

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

6. Стрижаков А.И., Здановский В.М., Мусаев З.М., Колоскина Е.А., Витязева И.И. Беременность после экстракорпорального оплодотворения: течение, осложнения, исходы // Акушерство и гинекология. - 2001. - № 1. - С. 20-23.

COMPLETION OF PREGNANCY AT WOMEN AFTER SURGICAL MEDICAL TREATMENT OF INFERTILITY

©**L.I. Ivanyuta, O.D. Dubenko, I.I. Raksha**

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology (Kyiv)

Summary. The results of the conducted clinical and statistical researches showed that women which became pregnant after conservative and surgical treatment of infertility, make up the group of high risk, in relation to development, first of all, the threat of pregnancy interruption, especially in early terms, fetoplacental insufficiency, late gestoses, anomaly of labor activity development, which, in the turn, result in high-frequency of operative births. The comparative analysis showed that the character of violations which arise during the pregnancy, conditioned by action of pathogenetical changes which were observed at infertility. At women after surgical and endoscopic medical treatment of infertility threat of pregnancy interruption, fetoplacental insufficiency, eclampsia develops more frequently than after conservative medical treatment, that negatively affects the perinatal consequences of labor. The conducted analysis testifies to insufficient efficiency of traditional medical measures at women after medical treatment of infertility, their belonging to the group of high risk, which need the revision of approaches to tactics of conduction of pregnancy and labor in the given group of patients.

Key words: infertility, microsurgery, laparoscopy, pregnancy, labor.

УДК 618.177+616.697:613.89.319

МІСЦЕ МІКРОХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ НЕПЛІДНОСТІ

©**Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта**

*Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця*

РЕЗЮМЕ: Вивчена ефективність мікрохірургічного лікування трубно-перитонеальної та поєднаної неплідності у 380 пацієнток. Висвітлені основні принципи мікрохірургії, методи підготовки хворих, види операцій, ведення післяопераційного періоду. Показана залежність результатів операції від діагнозу, терміну захворювання, віку хворих, поєднання чинників неплідності. Відновлення прохідності маткових труб наступило у 86,5 %, а вагітність у 43,6 % пацієнток.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: неплідність трубно-перитонеальна, поєднана, мікрохірургія, гемодинаміка, консервативне лікування, вагітність.

Вступ. В охороні здоров'я проблема неплідного шлюбу належить до однієї з найскладніших. Незважаючи на те, що неплідність і її причини вивчаються з давніх часів, в цій галузі і на сьогодні є ще багато невизначеного. Лікування неплідних шлюбів не завжди досягає бажаних результатів. За останні роки погляд на проблему неплідності суттєво змінився, з'явилися нові теорії і напрямки щодо її вивчення та лікування. Це стало можливим завдяки досягненням в галузі молекулярної біології, імунології, ендокринології, гістології, кріобіології, мікрохірургії та інших наук. Різноманітність форм неплідності сприяла включенню до вирішення цієї проблеми не тільки гінекологів, але і лікарів інших спеціальностей. Цілком очевидно, що ефективність системи лікувальних та профілактичних заходів

багато в чому визначається координацією роботи широкого кола спеціалістів медико-біологічного профілю.

За останні 5 років рівень гінекологічних захворювань на 100 000 жіночого населення виріс, в тому числі ендометріоз, розлади менструального циклу, неплідність. В Україні майже 15 % шлюбних пар страждають від неплідності, близько 20 % вагітностей закінчуються самовільними викиднями. Запальні зміни маткових труб преважують серед інших причин неплідності. Вони виникають після перенесених захворювань, які передаються статевим шляхом, а також внаслідок післяабортних та післяпологових запалень. Перитонеальна неплідність часто є наслідком спайкових змін в малому тазу при збереженні прохідності маткових труб.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

Різні інфекційні агенти попадають в маткові труби переважно висхідним шляхом з нижніх відділів статевих шляхів, але нерідко гематогенним шляхом, а також зі сперматозоїдами. Порушення функції маткових труб, крім запальних захворювань статевих органів, можуть обумовлюватись загальним або пельвіоперитонітом, апендектомією, міомектомією, резекцією яєчників, поліпами, ендометріозом статевих органів або іншої позаматкової локалізації. Внаслідок перенесених запальних захворювань статевих органів або після операцій на органах малого таза та порожнинних хірургічних втручань переважає перитонеальна неплодітність. Встановлена пряма залежність спайкового процесу від кількості проведених гідротубацій [1, 2].

