

# Нові горизонти гінекологічної хірургії: збереження репродуктивної функції у жінок з гінекологічною патологією

10–11 грудня 2015 р. у конференц-залі готелю «Космополіт» (Київ) відбулася VII Міжнародна конференція «Нове обличчя гінекологічної хірургії – 2015 (сучасні тенденції в репродуктивній хірургії)». Організаторами заходу виступили Міністерство охорони здоров'я України, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Універсальна клініка «Оберіг», «International Center for Endoscopic Surgery» (Франція) і Тренінговий центр «Ендофорс». Подія зацікавила прогресивних лікарів-гінекологів (хірургів), акушерів-гінекологів та спеціалістів-репродуктологів, що об'єдналися для опанування нових та удосконалення відомих ендоскопічних методик хірургічної корекції гінекологічної патології. Пріоритетними в роботі конференції цього разу стали питання хірургічного лікування при трубному безплідді, фіброміомі матки і ендометріозі у жінок із репродуктивними намірами.



Урочисте відкриття засідання почалося вітанням заступника міністра охорони здоров'я **Віктора Шафранського**, який відзначив досягнення українських фахівців з ендоскопічної хірургії, окресливши їхні здобутки, що дозволяють їм не тільки йти в ногу із зарубіжними колегами, а навіть у деяких аспектах випереджати. В. Шафранський побажав учасникам конференції ефективно використати наступні 2 дні для здобуття нових знань та практичних навичок із подальшою їх імплементацією у власну практику.



Робочу частину форуму відкрила доповідь «Нове обличчя гінекологічної хірургії 2009–2014 рр. Шлях, який ми пройшли з Вами» **Миколи Менделія**, кандидата медичних наук, доцента кафедри загальної та невідкладної хірургії Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, заідувача відділення загальної та абдомінальної хірургії Універсальної клініки «Оберіг», координатора з хірургії тренінгового центру «Ендофорс», Україна. За 7 років роботи конференції розглянуто низку пріоритетних і, безумовно, актуальних аспектів гінекологічної хірургії, зокрема питання лапароскопії в акушерстві, генітального пропалпусу, профілактики спайкової хвороби, ендометріозу, фіброміомі матки, а також недоліків та переваг застосування малоінвазивних методик в онкогінекології.

Ідейним натхненником, керівником і першим організатором заходу є **Анатолій Єфименко**, провідний акушер-гінеколог, хірург, роль якого у розвитку сучасної гінекологічної хірургії важко переоцінити. Саме завдяки йому стало можливим започатку-

вання гарної традиції проведення форуму — зручного майданчика для обміну досвідом і отримання нових знань фахівцями.



**Томаш Пашковський** (Tomasz Paszkowski), професор, керівник З-їкафедри Клініки гінекології Люблінського медичного університету, Польща, детально зупинився на сучасних стратегіях лікування пацієнток з фіброміомою матки, розглянувши їх в порядку зменшення інвазивності — від тотальної і субtotальної гістеректомії до медикаментозної терапії. У зв'язку з можливістю мінімізації інвазивного втручання все більше жінок прагнуть зберегти матку. Після операційного ускладнення, до яких призводить застосування тотальної чи субtotальної гістеректомії, — ще одна причина ретельно зважувати переваги та недоліки зазначеної інвазивної стратегії. Крім того, значна частка пацієнток скаржиться на виникнення проблем із кишечником, часті запори, підвищення частоти сечовипускання, ніктурію і стресове нетримання сечі, а також розвиток несоматичних розладів, таких як тривожність, різкі зміни настрою, соціальні дисфункциї та емоційні розлади, через 6–12 місяців після проведення гістеректомії.

У новому дослідженні L.E. Соропата та співавторів, результати якого опубліковані у грудні 2014 р., взяли участь 3 тис. жінок, мешканок штату Мічиган, США, яким проводили гістеректомію з приводу доброкісних новоутворень. Отримані дані свідчать про недостатнє використання лікарями альтернативних застежень процедурі стратегій лікування, а також низький рівень дотримання чинних сьогодні методичних рекомендацій. Врахувочі клінічні і гістологічні дані, 18% проведених процедур виявилися непотрібними.

