

УДК 618.1–072.1

Практична лапароскопічна оперативна гінекологія

О. М. Юзько, Т. А. Юзько, В. І. Єршов, В. К. Галіц

Вузлова клінічна лікарня на станції Чернівці Львівської залізниці

Ключові слова: лапароскопія, оперативна гінекологія.

Значний прогрес медичної науки і техніки, швидке впровадження новітніх технологій в діагностику та лікування докорінно змінили рівень надання гінекологічної оперативної допомоги [1]. Ендоскопічні гінекологічні операції сьогодні посідають чільне місце в сучасній оперативній гінекології [2, 7]. Малотравматичність та широкі оперативні можливості визначили суттєві переваги ендоскопічних методів над лапаротомією [4]. Передусім це стосується репродуктивної лапароскопічної гінекології, де спостерігається істотний прогрес [5].

Слід зауважити, що розширення можливостей лапароскопії в гінекології породило низку 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 та ін.

Матеріал і методи дослідження

Ми провели аналіз 320 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 безплідністю обстежували згідно з рекомендованим ВООЗ алгоритмом діагностування. Ендоскопічні втручання виконували за типовою методикою [6]. Для їхнього проведення використано апаратуру та інструментарій фірми «Карл Шторц».

Результати та обговорення

Виконано лапароскопічні оперативні втручання: планові — у 285 (89,1%) пацієнток, ургентні — у 35 (10,9%). З порушеною репродуктивною функцією було 46,4% пацієнток.

У репродуктивній лапароскопічній хірургії переважають реконструктивно-пластичні операції та втручання із збереженням органа, тому роль ендохірургії в ній та її основні напрямки визнача-

ються високою діагностичною цінністю, малоінвазивністю, ранньою соціальною та медичною реабілітацією хворих. Упровадження сучасної ендохірургічної техніки посприяло стрімкому розвитку репродуктивної хірургії та значному розширенню обсягів оперативних втручань у ній. Ендоскопія майже в усіх випадках була методом підсумкової діагностики й лікування безплідності та ендометріозу. У 30% жінок хірургічне лікування проведено за наявності поєднаної патології.

Ендоскопія дала змогу встановити причину безплідності у 83% хворих. В основному, спостерігався трубно-перитонеальний чинник та ендометріоз (63,4%). У 45,3% пацієнток доопераційне обстеження не дало повної інформації про чинники трубно-перитонеальної безплідності. У 29,4% хворих діагностовано зовнішній генітальний ендометріоз. З-поміж 214 жінок із безплідністю трубного походження первинну безплідність виявлено у 81 (37,8%) пацієнток, вторинну — у 133 (62,2%). Хронічний сальпінгофорит спостерігали в 149 (69,6%) пацієнток, раніше перенесені операції — у 81 (37,8%): апендектомії — у 29 (13,5%), у зв'язку з трубною вагітністю — у 25 (11,7%), на придатках матки у зв'язку із запаленнями — у 17 (7,9%), у зв'язку з трубно-перитонеальною безплідністю хірургічним доступом — у 10 (4,7%) жінок. У 81,2% пацієнток під час лапароскопії діагностовано двобічну непрохідність маткових труб, у 16,9% — одnobічну, в 1,9% трубу видалено раніше з приводу позаматкової вагітності. За даними хромосальпінгоскопії: I ступінь оклюзії відзначено в 19,4% пацієнток, II — у 52,2%, III — у 22,9%, IV — у 5,5% за класифікацією Donnez [8]. 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 J. Hulka [9]. У таких хворих перед проведенням пластичних операцій виконували аквапурацію, електрохірургічний сальпінгооваріолізис та розрізання спайок ножицями.

Лапароскопічну сальпінгостомію виконували за методикою І. З. Гладчука [3] або після розрізання в центрі гідросальпінксу маткової труби з максимальним збереженням зв'язки Річарда, аспірації вмісту труби, іригації, ампулоскопії, ретракції серозної оболонки труби, контролю гемостазу, хромосальпінгоскопії та промивання. Фімбріопластику проводили за допомогою легкої механічної або рідинної дезаглютинації та фімбріоредукції (дилатаційної, секційної контрмезентеральної — на протилежній мезосальпінксу частині маткової труби), рідше електрохірургічно. Інколи фімбріопластику доповнювали ретракцією серозної оболонки шляхом коагуляції — вапоризації (flowering effect). Сальпінгоектомію виконували у разі товстостінних деформованих гідросальпінксів, особливо за обструктивно-оклюзивних уражень обох труб. Тканину роз'єднували після коагуляції біполярно максимально біля маткової труби задля збереження судин яєчника. Усім пацієнткам проводили інтраопераційну хромосальпінгоскопію: з антибіотиком «Ципринол» (32,8 % пацієнток), з антисептиком мірамистином (21,3 %) або з озонованим розчином (45,9 %) — за розробленими нами реабілітаційними методиками. Після завершення операції створювали помірний гідроперитонеум теплими розчинами, які використовувалися для хромосальпінгоскопії. Прхідність 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 142 пацієнток з-поміж 203 із простеженим шляхом МСГ, що становить 69,9 %.