Незворотні анатомічні зміни маткових труб, спайковий процес малого таза, який порушує їх фізіологічне розташування та гемодинаміку є причиною недостатньої ефективності консервативних методів лікування неплодітності запального генезу [3, 4]. Низка авторів відстоює позицію, яка стверджує, що жоден з методів лікування неплодітності не конкурує один з одним, а має застосовуватись за певними показаннями [4, 5]. Незважаючи на досить широке висвітлення цих питань і досягнення певних позитивних результатів, сьогодні не можна вважати, що ця проблема вирішена. Впровадження мікрохірургічної техніки на маткових трубах дозволяє досягти кращих результатів порівняно із загальноприйнятими операціями. Частота настання маткової вагітності при мікрохірургічних операціях становить 47 %, при традиційних – 27 % [6, 7].

Хірургічне лікування трубної неплодітності застосовується після детального обстеження хворої, при якому уточнюється наявність та місце оклюзії труби або інші анатомічні зміни, які спричиняють непрохідність при відсутності ефекту після консервативного лікування.

Мікрохірургія стала складовою частиною хірургічних спеціальностей, її впровадження значно покращило клінічні результати порівняно з такими при застосуванні традиційних методів. Мікрохірургія спонукає до підвищення професійного рівня хірурга, глибоких знань анатомії, фізіології та патофізіології репродуктивних органів. На хірурга покладається відповідальність за попередній відбір пацієнтів, включаючи детальну оцінку всіх чинників, які можуть визначати неплодітність у даної шлюбної пари. Тільки після цього технічні досягнення мікрохірургії можуть бути виправданими та корисними.

Основні принципи мікрохірургії полягають в тому, що:

1. Реконструктивна операція має бути плановою, її краще виконувати жінкам в проліфе-

ративну фазу циклу, коли переважають анаболічні процеси.

2. Бережливе атравматичне ставлення до тканин та їх точне анатомічне зіставлення, ретельний гемостаз.

3. Наближення до операційної рани та іммобілізація внутрішніх статевих органів шляхом доопераційної тампонади піхви та дуглосового простору.

4. Застосування мікрохірургічних інструментів, атравматичних голок з ареаактивним шовним матеріалом, монополярних голчатих мікроелектродів та легко маневруючих оптичних приладів.

5. Запобігання утворенню післяопераційних спайок шляхом зволоження органів малого таза та введення 3 % розчину поліглюкіна з метою уникнення травмувань прилягаючих органів і тканин після звільнення їх від спайок. Матка не фіксується інструментами, а утримується введенням до позаматкового простору зволоженої серветки та фіксацією круглих зв'язок.

Виконувати мікрохірургічну операцію краще за все стабільною групою постійних учасників, які складають "мікрохірургічну бригаду".

Мета дослідження. Вивчити доцільність застосування і ефективність мікрохірургічного лікування трубно-перитонеальної неплодітності у жінок.

Матеріал й методи дослідження. Обстежено 380 хворих віком від 20 до 45 років в середньому 28,3±4,2 роки. Середня тривалість неплодітності складала 6,7±4,6 років і коливалась від 2 до 17 років. Первинна неплодітність була у 46,2 % пацієток, вторинна – у 53,8%. Найчастішими формами неплодітності була трубно-перитонеальна – 38,2 % в тому числі у 22,6 % сактосальпінгоси, у 32 % трубно-перитонеальна неплодітність поєднувалась з синдромом полікістозних яєчників, у 22,4 % – з ендометріозом, у 8,7 % – з фіброміомою, у 4,5 % – з аномаліями розвитку матки, у 75,5% прооперованих були різні види поєднаної неплодітності, коли поєднувались 2-3 або 4 чинники. Реконструктивні операції при трубно-перитонеальній неплодітності включали: сальпінго-оваріолізис, сальпінгостомію, сальпінготомію, фімбріопластику, сальпінго-сальпінгоанастомоз, неосальпінгостомію, автоімплантацію труби в матку. Часто ці операції поєднувались між собою та з операціями на яєчниках (видалення кісти, клиновидна резекція, термокаутеризація), консервативною міомектомією, енуклеацією або вапоризацією міоматозних вузлів та ендометріоїдних гетеротопій. При аномалії розвитку матки проводилась метропластика. В кінці операції маткові труби промивали розчином фурациліну

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

або хлоргексидину, в черевну порожнину (позаматковий простір) вставляли мікроіригатор. В післяопераційному періоді інфузійної терапії не застосовували. З першого дня хворі приймали рідину ентерально 1-1,5 л, вставляли, активно рухалися. Антибіотикотерапія призначалась диференційовано, залежно від ступеня вираженості анатомічних змін органів малого таза і застосовувалась протягом 2-3 днів. Промивання маткових труб в післяопераційному періоді проводилося двічі, мікроіригатор видалювався через 36 годин. На 7-8-му добу хворі виписувалися додому.

