваги ендоскопічних методів над лапаротомією [4]. В першу чергу це стосується лапароскопічної гінекології при безплідді, де спостерігається істотний прогрес [5]. Розширення можливостей оперативної лапароскопії в гінекології обумовило ряд дискусійних питань стосовно тактики, технічних оперативних прийомів, обсягів хірургічного втручання в разі міом, пухлин яєчника, ендометріозу та інших захворювань. Актуальними є питання навчання лапароскопічної хірургії, уточнення обсягів реабілітаційних заходів, необхідності застосування антибіотиків, гормональної контрацепції, знеболювання та ін.

Мета дослідження. Провести ретроспективний аналіз лапароскопічних операцій в гінекології.

Матеріал і методи дослідження. Ми провели аналіз 1000 лапароскопічних гінекологічних операцій. Пацієнтки були віком від 12 до 68 років. Усім пацієнткам проводили передопераційне клініко-лабораторне обстеження за загальноприйнятою методикою та ультразвукове дослідження. Жінок із безпліддям обстежували згідно з рекомендованим МОЗ України алгоритмом. Ендоскопічні втручання виконували за типовою методикою [6]. Для їхнього проведення використано апаратуру та інструментарій фірми «Карл Шторц».

Результати й обговорення. Виконані лапароскопічні оперативні втручання були плановими у 890 (89,0 %) пацієнток, ургентними — у 110 (11,0%). З порушеною репродуктивною функцією було 523 (52,3%) пацієнтки. У 30,0 % жінок хірургічне лікування проведено за наявності поєднаної патології. Ендоскопія дала змогу встановити причину безпліддя у 83,0% хворих. В основному спостерігався трубно-перитонеальний чинник та ендометріоз (63,4%). У 45,3% пацієнток доопераційне обстеження не дало повної інформації про чинники трубно-перитонеального безпліддя. У 29,4% хворих з безпліддям трубного походження первинне виявлено у 37,8 % пацієнток, вторинне — у 62,2 %. Хронічний сальпінгофорит спостерігали в 69,0 % пацієнток, раніше перенесені операції — у 378 (37,8%): апендектомії — у 135 (13,5%), у зв'язку з трубною вагітністю — у 117 (11,7 %), на придатках матки у зв'язку із запаленнями — у 79 (7,9%), при трубно-перитонеальному безплідді хірургічним доступом — у 47 (4,7 %) жінок. У 81,2 % пацієнток під час лапароскопії діагностовано двобічну непрохідність маткових труб, у 16,9% — односторонню, в 1,9% трубу видалено раніше з приводу позаматкової вагітності. За даними хромосальпінгоскопії: I ступінь оклюзії діагностовано в 19,4% пацієнток, II — у 52,2 %, III — у 22,9 %, IV — у 5,5 % за класифікацією Donnez [7]. У 56,7% пацієнток трубна непрохідність в дистальних відділах поєднувалася зі спайковим процесом придатків матки. При цьому I стадію спайкового процесу малого таза (у разі непрохідності хоча б однієї труби) виявлено у 18,2 % пацієнток, II стадію — у 37,3 %, III — у 29,9%, IV — у 14,6% за класифікацією Nilka [8]. У таких хворих перед проведенням пластичних операцій виконували аквапурацію, електрохірургічний сальпінгооваріолізис та розрізання спайок ножицями. Усім пацієнткам проводили інтраопераційну хромосальпінгоскопію: з антибіотиком (32,8 % пацієнток), з антисептиком (21,3%), або з озонованим розчином (45,9%) — за розробленими нами реабілітаційними методиками. Прокідність двох маткових труб відновлено у 92,3 % пацієнток, у решти — лише однієї.

Відновлення прохідності маткових труб з оклюзією I ступеня відбулося у 90,7 % пацієнток, що є досить вагомим результатом. За умов оклюзії II, III та IV ступенів результати значно нижчі: відповідно 71,3%, 64,5% та 53,3%. У цілому прохідність маткових труб відновлено у 425 пацієнток із 634 простежених шляхом МСГ, що становило 69,9%.

У пацієнток зі спайковим процесом придатків матки I ступеня вдалося домогтися достатньо

високої частоти настання вагітності — 54,9%. Для II ступеня вона була нижчою у 2,3 рази ($p < 0,05$) у разі III ступеня — низькою ($p < 0,01$), а за IV — вкрай низькою ($p < 0,001$). Загальна частота настання вагітності становила 21,2 %, тобто завагітніла кожна п'ята прооперована пацієнтка. Слід зазначити, що у 3,7 % пацієнток була позаматкова вагітність, тобто в цілому ефективність лапароскопічних операцій становила близько 19 %.

