

- Bisgaard // Surg. Endosc. - 2011. - № 25. - P. 2773-2843.
3. Burgmans J. P. Long-term Results of a Randomized Double-blinded Prospective Trial of a Lightweight (Ultrapro) vs a Heavyweight Mesh (Prolene) in Laparoscopic Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (TULP-trial) / J.P. Burgmans, C.E. Voorbrood, R.K. Simmermacher // Ann. Surg. - 2016. - № 263. - P. 862-6.
4. Cavazzola L. T. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair / L.T. Cavazzola, M.J. Rosen // Surg. Clin. North. Am. - 2013. - № 93. - P. 1269-1279.
5. Khajanchee Y. S. Outcomes of laparoscopic herniorrhaphy without fixation of mesh to the abdominal wall / Y.S. Khajanchee, D.R. Urbach, L.L. Swanstrom // Surg. Endosc. - 2001. - Vol. 15, № 10. - P. 1102-1107.
6. Lange J. F. An international consensus algorithm for management of chronic postoperative inguinal pain / J.F. Lange, R. Kaufmann, A.R. Wijsmuller // Hernia. - 2015. - № 19. - P. 33-43.
7. Mayer F. When is mesh fixation in TAPP-repair of primary inguinal hernia repair necessary? The register-based analysis of 11,230 cases / F. Mayer, H. Niebuhr, M. Lechner // Surg. Endosc. - 2016. - № 10. - P. 4363-71.
8. Oguz H. Comparison of peritoneal closure techniques in laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair: a prospective randomized study / H. Oguz, E. Karagulle, E. Turk // Hernia. - 2015. - № 6. - P. 879-85.
9. Ross S. W. Tacks, staples, or suture: method of peritoneal closure in laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair effects early quality of life / S.W. Ross, B. Oommen, M. Kim // Surg. Endosc. - 2015. - Vol.29, № 7. - P. 1686-93.

Саволюк С.И., Крестянов Н.Е., Глаголева А.Ю.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

Резюме. В работе установлены преимущества применения модифицированной техники лапароскопической преперитонеальной аллогерниопластики без фиксации сетки в предбрюшинном пространстве с реконструкцией дефекта брюшинного кармана методом электросварки. Выявлено сокращение продолжительности оперативного вмешательства, срока пребывания в стационаре и периода восстановления с уменьшением необходимости введения анальгетиков в послеоперационном периоде по сравнению с открытой паховой аллогерниопластикой по Лихтенштейну. Высокочастотная сварка краев брюшины в эксперименте определена как безопасный и надежный метод закрытия преперитонеального пространства.

Ключевые слова: паховая грыжа, аллогерниопластика, преперитонеальное пространство, электросваривание.

Savoliuk S.I., Krestianov N.Yu., Glagolieva A.Yu.

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT FOR PRIMARY INGUINAL HERNIAS BY APPLICATION OF MODIFIED PREPERITONEAL ALOHERNIOPLASTY TECHNIQUE

Summary. Study results have established benefits of modified laparoscopic techniques of preperitoneal alohernioplasty without mesh fixation to the preperitoneal space with the reconstruction of the preperitoneal flap defect with welding technology. Reduction of surgery duration, length of hospital stay and recovery period with a decrease in the need to analgetic administration in the postoperative period compared with open inguinal Lichtenstein alohernioplasty was demonstrated. High-frequency welding of the peritoneum edges determined to be safe and reliable method of preperitoneal space closure in experiment.

Key words: inguinal hernia, alohernioplasty, preperitoneal space, electric welding.

Рецензент - д.мед.н., доц. Ходос В.А.

Стаття надійшла до редакції 16.11.2016р.

Саволюк Сергій Іванович - д.мед.н., доц., зав. кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ; +38(067)9894283; +38(063)8061338; savoluk@meta.ua

Крестянов Микола Юхимович - асистент кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України; +38(044)4322452; savoluk@meta.ua

Глаголева Анастасія Юріївна - клінічний ординатор кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України; +38(044)4322452; savoluk@meta.ua

© Шаповал О.С.

УДК: 618.11-006.2:618.14]-072.1-053.86

Шаповал О.С.

ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України", кафедра акушерства та гінекології (бульв. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69000)

ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИКИ В ЛІКУВАННІ ЕНДОМЕТРІОЇДНОЇ ХВОРОБИ

Резюме. Подані дані власних досліджень, в яких відображені особливості клінічної картини ендометріюїдних кіст яєчників на сучасному етапі, представлені групи хворих за паритетом. У 80 % пацієнок наявність больового синдрому (86 %), безпліддя (24 %), а також рецидивуючий характер перебігу захворювання є показаннями для проведення хірургічного лікування. Показано, що в структурі хірургічних втручань, виконаних лапароскопічно, превалюють цистектомії (77,5 %), також виконуються резекції яєчника (12,5 %), коагуляція вогнищ ендометріозу (32,5 %), адгезіолізис (50 %). У 72,5 % випадків після оперативного лікування ендометріюїдних кіст яєчників призначається протирецидивна гормональна терапія.

Ключові слова: ендометріюїдні кісти яєчників, репродуктивний вік, лапароскопія.

Вступ

Незважаючи на досягнення фармацевтичної промисловості та розширення показань щодо консерва-

тивного ведення пацієнок з ендометріюїдною хворобою, проблема індивідуалізації лікувальної тактики досі

залишається дискусійною. Аденоміоз та ендометріоїдні кісти яєчників є найбільш розповсюдженими формами генітального ендометріозу [1, 2, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15]. Проблема є особливо актуальною серед пацієнток репродуктивного віку, особливо в групі жінок, які не народжували. Частота безпліддя при ендометріозі складає 20 - 50 % [6, 8, 11, 13], хоча не завжди проблеми бажаної вагітності корелюють з наявністю ендометріоїдних гетеротопій. Так само, як і планування повторної вагітності може ускладнюватися у жінок, у яких діагностовано ендометріоїдну хворобу [11, 13]. Отже, пацієнтки з ендометріоїдними кістами яєчників як первинно діагностованими, так і рецидивуючими, з безпліддям частіше потребують проведення хірургічного лікування хвороби з обов'язковою протирецидивною терапією. Проблеми хірургічного лікування кіст ускладнюються тим, що під час видалення патологічного субстрату відбувається травматизація здорової тканини яєчників, що призводить до зниження оваріального резерву, а відтак, і репродуктивного потенціалу [4, 6, 12]. Лапароскопічна хірургія, безумовно, займає окреме місце в хірургії, оскільки зменшує відсоток травматизації здорової тканини, створює умови для ранньої активізації пацієнтки, а отже зменшує відсоток розвитку злукової хвороби.

Мета - визначити основні методи лапароскопічного лікування ендометріоїдних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз 50 історій хвороб пацієнток, які перебували на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні міської лікарні №7 м. Запоріжжя з приводу ендометріоїдних кіст яєчників за період з 2013 по 2016 рр. 40 пацієнткам (80 %) було проведено оперативне втручання на яєчниках. Під час виконання ендоскопії використовувалася оптика фірми "Крило" (Росія). Лапароскопія виконувалася за загальноприйнятою методикою. Під ендотрахеальним наркозом, обходячи пупок, за допомогою голки Вереша, накладался пневмоперитонеум. Вводився 10 мм троакар, через який в черевну порожнину вводився лапароскоп. Через 2 котрапертури в правій і лівій здухвинних областях вводився лапароскопічний інструментарій. При ревізії органів черевної порожнини і малого тазу проводилася оцінка стану кишечника, печінки, наявність випоту, аномалій розвитку, вогнищ ендометріозу, вираженість злукового процесу, розміри і колір матки, стан яєчників та маткових труб, характер пухлиноподібного утворення яєчників. Видалені тканини відправляли на патогістологічне дослідження яке проводилося за стандартною методикою серійних зрізів, з заключенням в парафінові блоки, які були профарбовані гематоксилін-еозином та за Ван-Гізеном.

Контрольну групу склало 50 жінок без гінекологічної та соматичної патології, які звернулися до лікуваль-

ного закладу з питань вибору контрацепції.

Отримані дані були оброблені за допомогою пакета статистичних програм STATISTICA (StatSoft Statistica v.6.0).

Результати. Обговорення

За період з 2013 по 2016 рр. в гінекологічному відділенні було проліковано 50 хворих з ендометріомами яєчників. Із них 40 пацієнткам (80 %) було проведено оперативне лікування, 10 (20 %) - консервативне.

