

©С. О. Іванюта, Л. І. Іванюта

**ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ЕНДОХІРУРГІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ***НМУ ім. О.О.Богомольця, ДУ інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України*

ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ЕНДОХІРУРГІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ. В статті наведені сучасні погляди що до застосування ендоскопічного лікування пацієнок репродуктивного віку з неплідністю. Показані переваги ендоскопічної, результати застосування, вплив на менструальну та генеративну функцію. Висвітлені дані літератури, які ще мало відомі значному колу клініцистів, про негативний вплив моно- та біполярної коагуляції на оваріальний резерв яєчників. Піднімається питання про необхідність подальшого вивчення ендоскопічної з позицій збереження оваріального резерву.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОХИРУРГИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. В статье освещены современные взгляды на использование эндоскопического лечения пациенток репродуктивного возраста с бесплодием. Показаны преимущества эндоскопии, результаты использования, влияние на менструальную и генеративную функцию. Освещены данные литературы, которые мало известны значительному кругу клиницистов, о негативном влиянии моно- и биполярной коагуляции на овариальный резерв яичников. Поднимается вопрос о необходимости дальнейшего изучения эндоскопии с позиций сохранения овариального резерва.

IN STATTE LIT MODERN VIEWS ON THE USE OF ENDOSURGERY TREATMENT OF PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH INFERTILITY. The advantages of Endosurgery, the results of the use, effect on menstrual and generative function. Covered the literature, which are little known to a significant range of clinicians about the negative effects of mono- and bipolar coagulation for ovarian reserve ovaries. Raises the question of the need for further study from the standpoint of conservation Endosurgery ovarian reserve.

**Ключові слова:** ендоскопія, оваріальний резерв, моно- та біполярна коагуляція, жіночі гонади, неплідність.

**Ключевые слова:** эндоскопия, овариальный резерв, моно- и биполярная коагуляция, женские гонады, бесплодие.

**Key words:** Endosurgery, ovarian reserve, mono- and bipolar coagulation, zhnskie gonads, infertility.

**ВСТУП.** Впровадження в клінічну практику ендоскопічних методів діагностики та лікування явилось новою течією у вивченні чинників що впливають на анатомію та фолікулярний резерв яєчників. Це значно змінило процеси обстеження, лікування та спостереження жінок з генітальною патологією. Протягом всієї історії хірургії основною задачею був і залишається пошук методів та технологій, які сприяють зменшенню травм, що наносяться при хірургічному втручанні. З впровадженням високих технологій в медицину (спеціальні інструменти, оптичні прилади, удосконалення системи візуального моніторингу та інше) ендоскопічна хірургія отримала новий розвиток і тепер складає найпрогресивнішу ланку хірургії в цілому [1, 2]. За останні роки лапароскопія зайняла вагоме місце в арсеналі практикуючих лікарів і вважається досить розповсюдженим втручанням [3, 4]. Поряд з розвитком ендоскопічних технологій удосконалювались і методи хірургічного гемостазу. Стали використовуватись високі енергії – різноманітні типи лезерів, аргонелектрохірургія, плазменна, мікрохвильова хірургія та інші. Всі ці методи сприяють швидкій зупинці кровотечі, тобто забезпечують ефективний гемостаз. Однак що до їх травматичності є багато неоднозначних думок. Тому вплив їх на ендокринні органи, особливо яєчники потребує всебічного вивчення [5].

Чинниками які впливають на теплопровідність тканини є концентрація рідини та охолоджуючий ефект кровоплину. Якщо температура тканини перевищує пороговий рівень, тоді в ній з'являються незворотні зміни, ступінь яких залежить як від величини температури, так і від часу перебування тканини при цій температурі. При температурі 50-70°C наступають структурні зміни білка, а при більш високій темпера-

турі починається зневоднення тканин, і в подальшому їх обуглення [1, 6].

За принципом дії високочастотна хірургія розподіляється на монополярну та біполярну. Монополярний тип є універсальним, поєднує в собі одночасний розріз та коагуляцію і признаний найнебезпечнішим що до пошкодження життєво важливих структур. При біполярній технології струм проходить через невеличкий клаптик тканин, які розташовані між браншами інструменту, що дозволяє контролювати межу деструкції [1, 6].

