

ЛІТЕРАТУРА

1. Теплов С.І. Кровопостачання і функція органів. – Л.: Наука, 1987. – 124 с.
 2. Raitakari O.T., Celermajer DS. Testing for endothelial dysfunction // Ann. Med. – 2000 Jul. – Vol. 32, №5. – P. 293-304.

3. Милованов А.П. Патологія системи мати-плацента-плід. – М.: Медицина, 1999. – 446 с.
 4. Kitaoka M., Iyama K., Ushijima T. et al. Differential expressions of collagen types 1Y, 111 and 1 during the development of invasive trophoblasts in rats // Dev. Dyn. – 1996 – Vol. 207. – P. 319-331.

УДК 618.177:08-072

Іванюта Л.І., Іванюта С.О., Ракша І.І.

ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ НЕПЛІДНОСТІ У ЖІНОК

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ НЕПЛІДНОСТІ У ЖІНОК – Стаття присвячена застосуванню ендоскопії у 360 жінок з неплідністю. Показано, що хірургічна лапароскопія у жінок з неплідністю має застосовуватися тільки після попереднього детального, всебічного обстеження хворих та проведення консервативного лікування. Висвітлено види хірургічних втручань при різних факторах неплідності. Звертається увага на успішне поєднання закрито-відкритого методу ендоскопії при великих розмірах кіст, лейоміомом та сактосальпінксах. Висловлюється власний погляд на недоцільність ендоскопічного втручання при множинних лейоміомах та інтрамуральній їх локалізації, при непрохідних трубах в інтрамуральній ділянці. Ендоскопія підлягає застосуванню при лікуванні неплідності, але підхід до вибору цього методу потребує всебічного детального обґрунтування та кваліфікованого виконання самої операції.

ЛАПАРОСКОПІЯ ПРИ ЛЕЧЕННІ БЕСПЛОДІЯ У ЖЕНЩИН – Стаття посвячена примененію ендоскопії у 360 женщин с бесплодием. Показано, что хирургическая лапароскопия у женщин с бесплодием должна применяться только после предварительного тщательного, всестороннего обследования больных и при показаниях к проведению консервативного лечения. Описаны виды хирургических вмешательств при разных формах бесплодия. Обращается внимание на успешное сочетание закрыто-открытого метода эндоскопии при больших размерах кист, миоматозных узлов. Высказывается собственное мнение о нецелесообразном применении эндоскопии при множественных узлах и их интрамуральном расположении у женщин, которые хотят беременеть и рожать, а также при интрамуральной непроходимости труб. Как вывод: эндоскопия должна применяться при лечении бесплодия у женщин, однако подход к выбору этого метода требует всестороннего тщательного обоснования и квалифицированного выполнения самой операции.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН – Article is devoted to application of endosurgery at 360 infertile women. It is shown, that the surgical laparoscopy at women with infertile should be applied only after preliminary careful, all-round inspection of patients, and carrying out of conservative treatment. The kinds of surgical interventions at different forms of infertile are described. It is paid attention to a successful combination of a closed-opened method of endosurgery at the big sizes of cysts, myomatous units. Own opinion on inexpedient application of endosurgery at plural units and their intramural arrangement at women, who want to become pregnant and give birth, and also at intramural expresses of impassability of pipes is mentioned. Endosurgery is a subject to application at treatment of infertile at women, however, the approach to a choice of this method demands an all-round careful substantiation and the qualified performance of the operation.

Ключові слова: неплідність, лапароскопія, лікування, вагітність, ендоскопія.

Ключевые слова: бесплодие, лапароскопия, лечение, беременность, эндоскопия.

Key words: infertility, laparoscopy, treatment, pregnancy, endosurgery.

ВСТУП Однією з найчастіших форм жіночої неплідності є трубно-перитонеальна. Трубно-перитонеальна форма зустрічається у 9,6-36 % випадків.

Запальні захворювання придатків матки, які обумовлені різними мікроорганізмами, а частіше їх асоціаціями, є основною причиною трубно-перитонеальної неплідності, а також займають провідне місце в структурі гінекологічної захворюваності.

Недостатня ефективність консервативної терапії, яка має проводитись на першому етапі обов'язково кожній хворій з неплідністю, призводить до розширення показань до

хірургічного лікування. Впровадження в клінічну практику ендоскопічних методів із застосуванням сучасних технічних засобів стало новим етапом в лікуванні трубно-перитонеальної та інших видів неплідності. Незначна операційна травма, мінімальна крововтрата, зменшення кількості ліжкоднів, скорочення тривалості операції, зниження ризику утворення спайок, реоклюзії труб свідчить про перевагу цього методу.