У пацієнток зі спайковим процесом придатків матки I ступеня вдалося досягти достатньо високої частоти настання вагітності — 54,9 %. Для II ступеня вона була нижчою у 2,3 разу ($p < 0,05$), 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 31 (9,6 %) пацієнтки. У 89 % хворих зовнішній генітальний ендометріоз був асоційований з безплідністю. 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 безплідністю.

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 безплідності, зумовленої «малими» формами ендометріозу. Водночас переконаливих доказів ефективності медикаментозної терапії у таких хворих поки що немає [2].

Лапароскопію в лікуванні доброякісних пухлин яєчника ми застосували в 47 (14,7 %) пацієнток. Обсяг операції визначали індивідуально. У 64 % пацієнток були кісти (переважно жовтого тіла), у 36 % — кістоми яєчників. У 92 % пацієнток проведено резекції яєчників або видалення капсули кісти. Завжди ми намагалися залишити більшу частину тканини яєчника, особливо у дівчат-підлітків.

У 24 (7,5 %) хворих проведено лапароскопічну асигностовану вагінальну гістеректомію, у 12 (3,8 %) — стерилізацію, у 2 (0,6 %) — вентерофіксацію. Міомектомію лапароскопічно шляхом виконано у 16 (1,8 %) хворих. Субсерозні міоматозні вузли були у 87 % пацієнток, інтрамуральні — у 13 %. Вузли видаляли через розширений отвір лівого бокового троакара.

У 26 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 8 (2,5 %) пацієнток лапароскопію виконали у зв'язку з наявним хронічним тазовим больовим синдромом. У 2 пацієнток діагностовано спайковий процес малого таза, у двох — зовнішній генітальний ендометріоз, в однієї — аденоматоз, гідросальпінкс — у двох, не виявлено причину — в однієї.

У разі апоплексії яєчників (2 пацієнтки, 0,6 %) в одному випадку застосовано коагуляцію місця розриву, у другому — ушивання розриву. У зв'язку з порушенням цілісності капсули кісти яєчника прооперовано одну жінку (0,3 %). Видалено капсулу кісти з подальшою коагуляцією ложа. Якщо поверхня коагуляції була великою, для профілактики утворення спайок накладали ендошов. У разі позаматкової вагітності (22 пацієнтки, 6,8 %) обсяг оперативного втручання залежав від локалізації плодового яйця, характеру ушкодження маткової труби та об'єму крововтрати. У 42 % пацієнток виконано операції із збереженням органа. У 10 (3,1 %) пацієнток 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 гі-

некологічних захворювань із розширенням можливостей хірургії — із збереженням органа та реконструктивно-пластичної.

Цитована 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 / *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. *Польова С. П.* Хронічний тазовий біль у жінок: новітні методи діагностики та лікування // *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*.— 2003.— Т. 2, № 4.— С. 45–46.
8. *Donnez J.* Microchirurgie des lesions tubulaires distales. Analyse de 270 interventions / *J. Donnez, F. Casanas-Roux* // *J. Synec Obstetr. Biol Reprod*.— 1986.— Vol. 15, N 3.— P. 339–346.
9. *Hulka J. F.* Textbook of laparoscopy / *J. F. Hulka, H. Retch*.— Philadelphia, 1998.— P. 118–119.

Практическая лапароскопическая оперативная гинекология

А. М. Юзько, Т. А. Юзько, В. И. Ершов, В. К. Галиц

В работе проведен анализ 320 urgentных и плановых лапароскопических гинекологических операций. Определена частота и структура лапароскопических операций в зависимости от нозологии. Приведена характеристика и особенности лапароскопической гинекологической хирургии.

The practical laparoscopic surgical gynecology

O. M. Yuz'ko, T. A. Yuz'ko, V. I. Yershov, V. K. Halits

The paper deals with the analysis of 320 urgent and elective laparoscopic gynecological operations. The frequency and pattern of laparoscopic operations have been evaluated depending on nosology. The specific characteristics of laparoscopic gynecologic surgery are adduced.