Згідно з даними світової літератури, методи гемостазу при операції на яєчниках суттєво відрізняються: одні автори надають перевагу лігатурній і шовній техніці, інші – застосовують ендокліпси, зшиваючі апарати, а прихильники високих хірургічних енергій застосовують моно- та біполярну електрохірургію [1]. На сьогодні опубліковано низку робіт по оцінці оваріального резерву після ендоскопічного лікування. В більшості з них наводяться негативні результати впливу низьких хірургічних енергій на морфофункціональний стан оперованих яєчників особливо при лікуванні синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) та ендометриоїдних кіст [7]. Морозова А.В. і Іщенко А.І. показали, що у жінок, які перенесли операції на яєчниках частота настання вагітності була в 2 рази менша в порівнянні з жінками, яким операції не проводилися. Подібні результати отримані і іншими авторами [5, 6, 8].

Метою нашої роботи було дати оцінку методам хірургічного лікування органів малого тазу у пацієнок репродуктивного віку.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Обстежено 312 пацієнок з неплідністю. З метою виконання ендоскопічних втручань застосовували спеціальне обладнання та інструменти виробництва „Karl Storz“ та „Olimpus“.

Лапароскопічні операції виконували після попереднього проведення традиційних методів обстеження, які включали комплекс параметрів, що виконувалася як до, так і після лапароскопічних операцій.

Лапароскопія часто виконувалася коли обстеження та лікування було неможливим без прямого огляду органів малого таза, тобто при трубно-перитонеальній неплідності та після безуспішного її лікування, або коли інформативність рентгенологічних даних була недостатньою, при СПКЯ, кістах яєчників, ендометриозі, трубній вагітності та інше. Лапароскопію виконували за типовою методикою під ендотрахеальним наркозом. З метою оцінки прохідності маткових труб проводили хромоперфузію. Вимірювали розміри матки, яєчників, маткових труб, кіст, міоматозних вузлів, описували їх вигляд, з'ясовували причини та місце оклюзії маткових труб. Спайковий процес оцінювали за класифікацією Hulka (1987). Фімбріопластику, сальпінготомію виконували з застосуванням електро-хірургічної техніки. Гемотаз проводили за допомогою моно- або біполярної коагуляції, запобігання вторинного спайкового процесу здійснювали введенням в черевну порожнину 3% розчину поліглюкіна та контрикала або гідрокортизону. Широко застосовували внутрішньовенне лазерне опромінення крові. Через 1-1,5 місяці після операції проводилася реабілітаційна терапія.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Результати візуальних обстежень показали, що збільшені яєчники з обох сторін виявлені у 170 (54,5%), білочна оболонка була потовщеною та ущільненою у 68,2%, м'якою та ненапруженою – у 13,8% пацієнток. У 88 (28,2%) випадках під білочною оболонкою визначалися дрібні фолікули, судинний малюнок був посилений. Стигми виявлено у 33 (10,6%), атрезовані жовті тіла – у 36 (11,5%) хворих. У 19,9% пацієнток яєчники мали звичайні розміри, але вигляд їх відповідав склерокістозним, у 1,3% спостерігались зморщені яєчники – синдром передчасного виснаження. У 2 хворих з аменореєю яєчники мали вигляд смужок розмірами 1,0?0,3 см, де гістологічно виявлена лише фіброзна тканина, а ендометрій не визначався як при гістероскопічному, так і гістологічному дослідженні.

Лапароскопічна верифікація діагнозу у жінок з порушеною репродуктивною функцією була наступною: трубно-перитонеальний чинник – у 49,3%; перитонеальний – у 9,8%; повна непрохідність труб – у 38,4% (в тому числі сактосальпінкси – у 22,4%, непрохідність маткових труб в інтрамуральному відділі – у 7,2%); поєднання сальпінгіту з ендометріозом – у 28,2%; з СПКЯ – у 16,4%; аномалії розвитку матки і труб – у 6,0%; прогресуюча трубна вагітність – у 2,6%.

Звертає на себе увагу той факт, що під час лапароскопії значно рідше виявлялася непрохідність маткових труб у хворих, яким рентгенологічно був поставлений такий діагноз. Частіше визначався спайковий процес різного ступеня вираженості. Спайковий процес I ступеня виявлено у 25% випадків; II – в 45%; III – у 25%; IV у 5% випадків.

Після хірургічних втручань у всіх випадках в черевну порожнину вводили мікроіригатор для введення

антибактеріальних препаратів безпосередньо в вогнище запалення та забезпечення відтоку вмістимого з черевної порожнини. В післяопераційному періоді всім пацієнткам проводились заходи, спрямовані на відновлення транспортної функції маткових труб: фізіо- та ензимотерапія; після пластики маткових труб – інстиляція лікарських засобів.

