

OPERACYJNE I ZACHOWAWCZE METODY POSTĘPOWANIA W GINEKOLOGII

OPERATIONAL AND CONSERVATIVE METHODS OF DEALING IN GYNECOLOGY

Grażyna Jarząbek-Bielecka¹, Marek Bielecki², Joanna Buks³, Magdalena Pisarska-Krawczyk⁴, Maciej Wilczak³, Witold Kędzia¹

¹ Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Apteka Medica

³ Katedra i Zakład Edukacji Medycznej, Coll. A. Wrzoska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴ PWSZ Kalisz

STRESZCZENIE

Ginekologia (z greckiego *gyne* = kobieta) jest nauką zajmującą się rozpoznawaniem i leczeniem chorób narządów płciowych kobiety. W szerszym rozumieniu tej dyscypliny medycznej jest to nauka zajmująca się ogólnie pojętym zdrowiem kobiety, z uwzględnieniem działań profilaktycznych. Ginekologię jako dziedzinę wiedzy określa się często mianem „choroby kobiece”, co oddaje specyfikę wynikającą z odrębności anatomicznej i fizjologii płci. Przeprowadzono analizę metod postępowania zachowawczego i operacyjnego w ginekologii wskazując, że zarówno w ginekologii, jak i w innych dziedzinach medycyny istotną rolę odgrywa właściwy dobór metod diagnostyki i terapii.

Słowa kluczowe: ginekologia, diagnostyka, terapia.

ABSTRACT

Gynecology (from Greek *gyne* = woman) is a science dealing with the diagnosis and treatment of female genital diseases. In a broader sense this medical discipline is the science dealing with health-general of women, including prevention activities. Gynecology as a field of knowledge is often referred to as "women's diseases", which gives it a unique character resulting from anatomical and physiological differences of gender. An analysis method should be conservative and surgical gynecology, indicating that both gynecology and in other areas of medicine plays an important role proper selection of methods of diagnosis and therapy.

Keywords: gynecology, diagnostics, therapy.

Wstęp

Leczenie zachowawcze – to leczenie nieinwazyjne, obejmujące m.in. farmakoterapię, fizjoterapię, terapię zajęciową oraz programy edukacyjne dla pacjentów (dieta, odpowiedni tryb życia). Przeciwnieństwem leczenia zachowawczego jest np. leczenie chirurgiczne. Zarówno leczenie zachowawcze jak i operacyjne stosowane jest w ginekologii. Leczenie zachowawcze w ginekologii polega na kompleksowym leczeniu farmakologicznym, profilaktyce oraz kontrolowaniu efektów terapii [1–3].

Szeroko stosowana jako leczenie zachowawcze jest antybiotykoterapia. Jest ona leczeniem przyczynowym, prowadzącym do wyleczenia organizmu poprzez wyeliminowanie przyczyny choroby. Jest to możliwe poprzez bezpośrednie zabicie drobnoustroju (działanie bakterio-bójcze) lub poprzez uniemożliwienie jego rozwoju (działanie bakterioostatyczne).

Ze względu na budowę chemiczną antybiotyki dzielą się na:

– β -laktamy:

• penicyliny:

» penicyliny naturalne – penicylina benzylowa

- » penicyliny „przeciwgronkowcowe” – oksacylina, nafcylicyna, metycylina
- » aminopenicyliny – ampicylina, amoksycylina
- » karboksypenicyliny – tykarcylina
- » ureidopenicyliny – azlocylina
- » piperazylopenicyliny – piperacylina
- » amidynopenicyliny – mecylinam
- » temocylina
- cefalosporyny (podział stanowiący połączenie tradycyjnych podziałów na 4–5 generacji lub 4 grupy):
 - » cefalosporyny grupy 0 – cefradyna, cefprozyl
 - » cefalosporyny grupy 1 – cefazolina
 - » cefalosporyny II generacji – cefuroksym, cefamandol, cefaklor
 - » cefalosporyny III generacji nieaktywne wobec *Pseudomonas aeruginosa* – cefotaksym, ceftriakson
 - » cefalosporyny III generacji aktywne wobec *Pseudomonas aeruginosa* – ceftazydym, cefoperazon
 - » cefalosporyny IV generacji – cefepim, ceftan

