

# Диагностични и терапевтични възможности на ендоскопските методи в гинекологията

Д-р Л. Джеров, доц. д-р Н. Доганов

СБАЛАГ "Майчин дом" - ЕАД - гр. София

Изп. директор - доц. д-р Н. Доганов

Ръководител на катедра по АГ - проф. д-р А. Димитров

С настоящата публикация се цели да се обърне внимание върху възможностите на съвременните лапаро- и хистероскопски техники за диагностика и лечение на редица заболявания в областта на гинекологията. Описват се накратко оперативни техники при някои гинекологични нозологични единици.

Диагностичната и оперативната ендоскопия имат редица предимства пред конвенционалната хирургия, свързани с по-краткото оперативно време в ръцете на опитен екип, по-малка травматичност, намаляване на постоперативната болка, както и по-лесното ѝ протичане и не на последно място високата икономическа ефективност, свързана с по-краткия болничен престой и възможността за ранна трудоспособност.

Съвременната ендоскопска диагностика и хирургия в областта на гинекологията измества при строги индикации конвенционалната хирургия на малкия таз. При по-малка травматичност и възможност за по-бързо възстановяване на пациента се постига и сериозен икономически ефект.

Въвеждането на новите ендоскопски техники и инструментариум позволи на лапароскопията и хистероскопията да се превърнат от едни строго диагностични методи в хирургична техника, позволяваща отстраняването на сравнително по-големи структури от коремната и маточната кухина. В миналото за подобни интервенции се е изисквало извършването на лапаротомия.

За пръв път ендоскопията се споменава през IX<sup>ти</sup> век преди нашата ера в Талмуда (древен Вавилон) и е свързано с описанието на входяща тръба, наречена "Сифферт", която се поставяла във влагалището за отдиференциране на маточно от вагинално кръвотечение.

Бащата на съвременната ендоскопия - *Боцини*, разработва през 1806 г. уред, наречен "светловод", чрез който проектирал светлинни лъчи в човешките кухни, отражението на които се завръщало към изследващия.

Първите публикации за хистероскопия са от 1869 г. от *Панталеоне*, но поради примитивността на инструментите, както и трудното раздуване на маточната кухина, опитите спират до там.

Терминът лапароскопия се въвежда от *Якобеус* през 1914 г., като той е и първият, който започва да извършва рутинно тази оперативна интервенция върху хора<sup>[6]</sup>.

Диагностичната лапароскопия в гинекологията се използва за директна визуализация на матката, маточните тръби, яйчниците и други структури в малкия таз с помощта на 10-11 mm нефлексибилна оптика. Тя не бива да се превръща в самоцел, а да се прилага когато останалите методи (оглед, бимануална палпация, УЗИ) не дават достатъчно информация за състоянието на органите.

Най-честата индикация за извършването на такава интервенция е наличието на стерилитет. В такива случаи е желателно манипулацията да бъде извършена около датата на предполагаемата овулация. По такъв начин гинекологът получава директна информация за налична овулация, както и за състоянието на маточните тръби, напр. наличие на сраствания (вътреш-

ни или външни), пропускливост и състояние на фимбриалния апарат<sup>[6]</sup>.

Друг ендоскопски метод с подобна стойност е диагностичната хистероскопия. При него се използва малък телескопичен инструмент с осветление, наречен хистероскоп, чрез който се прониква в кухината на матката. Така детайлно се оглежда маточната шийка, кухината на матката, вътрешните остии на маточните тръби, като при нужда може да се вземе биопсия от някои съмнителни участъци. За удобство ъгълът на оптиката е 30°, което улеснява огледа<sup>[4]</sup>.

Минимализацията на диагностичния хистероскоп (2-4 mm в диаметър) позволява самата интервенция да бъде по-малко травматична и не винаги да се налага допълнителна дилатация на цервикалния канал, което от своя страна да не изисква използването на анестезия. При пациентки, които са нераждали, за по-добра визуализация на отделните структури е желателно манипулацията да се извърши веднага след приключването на менструацията. При използването на диагностичната хистероскопия могат да се установят вътрешноочни сраствания (най-често след аборт), наличие на полипи и миоми възли, както и някои вродени аномалии на Мюлеровата система<sup>[4]</sup>.