З безпліддям проліковано 12 пацієнток (24 %), жінок, які не народжували та народжували - по 19 (38 %). В структурі скарг провідне місце займав больовий синдром - 43 випадки (86 %), порушення менструального циклу - 4 (8 %), безсимптомний перебіг спостерігався - 4 (8 %). За часом симптоматика ендометріоїдної хвороби до 6 місяців мала місце у 33 пацієнток (66 %), до року - у 6 (12 %), більше 1 року - у 11 (22 %). Мінімальна тривалість захворювання складала 10 днів, максимальна - 10 років. Попереднє лікування в минулому з приводу ендометріозу отримувало 22 пацієнтки (44 %). 15 пацієнток (68,18 %) використовували гормональні препарати (53,33 % хворих приймали препарати прогестерону), 7 (31,82 %) - препарати з протизапальною дією та розсмоктуючим ефектом.

Супутня гінекологічна патологія спостерігалася в 40 випадках (80 %). Так, в 12 жінок (30 %) мав місце хронічний запальний процес додатків матки, в 18 (45 %) - патологія шийки матки, в 8 (20 %) патологія ендометрія, в 4 (10 %) - доброякісні захворювання молочної залози. Схильність пацієнток з ендометріозом до розвитку супутньої гіперпроліферативної патології має враховуватися під час розробки індивідуальної програми лікування з обов'язковою нормалізацією процесів проліферації та апоптозу. Соматичний анамнез був обтяжений у 37 жінок (74 %): патологія шлунково-кишкового тракту - 25 випадків (67,57 %), імунна дисфункція - 7 (18,92 %), патологія нервової та дихальної системи - по 6 випадків (16,22 %). У зв'язку з тим, що однією з провідних ланок етіопатогенезу ендометріоїдної хвороби вважаються імунологічні порушення [1, 9, 15], обґрунтованим буде проводити лікування на фоні корекції стану слизових оболонок організму як важливого джерела надходження секреторних імуноглобулінів.

Під час проведення гінекологічного дослідження у пацієнток з ендометріомами оцінювався стан шийки матки з оцінкою кольпоскопічної картини, розміри матки, її анатомічне положення, рухливість, стан додатків матки та характер кісти (характер, болючість, рухливість). Кольпоскопічна картина пацієнток основної групи виявила у 15 хворих (30 %) патологію шийки матки у вигляді наботових кіст та доброякісну незакінчену зону трансформації. При огляді внутрішніх статевих органів виявлено, що у 9 пацієнток (18 %) матка була дещо збільшена (максимальні розміри дорівнювали 7 тижням умовної вагітності). Патологічне утворення визначалося у вигляді дещо збільшених додатків (мінімальні

розміри) до 12 см (максимальні розміри). При цьому кісти лівого яєчника визначалися дещо частіше, ніж правого (21 випадки проти 20), двохсторонній характер мав місце у 9 пацієнок. Кістоподібне утворення мало різну ступень напруженості і рухливості, характеризувалося помірною чутливістю. Проте виявлені зміни є патогномонічними як для ретенційних кіст [5, 8], істинних пухлин яєчників [9], а також запальних процесів [3].

Ультразвуковому обстеженню підлягали всі пацієнтки. Проте деталізувати характер пухлино подібного утворення яєчників вдалося лише в 32 випадках (64 %). У 36 % пацієнок сонологічно діагностувалося кістоподібне утворення яєчників, явища аденоміозу - у 18 %.

Беручи до уваги рецидивуючий характер перебігу процесу, наявність больового синдрому у 86 % хворих, безпліддя у 1/4 пацієнок в 80 % випадків було проведено оперативне лікування ендометріюїдних кіст яєчників.

Перед виконанням оперативного втручання всі пацієнтки були обстежені згідно з діючим стандартом передопераційного обстеження: загально клінічні методи обстеження, УЗД, фіброгастроуденоскопію (ознак органічної патології не виявлено), колоноскопію (без патології), визначення рівня онкомаркерів. Рівень рекомендованого до визначення онкомаркеру СА-125 в середньому склав $45,24 \pm 4,87$ МЕ/мл. При цьому мінімальні величини склали 12,5 МЕ/мл, максимальні - 145,7 МЕ/мл. Підвищення рівня СА-125 було закономірним, хоча не завжди специфічним при ендометріозі [9].

Під час видалення патологічного утворення яєчників в 100 % випадків використовувався лапароскопічний доступ, зважаючи на переваги даного виду втручання перед лапаротомічним [6, 13].

Ендоскопічні методики видалення ендометріюїдних кіст яєчників наведені в таблиці 1.