Ендометріоз під час лапароскопії ми виявили у 96 (9,6%) пацієнток. У 89% хворих зовнішній генітальний ендометріоз був асоційований з безпліддям. Перша або друга стадії ендометріозу були у 84% пацієнток. Ми вважаємо, що лапароскопія є доцільною в усіх випадках, коли є підозра на наявність ендометріозу в жінок із безпліддям. По-перше, лапароскопія потрібна для того, щоб діагностувати «малі» форми ендометріозу. По-друге, консервативне хірургічне втручання у зв'язку з ендометріозом I-II стадії часто є настільки ефективним, що вдається повністю видалити його вогнища. По-третє, є свідчення достатньої кількості досліджень про позитивний ефект лапароскопічної хірургії в разі безпліддя, зумовленого «малими» формами ендометріозу. Водночас переконливих доказів ефективності медикаментозної терапії у таких хворих поки що немає [2].

Лапароскопію в лікуванні доброякісних пухлин яєчника ми застосували в 147 (14,7 %) пацієнток. Обсяг операції визначали індивідуально. У 64 % пацієнток були кісти (переважно жовтого тіла), у 36 % — кістоми яєчників. У 92 % пацієнток проведено резекцію яєчників або видалення капсули кісти. Завжди ми намагалися залишити більшу частину тканини яєчника, особливо у дівчат-підлітків.

У 24 (7,5%) хворих проведено лапароскопічну асистовану вагінальну гістеректомію, у 38 (3,8 %) — стерилізацію, у 6 (0,6%) — вентерофіксацію. Міомектомію лапароскопічним шляхом виконано у 18 (1,8%) хворих. Субсерозні міоматозні вузли були у

87% пацієнток, інтрамуральні — у 13%. Вузли видаляли через розширений отвір лівого бокового троакара.

У 18 пацієнток (1,8%) лапароскопію застосували за наявності аномалій внутрішніх статевих органів для подальшого визначення плану лікування. З них у 80 % пацієнток проведено операцію створення штучної піхви комбінованим лапароскопічно-промежинним методом.

У 25 (2,5%) пацієнток лапароскопію виконали у зв'язку з наявним хронічним тазовим больовим синдромом. У 6 пацієнток діагностовано спайковий процес малого таза, у 6 — зовнішній генітальний ендометріоз, в 5 — аденоматоз, у 4 — гідросальпінкс, в 4 випадках не виявлено причину.

У разі апоплексії яєчників (6 пацієнток - 0,6 %) в трьох випадках застосовано коагуляцію місця розриву, у інших — ушивання розриву. У зв'язку з порушенням цілісності капсули кісти яєчника прооперовано три жінки (0,3%). Видалено капсулу кісти з подальшою коагуляцією ложа. Якщо поверхня коагуляції була великою, для профілактики утворення спайок накладали ендошов. У разі позаматкової вагітності (68 пацієнток - 6,8%) обсяг оперативного втручання залежав від локалізації плодового яйця, характеру ушкодження маткової труби та об'єму кровотрати. У 42 % пацієнток виконано операції із збереженням органа. У 31 (3,1 %) пацієнтки лапароскопію застосовано за наявності гнійних запальних захворювань придатків матки в обсязі операцій із збереженням органа.

Висновок. Упровадження ендоскопічних технологій в гінекологічну хірургію істотно змінило класичні підходи до оперативного лікування більшості гінекологічних захворювань, в першу чергу при безплідді.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно продовжити аналіз ефективності лапароскопічних операцій при жіночому безплідді.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Альтернативные* методы преодоления трубно-перитонеального бесплодия / Г.М. Савельева, К.В. Краснопольская, С.В. Штыров, А.Е. Бучеренко // *Акушерство и гинекология*. – 2002. – № 2. – С. 10-13.
2. *Гладчук И.З.* Комбинация терапии агонистами ГНРГ и эндохирургии в гинекологии – путь к лучшим результатам // *Актуальные вопросы эндометриоза, Astra Zeneca*. – 2003. – № 1. – С. 9-10.
3. *Гладчук И.З.* Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з дистальними оклюзіями / І.З. Гладчук, А.В. Шитова // *Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії*. – 1999. – Т. 3, № 1. – С. 32-34.
4. *Запорожан В. М.* Основні компоненти мультифакторної безплідності у жінок / В.М. Запорожан, Р.В. Соболев // *ПАГ* – 2003. – № 1. – С. 101-103.

5. *Здановский В.М.* Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом / В.М. Здановский, Л.В., Фандеева // *Проблемы репродукции*. – 2000. – № 3. – С. 48-49.

6. *Овсяникова Т. В.* Бесплодный брак / Т.В. Овсяникова, И.Е. Корнеева // *Акушерство и гинекология*. – 1998. – № 1. – С. 32-36.

7. *Donnez J.* Microchirurgie des lesions tubulaires distales. Analyse de 270 interventions J. Donnez, F. Casanas-Roux // *J. Gynec. Obstetr. Biol. Reprod.* – 1986. – Vol. 15, N 3. – P. 339-346.

8. *Hulka J.F.* Textbook of laparoscopy / J. F. Hulka, H. Retch. – Philadelphia, 1998. – P. 118-119.