С цел отстраняване на някои болезнени изменения, много често установени от диагностичната хистеро- или лапароскопия, се преминава към оперативна такава.



При една лапароскопска операция се оформят два основни етапа.

1. При първия съответната структура (яйчник, маточна тръба, миомен възел или тяло на матката) трябва да се освободи от поддържащия я апарат и от приволящите и отводящи кръвоносни съдове с помощта на електрокоагулация или чрез лигатури. По този начин съответните структури остават свободно лежащи в малкия таз.
2. Не по-малко важен е и вторият етап, който е свързан с отстраняването им от перитонеалната кухина. Понякога той е и по-продължителен от първия<sup>[6]</sup>.

Съществуват различни методи и техники за екстракция на материала при оперативна лапароскопия. При едни случаи може да се използва вагинален достъп - случаи, при които влагалището е с широки и еластични стени или при раждали жени, а при други се използва достъп през предната коремна стена.

От хирургична гледна точка индикациите за извършване на оперативна лапароскопия могат да бъдат разделени на три основни групи:

1. Индикации, които най-често изискват лапароскопско третиране - ектопична бременност, овариални кисти, ендометриоза, салпингоовариолиза, фимбриопластика.
2. Индикации, при които интервенциите могат и да бъдат извършени с помощта на лапароскопия - салпингити, утеросакрална нервна аблация, лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия.
3. Индикации, при които рядко се изисква лапароскопско третиране - премахване на големи миоми възли.

Ектопичната бременност, която спада към първата група е едно не толкова рядко срещано състояние, което налага спешна диагностика, поради клиничната картина на остър корем и необходимостта от следваща бърза хирургична интервенция<sup>[5]</sup>.

Диагнозата не винаги е лесна, независимо от съществуващите в съвре-

менната медицина възможности (ултразвуково изследване, проследяване на стойностите на човешкия хорионгонадотропин). Най-честата локализация на ектопичната бременност е в ампуларната част на тръбата. В зависимост от лапароскопската картина може да се пристъпи към радикално или палиативно лечение. Премахване на маточната тръба извършваме в случаите на видима тубарна руптура, неконтролируемо кръвотечение, както и при случаите, при които не се планива бъдеща бременност. В случай, че тръбата не е нарушена може да се направи разрез върху най-изпъкналата част на тръбата, с помощта на меки щипки да се екстрахира плодното яйце, а кървящите краища да бъдат коагулирани с монополярен електрод. При пациентки, желаещи бъдещо възпроизводство, изборът на метод се определя от мястото и размера на тубарната бременност, състоянието на другата тръба, предхождащи ектопични бременности и възможност за ИВФ. Успехите и безопасността при използването на ендоскопската хирургия при лечението на ектопична бременност бяха доказани в резултат работата на много автори<sup>[10]</sup>.

Към втората група спада лапароскопски асистираната вагинална хистеректомия. Според съвременните критерии, една хистеректомия се счита за лапароскопска, ако лигирането на утеринните артерии е извършено по лапароскопски път. Лапароскопът може да бъде използван и с диагностична цел, за да определи дали операцията е осъществима лапароскопски - големина на матката, опитност на екипа, наличие на необходимия инструментариум и апаратура.

Първата лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия в България е направена на 5.11.1998 г. във II-ра гинекологична клиника към СБАЛАГ "Майчин дом" от екип под ръководството на доц. д-р Н. Доганов.

Към третата група индикации спада миомектомията на големи възли, но поради необходимостта от морселационна система, която служи за намаляване на обема на оперативния материал, както и по-трудната хемостаза

се предпочита конвенционалната хирургия.