- » cefalosporyny V generacji aktywne wobec *Pseudomonas aeruginosa* – ceftobiprol
- » cefalosporyny V generacji nieaktywne wobec *Pseudomonas aeruginosa* – ceftarolina
- » cefamycyny – cefoksytyna
- monobaktamy – aztreonam
- karbapenemy:
 - » karbapenemy grupy I – ertapenem
 - » karbapenemy grupy II – imipenem, meropenem, doripenem
 - » karbapenemy grupy III – tomopenem
- trinemy – sanfetrinem
- penemy – faropenem
- inhibitory β -laktamaz – same w sobie przeważnie nie mają aktywności bakteriobójczej, stosuje się je w połączeniu z innymi antybiotykami, np. cefoperazon z sulbaktamem, amoksycylina z kwasem klawulanowym, piperacylina z tazobaktamem
- antybiotyki peptydowe
 - polipeptydy:
 - » polimyksyny – kolistyna
 - » gramicydyny
 - » bacytracyna
 - » fusafungina
 - streptograminy – chinuprystyna-dalfoprystyna
 - glikopeptydy:
 - » I generacji – wankomycyna, teikoplanina
 - » II generacji – orytawancyna
 - lipopeptydy – daptomycyna
 - glikolipopeptydy – dalbawancyna, telawancyna
 - glikolipodepsypeptydy – ramoplanina
- aminoglikozydy:
 - aminoglikozydy streptydynowe – streptomycyna
 - aminoglikozydy deoksystreptaminowe – gentamycyna, amikacyna, tobramycyna, netilmycyna
 - aminocyklitol – spektynomycyna
- tetracykliny:
 - tetracykliny właściwe – doksycyklina
 - glicylocykliny – tygecyklina
- makrolidy:
 - 14-węglowe – erytromycyna, klarytromycyna
 - 15-węglowe – azytromycyna
 - 16-węglowe – spiramycyna
 - ketolidy – telitromycyna
 - 18-węglowe (tiakumycyny) – difimycyna
- linkozamidy – klindamycyna, linkomycyna
- amfenikole – chloramfenikol
- rifamycyny – ryfampicyna, ryfaksymina
- pleuromutyliny – retapamulina
- mupirocyna

– kwas fusydowy.

Leki przeciwprątkowe (leczenie zakażeń wywołanych przez prątki – np. gruźlicy):

- leki 1. rzutu – izoniazyd, ryfampicyna, pirazynamid, etambutol, streptomycyna
- leki 2. rzutu – etionamid, klofazymina, kanamycyna, kapreomycyna, amikacyna, tobramycyna, wiomycyna, kwas p-aminosalicylowy, cykloseryna, ofloksacyna, cyprofloksacyna, lewofloksacyna, moksyfloksacyna, klarytromycyna, azytromycyna, imipenem, cefoksytyna, doksycyklina, minocyklina, kotrimoksazol, tioacetazon, linezolid, ryfabutyna, ryfapentyna
- leki do leczenia trądu – dapson, acedapson, talidomid (tylko mężczyźni); w leczeniu trądu stosuje się także ryfampicynę i klofazyminę.

Leki przeciwgrzybicze:

- antybiotyki polienowe – amfoterycyna B, nystatyna, natamycyna
- antybiotyki niepolienowe – gryzeofulwina
- leki azolowe:
 - leki imidazolowe – ketokonazol
 - leki triazolowe:
 - » I generacji – flukonazol, itrakonazol
 - » II generacji – worykonazol, rawukonazol, posakonazol (lek o najszerszym spektrum działania)
- echinokandyny – kaspofungina, anidulafungina, mikafungina
- allyloaminy – terbinafina
- 5-fluorocytozyna
- amorolfina
- cyklopiroks
- tolnaftat
- jodek potasu [2].

Leczeniem zachowawczym o szczególnym znaczeniu w ginekologii jest terapia hormonalna [3, 4].

Typy terapii hormonalnej:

- Leczenie substytucyjne – uzupełnienie istniejącego niedoboru lub braku hormonu.
- Leczenie stymulujące – stosowane jest w przypadku braku właściwej funkcji ośrodków podwzgórzowo-przysadkowych (jajniki wydolne- prawidłowa steroidogeneza).
- Leczenie hamujące – to leczenie osłabiające czynność gruczołu przez blokowanie układu podwzgórzowo-przysadkowego z równoczesnym działaniem na efektor obwodowy [3, 4].
- Leczenie miejscowe – np. dopochwowe przy braku czynności hormonalnej jajników.

Operacja w ginekologii ma służyć poprawie stanu zdrowia i samopoczucia pacjentki, bądź stanowi postępowanie diagnostyczne, np. dające wgląd w jamę otrzewnową, pozwalając na ocenę narządów płciowych wewnętrznych. **Operacja zwiadowcza**, inaczej **diagnostyczna**, nie ma na celu leczenia, a rozpoznanie choroby. Wykonywana jest kiedy nie ma możliwości zastosowania zachowawczych metod diagnozowania bądź są one nieskuteczne. Przykładem takiej operacji jest diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej (laparotomia zwiadowcza) lub operacje stopniujące (oceniające zaawansowanie choroby).