Мета: визначити доцільність, показання і ефективність хірургічної лапароскопії при лікуванні жіночої неплідності.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Нами за останні роки прооперовано 360 хворих. Операції виконувалися лапароскопом "Карл Шторц" та "Олімпус". Хворі були віком від 20 до 40 років. Первинна неплідність була у 52,0 %, вторинна – у 48,0 % пацієнток. Тривалість неплідності була від 2 до 14 років.

Лапароскопічні операції виконували після попереднього обстеження (клінічного, лабораторного, рентгенологічного, ехографічного).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Лапароскопія (ЛС) виконувалася у всіх випадках, коли подальше обстеження та лікування неплідності вимагало застосування прямого огляду органів малого таза, тобто тоді, коли консервативне лікування було неможливим, а гістеросальпінгографія недостатньо інформативна або при СПКЯ, кістах, ендометріозі чи трубній вагітності.

За нашими даними, лапароскопічна верифікація діагнозу у жінок з порушенням репродуктивної функції була наступна: трубно-перитонеальний фактор – у 49,3 %, перитонеальний – у 9,6 %, повна непрохідність труб – у 38,5 % в тому числі сактосальпінкси – у 23,4 %. Непрохідність труб в інтрамуральному відділі була у 7,2 % обстежених. Поєднання сальпінгіту з ендометріозом виявлені у 28,2 %, з лейоміомом – у 10,4 %, з СПКЯ – у 16,4 %, з аномаліями розвитку матки і труб – у 5,6 %, прогресуюча вагітність спостерігалася у 2,6 % пацієнток. Під час ЛС виявлявся різний ступінь спайкового процесу за класифікацією Hulka (1968): I ступінь був у 35,0 % хворих, II ступінь – у 46,0 %, III ступінь – у 20 % хворих.

Ступінь поширеності ендометріозу оцінювався за шкалою, запропонованою американським товариством плодовитості (1985). При цьому враховувалися як розміри гетеротопій ендометріозу, так і ступінь спайкового процесу. Оцінка проводилася в балах: I стадія – 1-5 балів була у 72 % випадках; II – 6-15 балів – у 15 %; III – 16-40 балів – у 8 %; IV – більше 40 балів – у 1 % пацієнток.

З усіх випадків "малих" форм ендометріозу, що виявлені нами при лапароскопії, у 88,0 % діагноз був встановлений вперше, у 8,5 % – підтверджений раніше встановлений діагноз, а у 3,5 % випадків ознак ендометріозу не виявлено, тоді як клінічно він встановлювався.

Частіше ми зустрічали аденоміоз (31,4 %), рідше спостерігався ендометріоз яєчників (22,9 %) та малі форми ендометріозу (23,4 %). Задньошийковий ендометріоз виявлено у 18,3 % пацієнток. В решті випадків гетеротопії виявлено

в ділянці широких, рідше круглих зв'язок та матково-міхуровій очеревині. Поєднання аденоміозу та ендометріозу яєчників було у 17,1 % пацієнток. В 65,5 % випадків ендометріоз супроводжувався різним ступенем спайкового процесу.

Хірургічна лапароскопія (ХЛС) включала: адгезіолізис, сальпінгооваріолізис, біопсію, декортикацію, клиноподібну резекцію яєчників, кістектомію, сальпінгостомію, фімбріопластику, сальпінготомію, енуклеацію міоматозних вузлів, термокаутеризацію та вапоризацію ендометриоїдних гетеротопій.

Нерідко, особливо при кістах великих розмірів, значних змінах труб, особливо при великих розмірах сактосальпінксів та фіброміомах розмірами більше 4-5 см, ми застосували закрито-відкритий метод ендохірургії. При цьому після звільнення труб від спайок або евакуації вмісту кісти шляхом аспірації, через розширений отвір, який був зроблений для введення троактора, частіше зліва, труба з яєчником виводилася із черевної порожнини. Це виконувалося за допомогою корцанга-фіксатора. Такий підхід дозволяв кваліфіковано виконати за допомогою атравматичного інструмента та шовного матеріалу сальпінгостомію, а при кісті виділити здорову частину яєчника, сформувати його та провести повний гемостаз.

Консервативну міомектомію лапароскопічно ми проводили лише при субсерозних або інтрамурально-субсерозному розміщенні вузлів, коли більша частина їх локалізувалася субсерозно. Вузол більше 4 см теж діставали через розширений отвір у місці встановлення троакара. Ми не підтримуємо думку авторів, які рекомендують виконувати консервативну міомектомію при великих розмірах вузлів у жінок репродуктивного віку, які хочуть родити та при неплідності. В таких випадках слід проводити консервативну міомектомію шляхом лапаротомії, коли можна досконало ушити матку на місці видалення вузлів. Нами проведено більше 100 таких операцій і ні в одному випадку загрози розриву або розриву матки під час вагітності або пологів не було. Тоді як після лапароскопічної міомектомії опубліковані випадки розриву матки як в країнах СНД, так і в зарубіжних роботах.