При оперативната хистероскопия водачът, както и оптиката, са с по-голям лумен от диагностичния и достига до 8 mm. За удобство ъгълът на оптиката е 12°, което дава по-добри условия за работа. Към хистероскопа може да бъде монтиран резектоскоп, подобен на урологичния.

Най-честите индикации за извършване на оперативна хистероскопия са наличие на неизяснено маточно кръвотечение, стерилитет, вътрематочни сраствания, полипи или миоми възли, "изгубена" спирала. Обемът на оперативната дейност трябва да бъде съобразен с наличния инструментариум, както и с опита на оператора<sup>[2]</sup>.

Към контраиндикациите спадат основно възпалителните заболявания, обилното кръвотечение и бременността.

През последните 30 години, приложението на ендоскопските методи се разшири от диагностична процедура до лечение на множество заболявания, изискващи в миналото конвенционална отворена хирургия. Усложненията при тези методи произтичат от лоша техника, погрешна преценка, недостатъчен инструментариум и други неизбежни неблагоприятия. Прибързаното възприемане на непроверени техники в рутинната практика предизвиква начинаещия и потенциално увеличава оперативния риск.

Най-честите интраоперативни усложнения при лапароскопските операции са свързани с поставянето на иглата, с помощта на която създаваме пневмоперитонеума, както и на 10 mm троакар под пъпа за поставянето на оптичната система. Тези манипулации се извършват "на сляпо", т.е. нямаме директна видимост, а трябва да се разчита на тактилно чувство и на тестовите, които се правят, за да потвърдят това, че иглата се намира в коремната кухина<sup>[9]</sup>. Може да се наблюдават усложнения, като подкожен емфизем, лезия на кръвоносен съд или на кух орган. Броят им намалява при използването на еднократни тро-



акари и канюли, както и при използването на канюли без остриета, които са на винт<sup>[3]</sup>.

Усложненията, които се наблюдават при диагностична или оперативна хистероскопия най-често са свързани с предварителната дилатация на цервикалния канал, при която може да се направи перфорация по литературни данни в 1 до 9% от случаите<sup>[1]</sup>. В случаите, при които за раздуване на матката се използват разтвори, е възможно при неопластичен процес да се направи дисеминация на процеса. Съобщава се още и за възпалителни заболявания, както и рядко за емболии<sup>[7]</sup>.

Разнообразието от инструменти и технологичният напредък на ендоскопската екипировка през последните години е драматична. Сегашният боен набор от инструменти и апаратура, заедно с мощните светлинни източници, модерните инсуфлатори и видеокамери, преодоляват ранните проблеми, възникващи при ендоскопиите. ■

#### КНИГОПИС:

1. Cooper JM, Brady RM. Intraoperative and early postoperative complications of operative hysteroscopy. *OG clin. North AM* 2000 June;127(2); 347-66.
2. Corfman RS. Indications for hysteroscopy. *OG clin. North. AM* 1988 Marz. 15(1); 4/9.
3. Hulka J, Soderstorm RM, Corson SL, et al. Complications Committee of the American Association of Gynecologic. Laparoscopists: first annual report. *J Reprod Med* 1975; 10:301-306.
4. Luca Mencaglia, MD and Jacques Hamou, MD - *Manuals of Hysteroscopy - Diagnosis and Surgery*, 2000.
5. Murray H, Baakdah H, Bandall T et al. Diagnosis and Treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005; 173 (8): 905-12.
6. Murphy AA. Operative laparoscopy. *Fertil Steril* 1987; 47(1):1-18.
7. Morrisson DM. Management of hysteroscopic surgery complications. *AORN J* 1999 June; 69(1):194-7, 199-209.
8. Robinson V. Preface. In: Leonardo R, ed. *History of gynecology*. New York: Forben Press; 1944.
9. Smith S. Complications of laparoscopic and hysteroscopic surgery. *Practical manual of operative laparoscopy and hysteroscopy*. 1992: 199-215.
10. Vermesh M. Management of interrupted ectopic gestation by linear salpingostomy. *OG* 1988: 73:889.