Раннім критерієм ефективності лапароскопічної хірургії яєчників була менструація, яка наступала протягом перших 2-14 днів, а критерієм ефективності хірургічної стимуляції було настання вагітності. Менструальний цикл нормалізувався у 131 (73,1%) пацієнток, але повноцінна друга фаза була у 111 (65,7%), недостатність другої фази - у 32 (19,0%) пацієнток з попередньою стійкою ановуляцією. У 9 (2,9%) ановуляція після термокаутеризації не змінилася і зберігалася після допоміжної гормональної терапії.

Беручи до уваги сучасні дані літератури можна припустити, що біопсія та термокоагуляція сприяє зниженню оваріального резерва, що проявляється як в зниженні кількості аспірованих фолікулів, так і частоті настання вагітності [8]. Ідентичні дані отримані іншими авторами [6, 7], якими виконана оперативна лапароскопія у хворих з односторонніми ендометриїдними кістами. Показано, що функціональний резерв оперованих яєчників був значно знижений в порівнянні з контрольним здоровим яєчником.

Отже, не дивлячись на те, що лапароскопія вважається рутинним методом хірургічного втручання на яєчниках, багато хірургів не враховують тяжкість травми, яка нанесена під час операції, безпосередні наслідки її віддалених результатів та при оцінці результатів вивчають лише близькі результати: тривалість операції, об'єм, косметичний ефект. Ці чинники безумовно мають велике значення, але з позицій збереження репродуктивної функції, вони другорядні. На перший план виступає бережне відношення до яєчників з метою збереження їх функціональної активності. Тому безпосередня рання післяопераційна оцінка результатів ендохірургії недостатньо відображає її ефективність, та потребує детального віддаленого всебічного обстеження та вивчення оваріального резерву і генеративної функції у жінок репродуктивного віку.

**ВИСНОВКИ.** 1. Лапароскопічна корекція функції яєчників та маткових труб у жінок з неплідністю призводить до регуляції менструального циклу, індукції овуляції, відновлення фолікулогенезу.

2. Перевага ендоскопічних втручань перед лапаротомічними полягає в мінімальній оперативній травмі, сприятливому перебігу післяопераційного періоду, укороченні терміну стаціонарного лікування, досить високому відновленні репродуктивної функції.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.** Враховуючи досить високий рівень (42 %) зниження оваріального резерву (під час операції та термокаутеризації) слід продовжити вивчення, переглянути важливі аспекти хірургічних втручань на яєчниках у жінок репродуктивного віку та обґрунтувати з позицій морфогенеза яєчників алгоритм застосування різних оперативних методів, спрямованих на збереження початкового морфофункціонального стану жіночих гонад.

ЛІТЕРАТУРА

1. Давыдов А.И., Мусаев Р.Д. Оценка овариального резерва после эндохирургических вмешательств на яичниках с использованием высокой энергии. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -2011.-Т. 10.-3.-С. 56-63.
2. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Неплідність у шлюбі (здобутки та перспективи) Київ.-2005.-345 с.
3. Савельева Г.М., Азиев О.В. Осложнения лапароскопии в гинекологии. //Акуш. и гин.-1997.-6.-С. 9-12.
4. Кулаков В.И., Адамын Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии. М. Медицина.-2000.- 862 с.
5. Стрижаков А.И., Давыдов А.И., Малоцерковцева Л.Д. Малоинвазивная хирургия в гинекологии. . М. Медицина.-2001.- С. 76-95.
6. Benaglia I., Arnoldi M., Somigliana E. et al. Ovarian responsiveness to hyperstimulation during IVF-ICSI cycles in women operated on for bilateral endometriomas. //Hum. Reprod.-2007.-22.-143-157.
7. Somigliana E., Ragni G., Benedetti F. Et al. Does laparoscopic excision of endometriotic ovarian cysts significantly affect ovarian reserve? Insights from IVF cycles. //Hum. Reprod.-2003.-18(11).-2450-3.
8. Морозова А.В., Ищенко А.И. Результативность метода ЭКО после оперативного вмешательства на яичниках. //Вестник Санкт-Петербургской госуд. Мед. Академии им. И.И.Мечникова.-2007.- 1.-С. 125-128.

Отримано 06.12.11