Результати й обговорення. Комплексне клініко-параклінічне обстеження жінок з трубно-перитонеальною неплідністю дозволило встановити місце оклюзії маткових труб та різний ступінь вираженості спайкових змін. Вивчався вміст гонадотропних, статевих та тиреоїдних гормонів в динаміці менструального циклу, їх зв'язок з тривалістю захворювання, ступенем вираженості анатомічних змін.

Ендокринні зміни виявлені у кожній третій хворій, імунні - у 24,6 % обстежених. Вираженість анатомічних змін, гормонального та імунного гомеостазу знаходилась у прямій залежності від віку, тривалості захворювання та проведеного раніше лікування як консервативного, так і хірургічного. Вірогідність цих порушень була суттєва у хворих з терміном захворювання 5 і більше років.

На перших етапах застосовували комплексне лікування, яке було направлено на ліквідацію вогнища інфекції, відновлення прохідності маткових труб та реабілітацію функціональних змін. Після проведеної терапії вагітність наступила у 40 % пацієнтів. У тих хворих, які довго лікувалися, анатомічні зміни були значні, а труби непрохідні, застосовували мікрохірургічне лікування.

Аналіз віддалених результатів мікрохірургічного лікування у 380 хворих показав, що відновлення прохідності маткових труб наступило у 86,5 % пацієнтів, у тому числі повне у 68 %, часткове у 18,5 %. В групі хворих, де застосовувалась традиційна хірургія, ці показники були відповідно 65, 19 і 46 %. Вагітність наступила у 43,7 і 21,9 % випадків, відповідно.

Відновлення прохідності маткових труб залежало від виду операції, вираженості спайкового процесу, віку, тривалості захворювання, характеру морфологічних змін труб та супутніх захворювань. Після сальпінгостомії вагітність наступила у 44,4 % пацієток, фімбріопластики у 49,6 %, аутоімплантації труб – у 33,3 %, сальпінгооваріолізісу – у 65,4 % неосальпінгостомії у

28 %, сальпінго-сальпінго анастомозу – у 52,6 %, метропластики – 52,6 %. У хворих з I ступенем спайкового процесу реконструктивна операція була ефективна у 75,7 % пацієток, при II ступені вираженості спайкового процесу – у 54,6 %, при III у 35,3 %, при IV – лише у 10 %. У жінок віком 20-25 років вагітність наступила у 61,9 % випадків, 25-30 років у 42,2 %, 31-35 років у 28,1 %, а у хворих віком після 40 років – у 16,6 %. Частіше вагітність наступала у жінок з тривалістю захворювання до 2 років (70 %) і значно рідше, коли хірургічне лікування виконано через 10 і більше років (10 %). Встановлена залежність ефективності реконструктивних операцій від довжини маткової труби; при довжині труби 10-12 см вагітність наступила у 50,4 %, а при довжині труби 4-6 см – у 13,8 % хворих.

Ефективність хірургічного лікування залежала від поєднання сальпінгіту з іншими захворюваннями: з СПКЯ вагітність наступила у 65 % пацієток, з лейоміомою матки – у 42,8 %, з кістою яєчника – у 30,5 %, з ендометріозом – у 17,2 % прооперованих жінок.

Термін від проведеної операції до настання вагітності був різним та залежав від виду і об'єму хірургічного втручання.

Після мікрохірургічної сальпінгостомії при середньому ступені спайкового процесу вагітність і пологи наступили у 44,0 - 56 % пацієток, при вираженому – у 10 - 15 %. Ці дані демонструють значимість мікрохірургічної сальпінгостомії при добре підібраних групах хворих. Мікрохірургія виправдала себе при виконанні сальпінго-сальпінгоанастомозів. Віддалені результати бездоганні і залежать від техніки виконання, зіставлення стінок труби та її довжини.

Справжні трубні оклюзії, які розміщуються в ділянці маткових рогів, що часто є результатом нодозного сальпінгіту, ендометріозу або після запального фіброзу, теж піддавалися мікрохірургічній реконструкції. При цьому застосовували аутоімплантацію труби в матку, а протектор виводили через порожнину матки та фіксували до шийки, другий кінець його до ребра матки. Видаляли протектор через 3 місяці. Вагітність після такої операції досягала 35,3 %.

