

213. ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Польова С.П., Юзько О.М., Решетнікова І.Р., Рак Л.М.

м. Чернівці, Україна

Буковинська державна медична академія

Лапароскопія в гінекологічній практиці дозволила докорінно змінити підхід до лікування генітального ендометріозу. Серед важливих напрямків лікування даної патології слід відзначити лікування больового синдрому, глибокого тазового ендометріозу та лікування непліддя асоційованого з ендометріозом. Нами обстежено і прооперовано 27 пацієток з генітальним ендометріозом різної локалізації та форми. У 19 (70,4%) пацієток проводили абляцію імплантів, адгезіолізис, або абляцію крижово-маткових нервів. У 6 (22,0%) пацієток лапароскопія виконувалася з приводу одно- та двобічних ендометріодних кіст яєчника, які були причиною непліддя, у двох жінок (7,0%) мав місце синдром Аллена – Мастера у поєднанні з синдромом Ашермана, яким проводилась лапаро- та гістероскопія. Проаналізувавши результати лапароскопічного лікування генітального ендометріозу, виявили, що 92,0% пацієток відчували значне клінічне покращання, а саме, відсутність больового синдрому протягом одного - двох років.

Комбінація терапевтичного (даназол або медроксіпрогестерона ацетат або агоністи гонадотропін – релізінг гормонів) та лапароскопічного лікування вважається достатньо ефективним лікуванням больового синдрому при ендометріозі. Виражене зниження інтенсивності тазового болю відзначали на 56 – 60% для кожного препарату, а у випадку комбінованого лікування достовірно знижувалася необхідність у повторних операціях з приводу больового синдрому при ендометріозі. Серед найефективніших операцій щодо больового синдрому, викликаного ендометріозом, слід відзначити пресакральну нефректомію (25,0%).

За умов глибокого тазового ендометріозу виникають труднощі діагностики форми захворювання. Хірургічна ексцизія залишається методом вибору при тазовому ендометріозі. У випадку залучення до процесу ректовагінальної перетинки, виникає потреба лапароскопічного та вагінального доступу одночасно.

При третій стадії поширення ретроцервікального ендометріозу припускаємо проведення задньої кольпотомії, висічення ендометріозу, у тому числі крижово-маткових зв'язок під контролем лапароскопії. Одночасно проводиться ревізія органів малого тазу: яєчників, матки, маткових труб, очеревини, заднього склепіння. При четвертій стадії поширення ретроцервікального ендометріозу найдоцільнішим є висічення вогнища ендометріозу і зменшення об'єму ендометріодного інфільтрату з наступною масивною гормонотерапією.

Єдиним радикальним методом лікування внутрішнього ендометріозу матки є гістеректомія. При тотальному ендометріозі в матці, проведення гормонотерапії як і реконструктивних лапароскопічних операцій, є недоцільним і малоефективним.

Отже, методом вибору лікування глибокого тазового ендометріозу є хірургічна лапароскопія за умови поєданого консервативного лікування гормонами.