Лапароскопічна міомектомія — одна з альтернативних гістеректомії методик, яка характеризується меншою інвазивністю. Однак результати низки досліджень репродуктивного здоров'я жінки після проведення

зазначеної операції свідчать про підвищення ризику формування аномальної плаценти. Водночас вибір лікарем емболізації маткових артерій — безпечної, мінімально інвазивної методики лікування при фіброміомі матки — асоціюється з кращим репродуктивним результатом (слабка доказова база), меншою кількістю незначних ускладнень. Проте має вищий ризик хірургічного втручання через 2–5 років після проведення процедури.

Однією з найбільш багатообіцяльних альтернативних хірургічному втручанню методик можна вважати терапію уліпристалиром — препаратом статевих гормонів і модулятора статевої системи. Зокрема, застосування цього препарату сприяло зменшенню об'єму фіброміом без утворення рубців стінок матки, забезпечуючи негайне відновлення овуляторних циклів після закінчення курсу.

При цьому ризик розриву матки в період вагітності менший порівняно з таким при проведенні міомектомії, так само як і частота випадків кесаревого розтину. Однак зазначена методика потребує ретельного відбору пацієнток і може застосовуватися в обмеженого кола жінок. При порівнянні терапії уліпристалиром і методики емболізації маткових труб встановлено їх майже однакову ефективність у контексті зменшення об'єму міоматозного вузла.

Досвід застосування терапії уліпристалилом перед проведенням оперативного втручання достатньо успішний. Така стратегія дозволяла досягнути більш оптимального передопераційного рівня гемоглобіну, зменшити об'єм крововтрати і, відповідно, об'єм гемотрансфузії, давала можливість замінити гістеректомію міомектомією, а також альтернативними лапароскопічними методиками. Застосування зазначененої стратегії у жінок із репродуктивними намірами покращує прогноз у програмі екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

Відносно нова методика лікування при фіброміомі матки — застосування сфокусованого ультразвуку з термічною ablацією тканини пухлини без впливу на інші тканини. Методика є експериментальною, однак передньої застосування сприяє зменшенню розмірів фіброміом матки на 39–58%, змен-

шує вираженість основних симптомів патології, при цьому не підвищуючи ризику викидня та інших негативних наслідків.



Проблему нових напрямів лікування пацієнтів з ендометріомою висвітлив у своїй доповіді **Жан-Люк Пулі** (Jean-Luc Pouly), доктор медицини, професор кафедри екстракорпорального запліднення та керівник

напрямку ЕКЗ відділу акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Університетської клініки та Університету д'Овернь, Клермон-Ферран, Франція. З урахуванням того, що ендометріома за своєю суттю є вузлом, який розташований на поверхні яєчника і поступово проникає в нього, залишаючи капсулу незмінною, мета лікаря — видалити внутрішній вміст яєчника без пошкодження зовнішньої тканини капсули і без порушення його васкуляризації. При цьому необхідно намагатися максимально знизити ризик рецидувати патології та не пропустити рак яєчника, що може ховатися під виглядом ендометріоми.

Сьогодні акушерам-гінекологам доступні такі методики лікування при ендометріомі:

- медикаментозна терапія;
- цистектомія;
- руйнування кісті з використанням лазерної, плазмової чи електроагуляції;
- метод склеротерапії.

Доказова база ефективності застосування медикаментозної терапії при лікуванні пацієнтів з ендометріомою наразі під питанням. Вибір цистектомії примушує хірурга ретельно підбрати місце розрізу, оскільки вірогідність пошкодження здорового кортикального шару при проведенні маніпуляції достатньо висока. Такий ризик зростає при проведенні передопераційного медикаментозного лікування і при малих розмірах ендометріоми. Також цистектомія асоціювана з підвищеним ризиком деваскуляризації.

Деструкція капсули кісті з використанням лазера та плазми — достатньо добре вивчені стратегії, які застосовують протягом останніх 10 років. На перший погляд, вони дозволяють краще контролювати глибину проникнення, що знижує ризик пошкодження капсули. Однак це можливовиключно при виборі оптимального кута входження в кісту коагулятора. При цьому використання повторної коагуляції в одному й тому самому місці неможливе через ризик руйнування здорової тканини капсули.

Досвід застосування електроагуляції при оперативному лікуванні пацієнтів з ендометріомою свідчить про відсутність оптимального контролю глибини проникнення, що значно підвищує ризик пошкодження кортикального шару капсули та воріт яєчника з порушенням васкуляризації. Водночас склеротерапія, яка включає відсмоктування вмісту кісті з подальшим заповненням останньої етанолом, на думку доповідача, є найбільш простою і доступною стратегією видалення ендометріоми. Хоча доказова база застосу-



вання останньої методики в контексті глибини проникнення в капсулу кісті є недостатньою, сьогодні вже можна говорити про низьку частоту рецидувати патології після проведення склеротерапії.