Мікрохірургія дозволяла також виконати транспозицію труби та яєчника при однорогій матці чи відсутній трубці зі сторони функціонуючого яєчника.

Слід зауважити, що після відновлення прохідності маткових труб проводилась корекція інших чинників неплідності (гормональних, імунних). При відсутності ефекту від застосованої терапії рекомендувалось ЕКЗ.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

Отже, застосування мікрохірургічного лікування не є конкуруючим, а обґрунтованим правомірним методом лікування трубно-перитонеальної та поєднаних форм неплідності, оскільки підвищує ефективність традиційних методів на 25-30 %, зменшує рецидиви захворювання в 2 і більше разів, дає можливість відновити репродуктивну функцію у 43,7 % пацієнток.

Принципи мікрохірургії дозволяють проводити точну оцінку нормальних та патологічно змінених тканин і спонукають хірургів на бережливе ставлення до тканин під час операцій. Наше ставлення до мікрохірургії і отримані результати повністю збігаються з даними зарубіжних авторів [6, 7] і свідчать, що реконструктивна хірургія займає належне місце в лікуванні трубної неплідності і має виконуватись підготовленими до мікрохірургічних втручань гінекологами.

Висновки. 1. Послідовне цілеспрямоване вивчення причин та розкриття механізмів виникнення неплідності подружньої пари дозволяє

обґрунтувати диференційовану патогенетичну терапію. На перших етапах слід застосовувати комплексну терапію, направлену на ліквідацію вогнища інфекції, відновлення прохідності маткових труб та реабілітацію функціональних змін.

2. Хірургічне лікування трубно-перитонеальної та поєднаних форм неплідності застосовується, коли консервативна терапія не досягла бажаного результату протягом 6 міс. 2 років.

3. Найкращі результати спостерігаються при застосуванні мікрохірургічної техніки та дотриманні принципів її виконання, запобіганні утворення післяопераційних спайок.

Перспективи подальших досліджень. Подальше вивчення гормонального і імунного стану у неплідних жінок у поєднанні з хірургічною корекцією дозволить виявити нові можливості і перспективи у наданні медичної допомоги. Реконструктивна хірургія має займати належне місце в лікуванні трубної неплідності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бодяжина В.И., Железнов Б.И. Морфофункциональные изменения в очагах воспаления половой системы женщины // Акуш. и гинекол. - 1990. - № 6. - С. 3-9.

2. Іванюта Л.І. Сучасні аспекти патогенезу, діагностики та терапії запальних захворювань придатків матки // Педіатрія, акуш. і гінекол. - 1996. - № 1. - С. 45-48.

3. Стрижаков А.Н. и соавт. Роль половых гормонов и их рецепторного аппарата при выборе метода лечения у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в сочетании с миомой матки // Акуш. и гинекол. - 1998. - № 3. - С. 30-33.

4. Неплідність у шлюбі (здобутки та перспективи) / Іванюта Л.І., Іванюта С.О. - К.: ТОВ „Задруга”, 2005. - 348 с.

5. Кулаков В.И. Инфекции передаваемые половым путём // Акуш. и гинекол. - 2003. - №6. - С. 3-6.

6. Gornall V. Reconstructive tubal surgery. In: Rock H.A., Jones H.W. III editors // The Linde's Operative Gynecology. 9th ed. Philadelphia.- 2003. - P 557-593.

7. Felemban A., Tan S.L., Tulandi T. Laparoscopic treatment of polycystic ovaries with insulated needle cautery: a reappraisal// Ferbil.- 2000.- Vol. 73, № 2.- P. 266-269.

PLACE OF MICROSURGERY IN TREATMENT OF INFERTILITY

©L.I. Ivanyuta, S.O. Ivanyuta

The Institute of Pediatric, Obstetrics and Gynecology AMN of Ukraine, National Medical University by o.o. Bogomolets

SUMMARY. The efficiency of microsurgical treatment of tubular-peritoneal and combined infertility at the 380 patients has been investigated. Main principles of microsurgery, methods of preparation of patients, kinds of operations, conducting of postoperative period have been described. Dependence of results of operation on the diagnosis, duration of disease, age of patients, combination of infertility factors has been shown. Restoration of passableness of uterus tubes has been achieved at 86,5 %, and pregnancy - at 43,6 % patients.

KEY WORDS. tubular-peritoneal, infertility and combined, microsurgery, hemodynamics, conservative treatment, pregnancy.

