

ПЕРСПЕКТИВИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ

Буковинська державна медична академія

ПЕРСПЕКТИВИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ В РЕПРОДУКТИВНІЙ МЕДИЦИНІ – Проведено аналіз 500 лапароскопічних операцій у жінок з безпліддям. Найбільш часто проводили сальпінгооваріолізис, ендокоеагуляцію вогнищ ендометріозу, енуклеацію кіст, біопсію і резекцію яєчників, міомектомію. У більшості хворих одночасно виконували 2-3 лапароскопічних втручання, що обумовлено високою частотою поєднання різних факторів безпліддя. У двох третин хворих діагностована безплідність трубного походження. Зроблено висновок, що лапароскопія зайняла основне місце в діагностиці та лікуванні безплідності, яка триває більше 2-х років.

PROSPECTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN REPRODUCTIVE MEDICINE – Abstract. The analysis of 500 laparoscopic operations in women with sterility has been carried out. The most common procedures included salpingoovariolysis, endocoagulation of endometriosis foci, cystic enucleation, ovarian biopsy and resection, myomectomy. The majority of patients were simultaneously underwent 2-3 laparoscopic interventions, the later being associated with a high rate of sterility. In two thirds of the patients was diagnosed of tubal origin. The conclusion has been made that laparoscopy has the leading position in the diagnosis and treatment of sterility which has lasted for more than two years.

Ключові слова: лапароскопія, репродуктивна медицина.

Key words: laparoscopy, reproductive medicine.

ВСТУП В останні роки в гінекології, як за кордоном, так і в нашій державі діагностична та оперативна лапароскопія знаходить все більше застосування [1]. Найбільш часто в ургентній гінекології лапароскопія використовується при ектопічній вагітності [2], а в плановій – при безплідності [3]. Близько 12 % подружніх пар дітородного віку безплідні,

причому в 30 % випадків основною причиною безплідності є патологія маткових труб [4]. Безпосередні зміни в маткових трубах базуються на їх повній або частковій непрохідності, враженні м'язового шару, спайкових перитубарних змінах, порушенні скорочувальної функції труб, що в цілому обумовлює неможливість сприйняття яйцеклітини, або її транспорт в матку. У кожній 4-ї пацієнтки з безплідністю неясного походження діагностується ендометріоз [5].

Ендовідеохірургія в репродуктивній медицині сьогодні – це, без сумніву, новий напрямок та новий розділ гінекології, який потребує нових підходів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Лапароскопічні операції виконані в 500 пацієнток, які звернулися до Буковинського центру репродуктивної медицини з приводу безплідності. Обстеження подружніх пар виключило безплідність в 75 % чоловіків. В 25 % випадках було поєднання чоловічого та жіночого факторів порушення репродуктивної функції.

Показаннями до лапароскопії були порушення прохідності маткових труб та злуквий процес у малому тазу, ендометріоз, ендокринні форми безпліддя, пухлини матки або яєчників, вроджена патологія геніталій. Пацієнтки були у репродуктивному віці, тривало та невдало лікувалися з приводу безпліддя. Види та об'єм оперативного втручання у хворих з безпліддям, як правило, залежали від виявленої патології. Найбільш часто проводили сальпінгооваріолізис, ендокоеагуляцію вогнищ ендометріозу, енуклеацію кіст, біопсію і резекцію яєчників, міомектомію. У більшості

хворих одночасно виконували 2-3 лапароскопічних втручання, що обумовлено високою частотою поєднання різних факторів безпліддя. Лапароскопію виконували за загальноприйнятною методикою під загальною анестезією з використанням інструментів та апаратури фірми "Storz".

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У 72 % хворих безпліддя було обумовлено трубно-перитонеальним фактором. Частота вагітності у них після операції склала 29 %. На ефективність реконструктивно-пластичних операцій впливала тривалість захворювання, вік хворої, число рецидивів та розповсюдження злукового процесу. Так, при розповсюдженні I-II ступеня відновлення прохідності труб відбувається у 88-94 % випадків, при III-IV ступеню – 28-37 % незалежно від оперативного доступу.

Консервативна міомектомія виконана у 80 хворих. Розміри вузлів варіювали від 12 до 200 мм, їх кількість – від 1 до 20. Міомектомія при безплідді, скоріше за все, доцільна. Видалення міоматозних вузлів на ранніх стадіях дозволяє зберегти та відновити репродуктивну функцію в більшості хворих, а також зменшити в подальшому частоту гістеректомії.