Результати дослідження F.S. Berretta та співавторів (1998) свідчили про нижчий ризик рецидувати патології при застосуванні цистектомії порівняно з деструкцією кісті лазером. Однак результати 9 з 11 досліджень продемонстрували зниження рівня антимеллерового гормону у жінок, у яких застосували зазначену оперативну методику. Це пояснює виникнення вагомого для пацієнток з репродуктивними намірами ускладнення — передчасного виснаження яєчника. Проте цистектомія незначно впливає на якість характеристики яйцеклітини й ембріона при проведенні ЕКЗ.

Таким чином, оптимальна тактика лікування при ендометріомі має включати цистектомію, яка дозволяє забрати частину вмісту кісті з подальшою деструкцією залишку із застосуванням лазерної, плазмової чи електроагуляції. У випадку низького резерву яєчника, множинних ендометріом і наявності інших показань до проведення ЕКЗ рекомендовано застосовувати склеротерапію.

Тему профілактики рецидувати ендометріозу продовжив у своїй доповіді **Томас Рёмер** (Thomas Römer), професор Кельнського університету, Німеччина, керівник відділення акушерства і гінекології

в університетській клініці Evangelisches Krankenhaus Köln-Weyertal, засновник Європейської ліги ендометріозу. Він детально зупинився на медикаментозному лікуванні таких хворих, ознайомивши присутніх із наявною доказовою базою.

Мета медикаментозної терапії при ендометріозі — руйнування патологічного вогнища та профілактика його повторного розвитку. Застосування виключно хірургічного методу не вирішує всіх проблем: у 20–40% прооперованих жінок покращення стану не настає. При цьому наслідки операції, виконаної в недостатньому обсязі, не можна виліпати за допомогою гормональної терапії, проте застосування гормональних препаратів може допомогти зберегти оптимальні результати хірургічного втручання протягом тривалого періоду.

Розрізняють такі види медикаментозної терапії при ендометріозі:

- специфічна (схвалена для лікування) — агоністи гонадотропних рілізинг-гормонів, даназол та деякі прогестини;
- неспецифічна (не схвалена для лікування) — нестероїдні протизапальні препарати та оральні контрацептиви;
- експериментальна (засоби, що наразі вивчаються) — інгібітори ароматази, селективні модулятори естрогенових рецепторів.

Агоністи гонадотропних рілізинг-гормонів — стандартна терапія при лікуванні пацієнтів з ендометріозом з максимально допустимим періодом застосування 6 міс через значну кількість побічних ефектів. Більшість прогестинів не були розроблені з метою терапії при ендометріозі. Проте їх застосування мінімізує можливі андрогенні, естрогенні чи глукокортикоїдні побічні ефекти. Нестероїдні протизапальні препарати призначають при первинній дисменореї. Незважаючи на більшу порівняно з плацебо ефективність, обсяг даних щодо їх застосування для купірування болю при ендометріозі достатньо обмежений. Комбіновані оральні контрацептиви, які вважають ефективними при первинній дисменореї, широко застосовуються при ендометріозі, однак інформації щодо їх дієвості також недостатньо.

Під час двохднів активної роботи учасники та делегати конференції прослухали доповіді фахівців високого класу з Франції, Польщі, Німеччини, Португалії та України. Особливий інтерес присутніх викликали доповіді:

- «Сучасна хірургія при міомах матки» Реваза Бочорішвілі (Revaz Botchorishvili) (Франція);
- «Консервативне лікування міоми матки. Зміна парадигм на межі тисячоліття» Тетяни Татарчук (Україна);
- «Глибокий ректовагінальний ендометріоз та безпліддя», Антоніо Сетубала (António Setúbal) (Португалія);
- «Хірургія безпліддя в умовах багатопрофільної університетської клініки. Амбіції хірурга чи інтереси безплідної пари» Наталі Рожковської (Україна) та ін.

Родзинкою заходу стала пряма відеотрансляція циклів «Живої хірургії», яка дала можливість учасникам ознайомитися із методами проведенням лапараскопічних гінекологічних операцій висококваліфікованими спеціалістами у стінах Універсальної клініки «Оберіг».

*Анна Антонюк,  
фото автора*