

## 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 абортми 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

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

матці та ознаки аденоміозу. Спайковий процес органів малого таза виявлявся у 34 (62,0 %) з трубно-перитонеальною неплідністю.

Щодо хронічних запальних процесів маткових труб при трубно-перитонеальній неплідності залишаються дискусійними питання розробки критеріїв відбору хворих для виконання реконструктивних операцій на маткових трубах з урахуванням віку пацієнтки, активності та вираженості запального процесу, локалізації ураження. Особливо дискусійним залишається питання, яким же чином краще відновлювати прохідність маткових труб - ендохірургічно чи за допомогою мікрохірургічної пластики шляхом лапаротомії

Після ревізії органів малого таза та встановлення рівня оклюзії маткових труб були проведені такі хірургічні втручання: роз'єднання злук органів малого таза та черевної порожнини 24 (44,0 %), сальпінгооваріолізис - 25 (46,0 %), сальпінгостомія - 9 (17,0 %), неосальпінгостомія - 4 (8,0 %).

Слід відмітити, що існують два основні методи лікування неплідності у жінок з СКПЯ - хірургічний та консервативний. Суть хірургічного методу полягає в індукції овуляції шляхом дії на яєчникову тканину інших чинників (механічних, електричних, термічних). Хірургічна індукція овуляції застосовується як самостійний метод лікування хворих з СКПЯ. У хворих з ендокринною неплідністю рішення про хірургічну корекцію повинно прийматись після повного ендокринологічного обстеження та після неефективності стимуляції овуляції.

Під час ендохірургічного лікування у хворих з СКПЯ виявлялась така лапароскопічна картина: гіпоплазія матки різного ступеня була діагностована у 23 (41,8 %) випадках. Для цієї групи характерною картиною було збільшення розмірів яєчників з щільною білковою оболонкою та відсутністю фолікулів на їх поверхні (72,7 % випадків). Поєднання СКПЯ із хронічним сальпінгітом спостерігалось у 17 (30,9 %) випадках, з невеликими субсерозними фіброматозними вузлами на матці - у 6 (10,9 %) хворих.

У жінок другої групи були проведені такі хірургічні втручання - біопсія яєчників та їх діатермопунктура - у 25 (46,0 %); клиновидна резекція яєчників - у 15 (29,3 %) декортикація яєчників - у 8 (15,0 %); видалення кіст яєчників - у 8 (15,0 %). Сальпінголізис та роз'єднання злук органів малого таза - у 15 (28,0 %).

Неплідність, пов'язана з ендометріозом, залишається одним із важливих питань репродуктивної медицини. Не зважаючи на численні дослідження, і досі не до кінця з'ясований зв'язок

ендометріозу та неплідності, які можуть бути як взаємообумовленими, так і супутніми. Найбільш вірогідною причиною неплідності є не тільки гормональні порушення, але й анатомічні дефекти органів малого таза, в тому числі трубно-яєчникові, перитонеальні спайки, деформація маткових труб.

Лапароскопічне обстеження жінок з неплідністю та ендометріозом (3-тя група) виявило, що у 22 (55,0 %) пацієнток цієї групи тіло матки було кулястої форми з мармуровим забарвленням серозної оболонки, у 4 (10,0 %) випадках аденоміоз поєднувався з вузловою формою міоми матки. Ендометріодні гетеротопії на органах малого таза були виявлені у 37 (92,5 %) жінок, із них, у 31 (77,5 %) випадках спостерігалось ураження крижово-маткових зв'язок та матково-ректальної заглибини у 10 (25,0 %). У 27 (67,5 %) жінок із генітальним ендометріозом виявлялися полікістозні яєчники, а ознаки хронічного сальпінгіту - у 25 (62,5 %) пацієнток. Звертала на себе увагу велика частота виявлення спайкового процесу різного ступеня у жінок 3-ї групи - 36 (90,0 %) випадків.

У жінок з ендометріозом були проведені наступні хірургічні втручання: діатермопунктура та діатермокаутеризація яєчників - у 21 (52,5 %), сальпінгооваріолізис - у 17 (42,5 %), роз'єднання спайок органів малого таза та черевної порожнини - у 26 (65,0 %), клиновидна резекція яєчників - у 13 (32,5 %), кістектомія - у 9 (22,5 %), сальпінгостомія - у 10 (25,0 %), вапоризація ендометріодних гетеротопій - у 29 (72,5 %), консервативна міомектомія - у 3 (7,5 %) хворих.