Operacja radykalna, inaczej **doszczętna**, to zabieg mający na celu całkowite wyleczenie choroby, najczęściej polegający na szerokim wycięciu narządów bądź dużej części pojedynczego narządu. Tego rodzaju operacje są wykonywane często w przypadku nowotworów. Doszczętność operacji jest oceniana na podstawie badania histologicznego, które najczęściej wykonuje się po operacji. Dlatego stosuje się termin: „operacja w zamierzeniu radykalna” (makroskopowo). Leczenie operacyjne w ginekologii obejmuje kolejne typy operacji [1, 5, 6].

I. OPERACJE DIAGNOSTYCZNE

1. Pobranie wycinków (excisio probatoria)
 - ze sromu (vulvae)
 - z szyjki macicy (colli uteri)
 - z guza (tumoris).
2. Skrobanie diagnostyczne (abrasio)
 - kanał szyjki (endocervix)
 - trzon macicy (endometrium)
 - diagnostyczno-lecznicze.
3. Hysteroscopia.
4. Punkcja – czyli nakłucie np. jamy otrzewnowej (ascites), zatoki Douglasa, torbieli zastoinowych po operacji. Uzyskiwana z punkcji treść to np. płyn surowiczy, treść ropna – zapalenie otrzewnej, przydatków, krew – ciąża ektopowa.
5. Laparoscopia
 - wady rozwojowe macicy
 - endometrioza
 - ciąża ektopowa
 - zrosty
 - chromotubacja.
6. Laparotomia – wgląd w jamę brzuszną.

II. OPERACJE KOREKCYJNE

1. Operacje udrażniające w WADACH WRODZONYCH: nacięcie błony dziewiczej, przecięcie przegrody pochwy, kanału szyjki i trzonu macicy.

PO DZIAŁANIU JATROGENNYM: udrożnienie kanału szyjki po el-konizacji; jamy macicy – zespół Ashermana).
ZROSTY POZAPALNE: ujścia brzuszne jajowodów, pochwa, kanał szyjki i trzon macicy.

W SENIUM (w okresie starości).

2. Operacje plastyczne zmieniają (poprawiają) wygląd lub funkcję narządu. Tego rodzaju zabiegami są zarówno operacje odtwórcze po wypadkach, umożliwiające normalną egzystencję np. po utracie części narządu, jak i operacje kosmetyczne, poprawiające niewłaściwy (zdaniem pacjentki) wygląd narządów płciowych zewnętrznych (np. pomniejszenie warg sromowych większych), poprawiają funkcję jajowodów (plastyka ujść brzusznych jajowodów) czy też funkcję macicy: (metroplastyka, operacja Strassmana – np. przy dwurożnej macicy).
3. Operacje wytwórcze
 - wytworzenie pochwy np. w zespole MRKH z aplazją pochwy.
4. Operacje naprawcze
 - urethrokolpoet kolpoperineoplastica
 - op. modo Manchester
 - plastica perinei et ani
 - plastica fistulae:
 - » recto-vaginalis
 - » vesico-vaginalis
 - » urethero-vaginalis
 - wszycie taśmy TVT.

III. OPERACJE USUWAJĄCE CAŁY NARZĄD PŁCIOWY

Przykłady:

- Usunięcie macicy z dostępu brzuszego lub pochwowego – z lub bez przydatków (hysterectomy totalis abdominalis/vaginalis sine/cum adnexibus).
- Usunięcie macicy radykalne z usunięciem węzłów chłonnych hysterectomy radicalis cum lymphonodullectomia.
- Usunięcie przydatków, jajników, jajowodów (adnexectomy, ovariectomy, salpingectomy).
- Proste wycięcie sromu (vulvectomy simplex).
- Usunięcie sromu radykalne z usunięciem węzłów chłonnych (vulvectomy radicalis cum lymphonodullectomia).

Wśród wskazań do usunięcia macicy (hysterektomii) wymienia się najczęściej:

- mięśniaki macicy
- bardzo obfite miesiączki, niepoddające się leczeniu zachowawczemu
- bolesne miesiączki
- obniżenie lub wypadanie macicy

- uciskanie innych narządów przez powiększony trzon macicy i związane z tym dolegliwości, w tym nietrzymanie moczu

- stany przednowotworowe i nowotwory narządu rodne.

Obecnie dostępne są też nowoczesne metody laparoskopowego i przezpochwowego usuwania macicy. W zależności od rozpoznania, wielkości zmiany, wieku i stanu odżywienia oraz oczekiwań pacjentki możliwe są następujące operacje:

- **LASH** (*laparoscopic supracervical hysterectomy*),
- **TLH** (*total laparoscopic hysterectomy*),
- **LAVH** (*laparoscopically assisted vaginal hysterectomy*),
- **hysterektomia przezpochwowa**, czyli waginalna [1, 5, 6].