Зовнішній генітальний ендометріоз I-IV стадії поширення (класифікація Американського товариства фертильності, 1985) виявлений нами в 26 % хворих. При обстеженні хворих на ендометріоз найбільш часто відмічений больовий синдром при регулярних менструаціях та переважно первинна безплідність (61 %). Зовнішній генітальний ендометріоз, за нашими даними, найбільш часто локалізується на широких маткових зв'язках (68 %), крижовоматкових зв'язках (60 %), очеревині позадматкового простору (47 %), яєчниках (12 %). До найбільш рідких локалізацій слід віднести ендометріоз маткових труб (2 %) та круглих зв'язок (1 %). При розповсюдженості ендометріозу I-II стадії найбільш часто вражаються крижовоматкові (68 %) та широкі зв'язки (56 %), при III-IV стадії найбільш частою локалізацією стають широкі зв'язки (90 %) та яєчники (99 %).

Порівняльне вивчення ряду методів лікування безплідності при ендометріозі показало, що лише ендоскопічна коагуляція його вогнищ або видалення ендометріодних кіст яєчників призводять до настання вагітності в 19 % випадків. Оптимально для лікування цих хворих є поєднання ендоскопічної і медикаментозної терапії, при якому частота настання вагітності складає 35 %, а при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій – 48 %.

При ультразвуковому і лапароскопічному обстеженні кісти яєчників були діагностовані у 18 %. Найбільш частими у цих хворих були скарги на порушення менструальної функції (35 %), безплідність (36 %), болючі менструації (23

%). Лапароскопія дозволила діагностувати зрілу тератому в 16 % хворих, серозні та муцинозні цистаденоми – у 13 %, параоваріальні кісти – в 9 %, фіброму яєчників – у 5 % хворих. Діаметр пухлин коливався від 6 до 25 см. В усіх випадках пухлини були видалені при ендоскопії: кістозні утворення шляхом оваріотомії і енуклеації кіст, фіброми і екзофітні серозні цистаденоми – шляхом резекції яєчників в межах здорової тканини. Слід відмітити, що при гінекологічному дослідженні пухлини яєчників вдається виявити лише в 30 % випадків, при ультразвуковому дослідженні – у 96 % хворих, при лапароскопії – у всіх обстежених. Результати лапароскопічного і ультразвукового дослідження збігалися в 95 % випадків.

Лапароскопічна біопсія або резекція яєчників – найбільш часте оперативне втручання, що дозволяє відновити репродуктивну функцію в 32-45 % хворих з СПКЯ. Представляє інтерес порівняння ефективності різних видів ендоскопічних операцій – резекції яєчників та їх коагуляції монополярним коагулятором. Частота відновлення репродуктивної функції незалежно від виду операції виявилася практично однаковою. Найбільш висока ефективність відновлення репродуктивної функції при поєднанні ендоскопічного та гормонального лікування (55 %).

ВИСНОВОК Ендоскопічної хірургії, безумовно, належить майбутнє. Цей метод в гінекології вже в даний час довів свою ефективність та порівняну безпечність як при простих втручаннях (деструкція вогнищ ендометріозу), так і при складних операціях (гістеректомія). Особлива роль відводиться діагностиці та лікуванню жіночого безпліддя – області, де виконується 90 % усіх лапароскопій. На нашу думку, сьогодні можна говорити про новий напрям ендоскопічної хірургії – репродуктивну ендоскопічну хірургію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Запорожан В.М. Становлення та перспективи розвитку ендоскопічних і малоінвазивних методів лікування в Одесі // Одеський медичний журнал. – 2001. – № 1 (63). – С.3-5.
2. Маргиани Ф.А. Роль лапароскопії в діагностиці і ліченні некоректних форм жіночого бесплодія // Вестник. – 2001. – № 1. – С. 59-62.
3. Чернецька О.С. Сучасні підходи до діагностики, лікування та реабілітації хворих з трубної вагітністю: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2000. – 30 с.
4. Гладчук І.З., Шитова А.В. Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з дистальними трубними оклюзіями // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Том 3, № 1. – С. 32-34.
5. Краснопольская К.В., Штыров С.В., Бугеренко А.Е., Чеченова Ф.К. Хирургическое лечение трубного бесплодия (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2000. – № 4. – С. 31-35.