При лапароскопії у 1-й та 2-й групах виявлені як діагностична "знахідка" малі форми ендометріозу, які не супроводжувалися характерною симптоматикою у 9 (16,4 %) та 6 (10,9 %) випадках, відповідно, що дало змогу вчасно призначити адекватне патогенетичне лікування. Для оцінки ендохірургічного лікування хворих із неплідністю проводилась повторна госпіталізація у відділення реабілітації через два місяці. Курс лікування та обстеження переважно призначався хворим із трубно-перитонеальною неплідністю та генітальним ендометріозом. Пацієнтки з СКПЯ, у більшості випадків, обстежувались амбулаторно, оскільки їм рекомендувались відкриті статеві контакти вже після першої менструації, яка наступала внаслідок хірургічної лапароскопії. Перевірка прохідності маткових труб шляхом проведення гістеросальпінгографії виявила відновлення їх прохідності у 91 (92,0 %) з 99 хворих, які перебували на курсі реабілітації.

Наявність повноцінного овуляторного менструального циклу є одним із головних чинників

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

для настання вагітності у жінок із різними формами неплідності.

Динамічне ультразвукове обстеження 150 жінок із неплідністю, проведене через 2 місяці після хірургічного лапароскопічного лікування, та результати гормонального моніторингу показали, що: двофазні менструальні цикли у першій групі хворих були у 43 (78,2 %) осіб, у другій групі - у 27 (49,1 %), у третій групі - у 22 (55,0 %) хворих. Недостатність лютеїнової фази спостерігалася, відповідно, у 12 (21,8 %), у 19 (35,0 %) та у 14 (35,0 %) хворих.

Ультразвукове обстеження, проведене на 7 день МЦ, виявило зменшення об'єму яєчників після хірургічної лапароскопії, яке особливо було помітним у хворих з СПКЯ. Так, до операції об'єм яєчників складав: правого - (10,2±1,1) см<sup>3</sup>, лівого - (12,3±1,2) см<sup>3</sup>; а через 2 місяці після операції - правого (8,7±0,5) см<sup>3</sup>, лівого - (9,1±0,6) см<sup>3</sup>.

Після ендокірургічного лікування у хворих із трубно-перитонеальною неплідністю, в більшості випадків, наступила нормалізація циклічності функціонування гіпофізарно-яєчникової системи. З метою корекції недостатності лютеїнової фази використовувались біостимулятори та фізметоди, а також циклічна вітамінотерапія. У випадках недостатності другої фази на фоні гіперестрогенії використовувалися дуфастон з 16 по 25 день циклу 3 місяці.

У хворих із СПКЯ саме ендоскопічне лікування майже в 50 % випадків (49,1 %) привело до відновлення повноцінних овуляторних циклів. В інших випадках через 2-3 місяці після лапароскопії користувались стимуляторами овуляції - кломіфен цитратом та хоріонічним гонадотропіном. В тих же випадках СПКЯ, де після хірургічного лікування виходила на перше місце гіперпролактинемія призначались дофамінергічні препарати - бромкритин та достінекс. Слід відмітити, що у більшості хворих після ендокірур-

гічного лікування відновлювалась чутливість до непрямих індукторів овуляції. В двох випадках, де ендокірургічне лікування не відновило функцію яєчників та спостерігалась гіпогонадотропна аменорея - користувалися прямими індукторами овуляції та хоріонічним гонадотропіном.

У хворих, де основною причиною неплідності був генітальний ендометріоз, використовували агоністи гонадотропін-релізінг гормонів, антигонотропіни (данол, данодол) та гестагени переважно дуфастоном в комплексі з імуномодуляторами.

**Висновки.** 1. Все вищевикладене дає можливість зробити висновок, що проведення лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій на органах малого таза у жінок із неплідністю на теперішній час є більш обережним та менш травматичним методом лікування, ніж лапаротомія, оскільки дозволяє не тільки відновити нормальні анатомічні співвідношення органів малого таза, а й покращити гормональний гомеостаз.

2. У жінок з ендокринною неплідністю ендоскопічне лікування в 50 % сприяло відновленню овуляторних циклів, а в інших випадках покращувало чутливість яєчників до дії індукторів овуляції.

3. При генітальному ендометріозі, ендокірургія не тільки дозволила конкретизувати діагноз, а й провести вапаризацію вогнищ ендометріозу та відновити прохідність маткових труб, а також покращити регресію вогнищ ендометріозу під впливом гормональної терапії.

**Перспективи подальших досліджень.** Широке застосування методів ендокірургічного лікування у хворих із неплідністю на фоні гормональних порушень дозволяє в більшій масі жінок досягти позитивних результатів для відновлення овуляторних циклів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Овсянникова Т.В., Корнеева Е.И. Бесплодный брак. // Акушерство и гинекология. - 1998 № 2. - с.32-36.
2. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Принципи діагностики та лікування неплідності у жінок // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. - 2001. - № 5-6. - с. 3-9.
3. В.И. Кулаков, Т.В. Овсянникова, Н.И. Волков и

др. Роль лапароскопии в диагностике и лечении бесплодия у женщин // Акуш. и гин., 1997. -№ 5. -С. 18-20.