Наведені дані свідчать про те, що під час видалення ендометріюїдних гетеротопій використовуються різні хірургічні методики, серед яких перевага надається цистектомії, під час якої менше травмується фолікулярний апарат яєчників [4, 9]. В трьох випадках з метою більш ретельного видалення капсули кісти ці методики поєднувалися. Під час ревізії органів малого тазу в 32,5 % випадків (у 13 жінок) були виявлені додаткові вогнища ендометріозу різної локалізації: на сечовому міхурі, зв'язках, контрлатеральному яєчнику. В цих ситуаціях в 32,5 % випадків додатково до цистектомії/резекції проводилася коагуляція гетеротопій. У 20 випадках (50 %) діагностувався злуковий процес I-II ступеню, який потребував проведення ендоскопічного адгезіолізісу з подальшим призначенням протизлукової терапії на етапі післяопераційної реабілітації.

Гістологічне дослідження в 100 % прооперованих підтвердило ендометріюїдний характер кісти яєчника.

У післяопераційному періоді всі хворі підлягали проведенню стандартної терапії, яка передбачала викори-

Таблиця 1. Структура ендоскопічних методик видалення ендометріюїдних кіст яєчників.

Структура ендоскопічних методик	Абс. кількість (n)	Відносна кількість (%)
Цистектомія	31	77,5
Резекція яєчника	5	12,5
Коагуляція вогнищ ендометріозу	13	32,5
Адгезіолізіс	20	50

Таблиця 2. Групи препаратів, рекомендованих для проведення реабілітаційної терапії після проведеного хірургічного видалення вогнищ ендометріозу.

Група препаратів	Абс. кількість (n)	Відносна кількість (%)
Комбіновані оральні контрацептиви	23	79,31
Похідні прогестерону: - дієногест - дідрогестерон	5 4 1	17,24: 80 20
Агоністи гонадотропін-релізінг гормону	1	3,45
Препарати з протизапальною, розсмоктуючою дією	40	100

стання антибіотиків широкого спектру дії, антикоагулянтів, знеболюючих препаратів. У всіх випадках спостерігався необтяжений перебіг післяопераційного періоду з ранньою активізацією пацієнок. Середній ліжкодень склав $6,23 \pm 0,46$ днів. Пацієнтки виписані додому в задовільному стані.

Беручи до уваги дані літератури з приводу розвитку післяопераційних рецидивів ендометріюїдної хвороби [6], важливим етапом лікування таких пацієнок були рекомендації з приводу подальшої реабілітаційної терапії. Після виписки із стаціонару 72,5 % прооперованих пацієнок (29 жінок) отримали рекомендації з приводу подальшої протирецидивної гормональної терапії. В 79,31 % випадків були рекомендовані комбіновані оральні контрацептиви, в 17,24 % - похідні прогестерону, в 3,45 % - агоністи гонадотропін-релізінг гормону.

У таблиці 2 наведені групи препаратів, які були рекомендовані пацієнткам для подальшої реабілітаційної терапії.

Отримані дані свідчать про те, що лише в 72,5 % випадків після оперативного втручання проводиться призначення гормональної терапії з протирецидивною метою, що створює умови для додаткового ризику повторного оперативного втручання. "Золотий стандарт" - дієногест отримує лише 13,79 % пацієнок.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Ендометріюїдні кісти яєчників з однаковою частотою діагностуються у 38 % жінок, що не народжували та народжували, дещо рідше при безплідді - 24.

2. У структурі скарг у 86 % хворих з ендометріозом спостерігається больовий синдром, у 8 % - порушення менструального циклу, у 8% - безсимптомний перебіг.

3. У 44 % пацієнок спостерігається рецидивуючий перебіг захворювання, 68,18 % жінок має досвід використання гормональних препаратів.

4. Супутня гінекологічна патологія спостерігалася у 80 % випадків, у структурі якої у 30 % хворих діагностується хронічний запальний процес додатків матки, у 45% - патологія шийки матки, у 20 % - патологія ендометрія, у 10 % - патологія молочної залози.

5. У структурі хірургічних втручань, виконаних лапароскопічно, превалюють цистектомії (77,5 %), також виконуються резекції яєчника (12,5 %), коагуляція во-

нищ ендометріозу (32,5 %), адгезіолізис (50 %).

6. У 72,5 % випадків після оперативного лікування ендометріюїдних кіст яєчників призначається протирецидивна гормональна терапія. Лише 13,79 % пацієнтам рекомендований дієногест.

Перспективи подальших розробок полягають у розробці та індивідуалізації схем обстеження пацієнок з ендометріюїдними кістами яєчників з подальшою рекомендацією доцільності проведення консервативного лікування або первинною конверсією в оперативні методики.

