

© Л.О. КРАСНЯНСЬКА, С.І. ДУЦЬ, В.В. МЕЛЬНИЧУК, Г.О. КРИВИЦЬКА

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопільська обласна клінічна комунальна лікарня

Лапароскопічне лікування безпліддя трубно-перитонеального ґенезу

L.O. KRASNYANSKA, S.I. DUTS, V.V. MELNYCHUK, H.O. KRYVYTSKA

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky, Ternopil Regional Clinical Communal Hospital

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF STERILITY OF DUCTOPERITONEAL GENESIS

Безпліддя є серйозною проблемою сьогодення. Після неефективної консервативної терапії жінки відважуються на оперативне лікування. На базі Центру малоінвазивної хірургії було прооперовано 72 пацієнтки з приводу безпліддя. Трубно-перитонеальне безпліддя встановлено у 45 пацієнток (62,5 %). Після операції прохідність маткових труб відновилася у 70 пацієнток (97 %). Вагітність настала у 21 жінки (29 %). Рекомендуємо включити діагностичну лапароскопію в перелік обов'язкових обстежень при жіночому безплідді.

Sterility is a serious problem in our days. After ineffective conservative treatment women dare for surgical treatment. On the basis of the centre of mini-invasive surgery were operated 72 patients by the reason of sterility. Ductoperitoneal sterility was determined at 45 patients (62,5 %). After operation permeability of the uterine tubes was renewed at 70 patients (97 %). Pregnancy started at 21 women (29 %). We advise to include diagnostic laparoscopy into the list of obligatory examinations an feminine sterility.

За даними літератури, близько 10-12 % подружніх пар є безплідними, що спричиняє неабиякий соціально-психологічний дискомфорт. Шлюб вважають безплідним, якщо впродовж року регулярного статевого життя без застосування контрацептивів не настає вагітність. Відомо, що 55 % складає жіноче безпліддя. Серед основних причин безпліддя в жінок виділяють:

- розлади овогенезу та відсутність овуляції – 35-40 %;
- трубні фактори – 20-30 %;
- запальні захворювання статевих органів – 15-25 %;
- імунологічні причини – 2 %.

Діагностика безпліддя полягає у ретельному зібранні анамнезу, з'ясуванні психо-соціальних умов життя, дітородної функції для уточнення ґенезу первинності процесу. Частою причиною ендокринного безпліддя є порушення циклічних процесів у яєчниках, виникнення ановуляції або сповільнення дозрівання фолікула з неповноцінною лютеїновою фазою, ендометріоз та синдром Штейна–Левенталя.

Причинами трубно-перитонеальної безплідності є злуковий процес у малому тазу, що викликає перегин труб при збереженні їх прохідності, та анатомо-функціональні порушення в маткових трубах. Нерідко порушення прохідності маткових труб виникає після гонорейного чи неспецифічного запального процесу.

Розрізняють 3 ступені непрохідності маткових труб:

- повна прохідність маткових труб: розчин із шприца надходить в матку легко і після видалення канюлі назад не повертається;
- труби непрохідні в перешийковому відділі: 1 порція розчину (до 2 мл) надходить більш-менш легко, а потім при подальшому введенні відчувається перешкода. Після витягнення наконечника рідина виливається з матки;
- труби непрохідні в ампулярних відділах: рефлюкс з'являється наприкінці введення (більше 4-5 мл рідини).

На оперативне лікування у відділення малоінвазивної хірургії госпіталізувалися жінки після тривалої неефективної консервативної терапії. З приводу безпліддя було виконано оперативне втручання у 72 пацієнток. Первинне безпліддя було встановлено у 49 жінок (69 %), вторинне – у 23 пацієнток (31,9 %). Як ґенез безпліддя у 45 пацієнток (62,5 %) виявлено злукову хворобу очеревини, у 22 (30, 5%) жінок встановлено синдром Штейна–Левенталя та ендометріоз, поєднана причина безпліддя спостерігалася у 28 випадках (38,8 %), безпліддя невстановленої етіології констатували у 5 осіб, що складає 6,9 % прооперованих.