4 Іванюта Л.І., Іванюта С.О., Ракша І.І. Лапароскопія в лікуванні неплідності у жінок // Вісник наукових досліджень. - 2004. - № 4. - С. 55-56.

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

## **CORRECTION OF HORMONAL DISORDERS IN INFERTILE WOMEN AFTER ENDOSCOPIC THERAPY**

**L.I. Ivanyuta, I.I. Raksha, O.D. Dubenko, V.M. Andreyeva**

*Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of AMS of Ukraine, Kyiv*

**SUMMARY.** This article shows the influence of laparoscopic method on hormonal status of infertile women. We can make the conclusion that in any case hormonal status of the women improved after laparoscopy. In some cases after laparoscopic surgery the normalization of menstrual took place. Other women, who didn't have dublfase basal temperature after laparoscopic surgery use stimulation ovulation took place with more effect, because their ovaries were more sensitive than in the past.

**KEY WORDS:** laparoscopy, infertility, hormonal status.

УДК:618.33-07+618.3:616.8-009.24+618.3-008.6

## **ПРОГНОЗУВАННЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО СТАНУ У ВАГІТНИХ С ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ВАГІТНИХ**

**©І. І. Іванов, А. А. Стефанович**

*Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського*

**РЕЗЮМЕ.** На сьогодні у сучасному акушерстві гостро обговорюється питання прогнозування стану дітей, народжених від матерів, які перенесли під час вагітності прееклампсію різного ступеня тяжкості.

Проведено дослідження сурфактант-асоційованих ліпідів та модифікованого альбуміну в амніотичній рідині у вагітних в 3 триместрі вагітності. Встановлено, що між вмістом сурфактант-асоційованих ліпідів та кількістю модифікованого альбуміну існує прямий кореляційний зв'язок, що підтверджує клінічні показники внутрішньоутробного стану плода при прееклампсії різного ступеня тяжкості.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** сурфактант, модифікований альбумін, прееклампсія вагітних, амніотична рідина.

**Вступ.** На сьогодні у сучасному акушерстві гостро обговорюється питання прогнозування внутрішньоутробного стану плода в жінок із прееклампсією різного ступеня тяжкості [4, 5].

Одним з найбільш достовірних показників внутрішньоутробного стану й новонародженої дитини є наявність сурфактанта легенів і його компонентів в амніотичній рідині (АР) і змивах трахеобронхіального дерева. Визначення співвідношення фосфотиділхоліну (ФХ), лецитину (Л) та сфінгомієліну (СМ) має діагностичне значення. Співвідношення цих фракцій дорівнює двом і більше та характеризує легені плода, як зрілі, здатні до здійснення першого вдиху. Співвідношення ФХ/СМ менше 2 в АР і аспіратах характеризує легеню плода як незрілу. У цьому випадку можливий розвиток СДР [4, 2].

Багатьма дослідженнями відзначається виражений системний оксидантний стрес протягом всієї вагітності, яка фізіологічно протікає. З моменту свого виникнення симптоми гестозу є компонентом захисної реакції материнського організму.

У жінок, вагітність яких у другій половині ускладнюється клінічно й лабораторно верифікованим гестозом, напруженість оксидантного стресу, а також збільшення кількості модифікованого

альбуміну (МА) за всіма показниками прогресивно наростає з максимумом в III триместрі. При різних патологічних станах у крові одночасно присутні дві форми альбуміну - нативна та модифікована. Поява в крові МА пов'язана з його комплексуванням із продуктами метаболізму. Як наслідок, у крові хворої людини циркулюють або денатурований альбумін, або комплекс альбуміну з патологічним метаболітом (МА). У здоровому організмі продукти модифікації віддаляються, а у хворому - їхній зміст збільшується, і, можливо, змінюється якісно [1, 7].

**Мета дослідження.** Метою даного дослідження стало вивчення внутрішньоутробного стану плода при різному ступені прееклампсії вагітних.

Нами у попередніх роботах було доведено, що в АР не тільки визначається МА, але і його показники вірогідно збільшуються при зростанні ступеня тяжкості гестозу.

**Матеріали та методи дослідження.** Під спостереженням перебувало 65 вагітних у терміні гестації 32-35 тижнів. Усі обстежувані були поділені на групи: 21 вагітна з фізіологічним перебігом вагітності, 16 вагітних з набряками, 12 із прееклампсією (ПЕ) легкого ступеня тяжкості, 9 із середнім ступенем ПЕ, 7 вагітних склали групу ПЕ тяжкого ступеня.