**Непорада Святослав Миколайович. Диференційоване застосування лапароскопічної та "відкритої" хірургії в лікуванні ендометріозу: дисертація канд. мед. наук: 14.01.01 / Одеський держ. медичний ун-т. - О., 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Непорада С.М. Диференційоване застосування лапароскопічної та “відкритої” хірургії в лікуванні ендометріозу.**– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Одеський державний медичний університет МОЗ України, Одеса, 2003.  Дисертація присвячена вивченню диференційованого застосування лапароскопічної та “відкритої” хірургії в лікуванні хворих на ендометріоз для покращення результатів оперативного лікування.  У роботі проаналізовано результати оперативного лікування 203 пацієнток з ендометріозом. В залежності від застосовуваного методу оперативного втручання всі хворі були розподілені на дві групи: група – 130 пацієнток, оперативне лікування у яких здійснювали за допомогою лапароскопічного доступу, група – 73 пацієнток, в лікуванні яких застосували лапаротомний доступ. Окрім клінічної оцінки результатів лікування були застосовані патофізіологічні методи досліджень – вимірювання стрес-асоційованих гормонів (пролактину і кортизолу), а також оцінка ступеню напруги систем організму за допомогою методу кардіоінтервалографії.  Розроблено власну методику лапароскопічного лікування ендометріозу Дугласової кишені, при якій в пряму кишку вводять колоноскоп, що дозволяє більш безпечно та прецизійно проводити операцію за рахунок підсвічування (контурування) ендометріоїдних гетеротопій. На ґрунті отриманих даних розроблено лікувальний алгоритм диференційованого застосування лапароскопічної та “відкритої” хірургії. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено узагальнення та порівняльний аналіз клінічної ефективності та параклінічної оцінки травматичності лапаротомної та лапароскопічної хірургії у хворих на генітальний ендометріоз шляхом періопераційного моніторингу варіабельності серцевого ритму та стрес-асоційованих гормонів, що дозволило розробити патофізіологічно обґрунтований лікувальний алгоритм диференційованого застосування методів оперативного лікування.   1. Хірургічне лікування потребують щонайменше 60% хворих з клінічною симптоматикою ендометріозу. Воно показано у випадках безплідності, асоційованої з ендометріозом, ІІІ-ІV стадії захворювання, при недостатній клінічній ефективності гормонотерапії або неможливості її проведення. Хірургічному лікуванню також підлягають всі пацієнтки з ендометріозом, у яких хірургічне втручання здійснюється з приводу іншої гінекологічної патології. 2. При хірургічному лікуванні ендометріозу в консервативному обсязі слід віддавати перевагу застосуванню лапароскопічного методу, який, в порівнянні з лапаротомною хірургією, дозволяє зменшити частоту рецидивів через 1 рік після втручання на 9,9%. За умов ендометріозу ІІІ – ІV стадії, що супроводжується дисхезією та/або дисшезією, важкому спайковому процесі в черевній порожнині, при супровідній міомі матки більше 12 тижнів, вентральних грижах методом вибору є відкрита хірургія, яка дозволяє виконати як радикальний, так і консервативний (органозберігаючий) обсяг втручання. 3. Лапароскопія дозволяє більш повно оцінити ступінь поширення (стадіювання) ендометріозу та виконати цілковите видалення ендометріозних вогнищ у 2/3 пацієнток, що вказує на потребу проведення післяопераційної гормонотерапії щонайменше у 1/3 хворих. Застосування лапароскопічної хірургії в поєднанні з одночасним проведенням фіброколоноскопії дозволяє безпечніше видаляти вогнища ендометріозу в ділянці стінки дистального відділу товстої кишки. 4. Лапароскопічне хірургічне лікування зовнішнього ендометріозу в порівнянні з відкритою хірургією сприяє зниженню частоти ранніх та пізніх ускладнень (в 1,5 та 3,0 рази відповідно), скороченню післяопераційного ліжко-дня (в 3,1 рази), зменшенню крововтрати під час операції (в 3,8 рази) та повинно розглядатись як основний метод у жінок, зацікавлених у збереженні репродуктивної функції. 5. Хірургічне лікування ендометріозу відкритим методом в порівнянні з лапароскопічним супроводжується більшою активацією стрес-асоційованих гормонів, про що свідчить достовірне збільшення в інтраопераційному періоді рівня пролактину в сироватці крові в 1,6 рази, кортизолу - в 1,4 рази. 6. Порівняльне дослідження травматизму відкритої та лапароскопічної хірургії ендометріозу за допомогою методу кардіоінтервалографії вказує на нормальну адаптивну реакцію ВНС організму при лапароскопічному втручанні та на підвищення напруження адаптаційного резерву ВНС – при лапаротомній хірургії, про що свідчить зниження рівня триангулярного індексу (Ті), показника активності парасимпатичного ланцюга вегетативної регуляції (RMSSD) та збільшенням індексу напруги регуляторних систем (ІБ). Через 20 годин після оперативного втручання спостерігається тенденція до нівелювання цих відмінностей. 7. Застосування розробленого лікувального алгоритму, який передбачає диференційоване застосування відкритої та лапароскопічної хірургії з урахуванням характеру та ступеню поширеності патології, наявності супутніх гінекологічних захворювань, віку, репродуктивних намірів пацієнтки та патофізіологічної реакції організму на втручання сприяє підвищенню ефективності лікування хворих на ендометріоз. | |