Післяопераційний період після лапароскопічної хірургії вели активно без інфузійної терапії. Антибіотики застосовували тільки за показаннями не довше 1-3 днів, частіше вони вводилися в черевну порожнину через мікроіригатор. Широко застосовували ВЛОК та промивання маткових труб. Ускладнень під час та після операцій не було. Використання анальгетиків зведено до мінімуму. Через 1-1,5 місяця після операції проводилася реабілітаційна терапія. Після відновлення прохідності маткових труб за показаннями проводилася адекватна корекція гормональних та імунних змін.

Застосування хірургічної лапароскопії сприяло наступанню вагітності у 60,6 % пацієнток. Найчастіше вагітність наступала до 6 місяців після операції (43,6 %), рідше (12,9 %) – до 12 місяців, і ще рідше (4,1 %) – до 18 місяців. У 7,3 % жінок вагітність наступила після додаткового лікування ендометріозу в післяопераційний період. Поряд з цим, після хірургічної лапароскопії відмічено позитивні зміни менструальної функції у 78,6 % пацієнток.

Зіставляючи лапаротомічні та ЛС-методи хірургії їх ефективність, травматичність та косметичний ефект, перевагу слід надати хірургічній лапароскопії, але тільки тоді, коли вона виконана своєчасно і кваліфіковано. Зустрічаються випадки, коли під час ХЛС, виконаної в лікарняних закладах як м. Києва, так і республіки, відрізалися ампулярна частина труби від істимічної, проходили значні рубцеві і анатомічні зміни маткових труб, що значно погіршувало або унеможливило подальше надання допомоги таким хворим. Тому хірургічну ЛС можуть виконувати тільки висококваліфіковані спеціалісти, які володіють методами пластичних операцій.

Ми також переконані, що ХЛС не завжди можна застосувати при лікуванні неплідності, особливо коли потрібно виконати сальпінго-сальпінгоанастомоз, автоімплантацію, метрoplastiku, консервативну міомектомію при інтрамуральній локалізації великих чи множинних вузлів та інших складних ситуаціях.

ВИСНОВОК Ендоскопія має займати значне місце у діагностиці неплідності та відновленні репродуктивної функції, але підхід до вибору цього методу потребує всебічного, детального обґрунтування і кваліфікованого виконання самої операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Принципи діагностики та лікування неплідності у жінок // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ. – 2001. – № 5. – С. 3-9.
2. Запорожан В.М. Ендохірургія в гінекології: тенденції та перспективи // Одеський медичний журнал. – 1998. – № 3. – С. 3-6.
3. Гаспаров А.С., Кулаков В.И. Роль лапароскопії в діагностиці та лікуванні малого таза // Проблемы репродукции. – 1995. – № 2. – С.34-35.
4. Іванюта Л.І., Корнацька А.Г. Різні методи функціональної діагностики безплідності у жінок і патогноматичне обґрунтування методів лікування // Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии: сборник научных трудов. – Киев, 1995. – С. 32-34.
5. Іванюта Л.И. Бесплодие у женщин // Бесплодие в супружестве / Под ред. Юнды И.Ф. – Киев, 1990. – 462с.
6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – С. 592.
7. Кулаков В.И., Корнеева Е.И. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 2. – С.56-59.

УДК 616.-053.1+61836:618.177.-08-089

Іванюта Л.І., Дубенко О.Д.

ОСОБЛИВОСТІ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕПЛІДНОСТІ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м.Київ

ОСОБЛИВОСТІ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕПЛІДНОСТІ – Вивчено особливості функціонування фетоплацентарного комплексу у 145 жінок, які завагітніли після консервативного та хірургічного лікування неплідності.

Результати проведених досліджень встановили неоднозначні зміни ФПК, про що свідчить гормональний дисбаланс, який проявляється уже

з ранніх термінів вагітності. В I триместрі виявлені суттєві порушення та недостатність функції жовтого тіла та трофобласта (зменшення вмісту П, ХГ). В II триместрі ендокринні порушення відображали напруження функції ФПК (низький рівень П, Е2, ПЛ). В III триместрі зміни ФПК зберігалися, що підтверджували низькі показники ПЛ, ексекреція естріола та результати ехографії та доплерометрії. Найбільш суттєві зміни були у жінок після хірургічного лікування (як після хірургічного, так і