Hysterektomia nie oznacza konieczności usuwania jajników. U młodych kobiet ważne jest pozostawienie jajników w celu zachowania naturalnej produkcji żeńskich hormonów płciowych, aby po operacji pacjentki nie odczuwały przedwcześnie dolegliwości okresu przekwitania. Gdy występują wskazania medyczne podczas tej operacji, oczywiście możliwe jest usunięcie jednego lub obu jajników.

Należy dodać tu, że do wskazań do wycięcia macicy z dostępu pochwowego należą:

- blizna po plastyce przepukliny brzusznej
- wypadanie pochwy i macicy
- gruźlica jelit.

IV. OPERACJE OSZCZĘDZAJĄCE/ZACHOWAWCZE (USUWAJĄCE CZĘŚĆ NARZĄDU PŁCIOWEGO I/LUB ZMIANY W NIM POWSTAŁE)

- Wycięcie /marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina, gartneraexcisio/marsupialisatio cystis gl. Bartholini, Gartneri.
- Konizacja szyjki macicy (chirurgiczna, elektrokonizacja, LEEP konizacja) conisatio colli uteri – chirurgica, el-conisatio, LEEP.
- Ukręcenie polipa rodzącego się mięśniaka – detruncatio polypi/myomae nascens myomektomia (BADANIE ŚRÓDOPERACYJNE – INTRA!).
- Wyłuszczenie torbieli guza enucleatio cystis (tumoris ovarii (INTRA!).
- Częściowa resekcja jajników – resectio partialis ovariorum.

V. OPERACJE W STANACH NAGŁĄCYCH – ZAGRAŻAJĄCYCH ŻYCIU

- Obfite krwawienie z macicy (przyczyny ginekologiczne i położnicze), brak efektu leczenia zachowawczego.
- Krwawienie po leczeniu operacyjnym.
- Perforacja macicy.
- Ciąża ektopowa.

- Skręcona torbiel jajnika.

VI. OPERACJE PALIATYWNE

Operacja paliatywna, inaczej **łagodząca**, poprawia jedynie stan chorego, nie usuwając właściwej przyczyny dolegliwości. Wykonywana ze względów humanitarnych, dla oszczędzenia cierpień i ograniczenia bólu. Przykładem takiej operacji jest zespolenie fragmentów przewodu pokarmowego tak, by ominąć niedrożność spowodowaną nowotworem. Zatem w operacjach paliatywnych chodzi o doraźne łagodzenie dolegliwości, cytoredukcja. Przeprowadzona analiza metod postępowania w ginekologii wskazuje, że zarówno w ginekologii, jak i w innych dziedzinach medycyny, istotną rolę odgrywa właściwy dobór metod diagnostyki i terapii uwzględniający postępowanie zachowawcze i operacyjne. Podstawę działania w postępowaniu diagnostycznym stanowią szczegółowe oraz rzetelne przeprowadzenie badania podmiotowego, czyli wywiadu, jak również badania przedmiotowego obejmującego badanie lekarskie ogólne, a następnie badanie ginekologiczne, co pozwala dalej dobrać właściwą metodę zachowawczą czy operacyjną, tak w odniesieniu do diagnostyki, jak i terapii [1, 3, 5, 6].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Pisarska-Krawczyk M, Jarząbek-Bielecka G. Zagadnienia interdyscyplinarne w ginekologii praktycznej. Kalisz: Wydaw. Ucz. Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta S. Wojciechowskiego, 2014.
2. Szczeklik A (red.). Choroby wewnętrzne. Przyczyny, rozpoznanie i leczenie, tom II. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2005.
3. Speroff L. Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodności. Endokrynologia kliniczna. MediPage. Warszawa 2007.
4. Jarząbek-Bielecka G, Bielecki M. The contraception – history. W: Supady J (red.) Szkice z historii medycyny. Wojskowa Drukarnia w Łodzi, Łódź; 2010.
5. Grys E. Leczenie operacyjne w ginekologii. W: Ginekologia. Słomko Z (red.). Podręcznik dla lekarzy i studentów. Warszawa 1997; s. 463–492.
6. Semple HC. J. Marion Sims, the Father of Modern Gynecology. W: American medicine New series, v. XVIII, no. 9, Sept. 1923.

Zaakceptowano do edycji: 2015-02-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-03-30

Adres do korespondencji:

Grażyna Jarząbek-Bielecka
Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii UMP
ul. Polna 33, GPSK, Poznań