КОРЕКЦІЯ ГОРМОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З НЕПЛІДНІСТЮ ПІСЛЯ ЕНДОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

©Л.І. Іванюта, І.І. Ракша, О.Д. Дубенко, В.М. Андреева

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

м. Київ

РЕЗЮМЕ: У статті показаний вплив лапароскопічного методу лікування на гормональний статус жінок з безплідністю. Ми можемо зробити висновок про те, що в будь-якому випадку після перенесеної лапароскопії відбувалася нормалізація менструального циклу. В інших жінок, у яких базальна температура не нормалізувалася після хірургічного втручання, стимуляція овуляції відбувалася з великим ефектом, тому що яєчники ставали більш чутливими, ніж у минулому.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лапароскопія, безплідність, гормональний статус.

Вступ. Неплідний шлюб до теперішнього часу залишається актуальною медичною та соціальною проблемою. Відповідно до даних різних авторів, у клініці жіночої неплідності переважає трубно-перитонеальна неплідність - 50-60 %, ендокринна - 30-40 %, поєднані форми неплідності - 25-30 % [1, 2].

Трубна неплідність нерідко зустрічається у поєднанні з ендокринними порушеннями, ендометріозом, доброякісними пухлинами матки та яєчників. Гінекологи всього світу незадоволені результатами лікування різних видів неплідності традиційними методами як консервативними, так і хірургічними. Однак ситуація значно змінилась на краще при впровадженні у клінічну практику оперативної лапароскопії та гістероскопії, які дозволяють не тільки візуально обстежити органи малого таза, але і провести з мінімальною травматизацією низку хірургічних втручань [3, 4].

Сьогодні важко уявити собі будь-який етап ведення гінекологічної хворої, де не міг бути використаний той або інший ендоскопічний метод. Ендоскопічні доступи мають ключове значення в діагностиці та в диференційній діагностиці гінекологічних захворювань у жінок з неплідністю, тоді коли інші методи не можуть встановити кінцевий діагноз. В більшості випадків у жінок з неплідністю ендоскопія має не тільки діагностичну, а й лікувальну мету. А оскільки у 75,4 % випадків неплідності обумовлені декількома чинниками, то проведення лапароскопії дозволяє виділити основну причину неплідності та провести її корекцію.

Мета дослідження. Метою дослідження було проведення ендоскопічної корекції причин неплідності у жінок із синдромом полікістозних яєчників, генітальним ендометріозом, трубно-перитонеальною неплідністю.

Матеріал й методи дослідження. У відділенні реабілітації репродуктивної функції жінок проведений аналіз прооперованих, з за-

стосуванням лапароскопії та гістероскопії, 150 хворих із неплідністю. Залежно від основної причини неплідності виділені такі групи: 1-ша - трубно-перитонеальна неплідність (55 хворих), 2-га - синдром полікістозних яєчників (55 хворих), 3-тя - генітальний ендометріоз (40 хворих). Обстеження проводились до та через два місяці після хірургічної лапароскопії.

Результати й обговорення. Проведений аналіз свідчив, що найбільшу групу жінок із порушеннями репродуктивної функції склали хворі віком від 26 до 30 років (41,1 %), тобто у найбільш активному фертильному віці. Первинна неплідність переважала у 1-й, і, особливо, у 2-й групах (58,2 і 78,2 %, відповідно) як наслідок захворювань, які передаються статевим шляхом, та ендокринних порушень. Вторинна неплідність домінувала у 3-й групі хворих (55,0 %) і була пов'язана з ускладненими абортами та ендометріозом.

Невиношування вагітності у різних термінах спостерігалось у 11 (7,3 %) всіх хворих. Самовільні викидні траплялись у 8 (5,3 %) жінок з СПКЯ, і були обумовлені гормональною недостатністю, та у 3 (2,0 %) пацієнток із хронічними запальними процесами геніталій. При цьому відомо, що особливо запальні зміни матки та придатків гальмують процеси імплантації й розвиток плідного яйця у зв'язку з неадекватним характером змін в ендометрії.

За результатами лапароскопічного лікування 1-ша група характеризувалась гіперемією маткових труб з ін'єкцією їх судин (61,8 %), наявністю запальних просоподібних висипань та перитубарних зрощень. При хромодіагностичній пробі часткова непрохідність обох маткових труб у різних відділах спостерігалась у 12 (21,8 %) хворих, непрохідність однієї маткової труби була у 8 (14,5 %) пацієнток, закриті сактосальпінкси виявлялись у 6 (10,9 %) випадках. У 7 (12,7 %) жінок виявлялись невеликі міоматозні вузли на