Список літератури

1. Адамян Л.В. Эндометриозы // Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Андреева Е.Н. - Изд. 2-е. - М.: Медицина, 2006. - С. 416.
2. Буланов М. Н. Ультразвуковая диагностика [в 3-х т.] / М.Н. Буланов. - М., 2010. - Т. 1. - 259 с.
3. Вдовиченко Ю. П. Воспалительные заболевания органов малого таза - комплексный подход для эффективной терапии / Ю.П. Вдовиченко, Е.Н. Гопчук // Здоровье женщины. - 2012. - № 4 (70). - С. 102-108.
4. Влияние хирургического лечения эндометриомы яичников на овариальный резерв: итоги систематического обзора и мета-анализа // Проблемы женского здоровья. - 2012. - № 3. - С. 10-15.
5. Вовк І. Б. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування / І.Б. Вовк, Г.В. Чубей, В.К. Кондратюк // Здоровье женщины. - 2013. - № 2 (78). - С. 11-15.
6. Гаспарян С. А. Эндометриоз и фер-
7. Ищенко А. И. Эндометриоз: диагностика и лечение / А.И. Ищенко, А.Е. Кудрина. - М.: Гэотар- Мед, 2002. - 104 с.
8. Кулаков В. И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.И. Кулаков, Р.Г. Гатаулина, Г.Т. Сухих. - М.: Триада X, 2005. - 21 с.
9. Онкологическая гинекология / А.Н. Рыбалка, В.А. Заболотнов. - Симферополь, 2006. - 616 с.
10. Пересада О. А. Эндометриоз - диагностические, клинические, онкологические и лечебные аспекты / О.А. Пересада // Медицинские новости. - 2009. - № 14. - С. 14-25.
11. Савицкий Г. А. Перитонеальный эндометриоз и бесплодие (клинико-
12. Сахаутдинова И. В. Современные методы диагностики и лечения эндометриоза яичников / И.В. Сахаутдинова, Г.Т. Мустафина, Е.Н. Хабидуллина // Медицинский вестник Башкортостана. - 2015. - № 1 (10). - С. 113-115.
13. Унанян А. Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин / А.Л. Унанян // Акушерство, гинекология, репродукция. - 2010. - № 3 (4). - С. 6-11.
14. Унанян А. Л. Активный и неактивный аденомиоз: клинико-морфологические варианты развития, дифференцированный подход к терапии / А.Л. Унанян, И.С. Сидорова, Е.А. Коган // Акушерство, гинекология, репродукция. - 2012. - № 2. - С. 25-30.
15. Burney R. O. The genetics and biochemistry of endometriosis / R.O. Burney // Curr.Opin. Obstet.Gynecol. - 2013. - Vol. 25. - P. 280-286.

Шаповал О.С.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме. Представлены данные собственных исследований, в которых отражены особенности клинической картины эндометриюїдных кист яичников на современном этапе, представленные группы больных по паритету. У 80 % пациенток наличие болевого синдрома (86 %), бесплодие (24 %), а также рецидивирующий характер течения заболевания являются показаниями для проведения хирургического лечения. Показано, что в структуре хирургических вмешательств, выполненных лапароскопически, превалируют цистэктомии (77,5 %), также выполняются резекции яєчника (12,5 %), коагуляция очагов эндометриоза (32,5 %), адгезиолізис (50 %). В 72,5 % случаев после оперативного лечения эндометриюїдных кист яєчників назначается протирецидивная гормональная терапия.

Ключевые слова: эндометриюїдные кисты яєчників, репродуктивный возраст, лапароскопия.

Shapoval O.S.

ENDOSCOPIC TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

Summary. The data reflect clinical features of endometrioid ovarian cysts at the present stage, groups of patients are presented according to their reproductive function. In 80 % of patients the presence of pain (86 %), infertility (24 %) and the recurrent nature of the disease are indications for surgical treatment. It is shown that the structure of surgical procedures performed laparoscopically cystectomy prevails (77,5 %), ovary resection is performed (12,5 %), coagulation of endometriosis (32,5 %), adhesiolysis (50 %). In 72,5 % of cases after surgical treatment of endometrioid ovarian cysts hormonal therapy is prescribed.

Key words: endometrioid ovarian cysts, reproductive age, laparoscopy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Луценко Н.С.

Стаття надійшла до редакції 18.11.2016 р

Шаповал Ольга Сергіївна - к.мед.н., доц. кафедри акушерства та гінекології ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України"; +38(050)8195300; shapoval_olga@ukr.net