Об'єктом дослідження були пацієнтки віком від 20 до 43 років, що перебували на стаціонарному ліку-

ванні у Центрі малоінвазивної хірургії. Всі хворі прооперовані лапароскопічно. Гідросальпінкс мав місце у 13 осіб (9,4 %), піосальпінкс спостерігався у 5 хворих (6,9 %), злукова деформація маткових труб відзначалася у 45 пацієток (62,5 %). Обсяг оперативного втручання залежав від змін яєчників та поширеності злукового процесу. Проводили такі операції: роз'єднання злук органів малого таза, фімбріолізис у 43 випадках (60 % оперативних втручань), сальпінгоностомія виконувалась у 6 пацієток (8,3 %). Кістектомія, електрокаутеризація чи клиноподібна резекція яєчників мала місце у 22 випадках (30,5 %). Супутня міомектомія здійснювалася у 2 випадках (2,7 %), оваріо- чи аднексектомія проводилася 3 пацієткам (4,2 %). Інтраопераційна хромосальпінгоскопія розчином метиленового синього мала місце до основного етапу операції та після адгезіолізу для контролю ефективності оперативного втручання і проводилася у всіх випадках. Було відзначено, що у 70 жінок (97 %) після гострого коагуляційного роз'єднання злук відновилися прохідність обох маткових труб. У 2 випадках спостерігалася непрохідність однієї маткової труби в істмічному відділі. В одній пацієнтки був повний блок маткових труб в результаті фіброматозу. Дано рекомендацію щодо екстракорпорального запліднення.

Ранній післяопераційний період перебігав без особливостей у 64 жінок (88,8 %). У 5 осіб (6,9 %) спостерігалася загострення хронічної супутньої патології, у 3 пацієток (2,2 %) мало місце ускладнення з боку післяопераційної рани.

Після операції регулярні менструації відновилися у 67 осіб (93 %), вагітність протягом року настала у 21 пацієтки (29 %, у 15 жінок із первинним та 6 осіб із вторинним безпліддям). Перебіг вагітності без ускладнень спостерігався у 17 жінок. Всі пацієтки народили здорових дітей. У 3 мала місце двійня. Варто зазначити, що вагітність настала і у пацієтки після адгезіосальпінголізису єдиної труби (в анамнезі порушена позаматкова вагітність), довжина якої складала $\frac{1}{2}$ норми. Вагітність перебігала задовільно, закінчилась терміновими пологами живим плодом.

Повторна вагітність мала місце у 6 жінок (8,3 %).

Висновки. У результаті лапароскопії та введення хромосальпінгоскопії виявлено, що основною причиною безпліддя було порушення прохідності маткових труб. Після проведеного адгезіофібріолізу прохідність відновилися у 70 випадках із 72. Після оперативного лікування бажана вагітність настала у 21 пацієтки (29 %).

Вважаємо за потрібне рекомендувати включити до обов'язкових методів обстеження безплідної пари проведення діагностичної лапароскопії та хромосальпінгоскопії для визначення прохідності маткових труб і подальшого корегульованого лікування.

Завдяки сучасним технологіям в оперативній гінекології, лікарі в змозі допомогти жінці відчувати радість материнства та виконати свій громадський обов'язок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лихачев В. К. Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2007. – 664 с.
2. Коханевич Е.В., Ганина К.П., Суменко В.В. Кольпоцервикоскопия: Атлас. – К.: Издательство “Гидромакс”, 2004. – 116 с.

3. Соколовская В.Ф., Хейдорова Г.Н. Техника выполнения лечебных и диагностических манипуляций в акушерстве и гинекологии. – Минск: Современ. шк., 2007. – 160 с.
4. Morlang Th. Laparoscopische Operationen. Kliniken Frankfurt am Main – Chirurgische Klinik. KARL STORZ GmbH & Co., D-78532 Tuttlingen Deutschland.

Отримано 19.12.08