

УДК 618.177-08:616.381-072.1

О.М. Юзько, В.В. Буран

РОЛЬ ЕНДОСКОПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ В ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика кафедра акушерства та гінекології №1

РОЛЬ ЕНДОСКОПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ В ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ. Уточнено роль ендоскопії при безплідді. Після проведення гістеро-лапароскопії було виявлено різні патологічні зміни в ендометрії та матці з додатками, що дозволило оптимізувати лікувальну тактику та підвищити ефективність контролюваної індукції овуляції на амбулаторному етапі.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ОТНОШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ. Выяснили роль эндоскопии при бесплодии. После проведенной гистеро-лапароскопии определили разные патологические изменения в эндометрии и матке с придатками, что дало возможность оптимизировать лечебную тактику и повысить эффективность контролируемой индукции овуляции на амбулаторном этапе.

THE ROLE OF ENDOSCOPY IN RESTORING THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF INFERTILE WOMEN. The role of endoscopy in infertility treatment has been specified. Hystero-laparoscopy has revealed various pathological changes in endometrium and uterus with appendages, which allowed to optimize the treatment tactics and to increase the efficiency of controlled ovulation induction at outpatient stage

Ключові слова: безпліддя, гормональний гомеостаз, гістеро-лапароскопія.

Ключевые слова: бесплодие, гормональный гомеостаз, гистеро-лапароскопия.

Key words: infertility, hormonal homeostasis, hystero-laparoscopy

ВСТУП. Безпліддя є важливою медико-соціальною проблемою, яка протягом багатьох років залишається одним із важливих завдань сучасної гінекології. З 12,4 млн. українських жінок репродуктивного віку безпліддя спостерігається у 15–20% подружніх пар, що свідчить про актуальність даної проблеми та необхідність більш глибокого вивчення причин безпліддя, основних напрямків діагностики та його лікування [2,5]. Відомо, що вже з 27 років починається втрата ооцитів, пік якого спостерігають в 35–37 років [1,6]. У зв'язку з цим, лікування безпліддя необхідно здійснювати за допомогою сучасних методів, що довели свою ефективність в швидкому і успішному досягненні вагітності [3,5]. Після встановлення діагнозу безпліддя період обстеження, консервативного і оперативного лікування без використання методів допоміжних репродуктивних технологій не повинен перевищувати двох років у пацієнок до 35 років і 1 року у пацієнок після 35 років [2,4,5].

Мета роботи. За допомогою лапаро- та гістероскопії вивчити стан репродуктивної системи для вибору подальшої лікувальної тактики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстежено 92 жінки з безпліддям у віці від 22 до 40 років. Функціональний стан гіпофізарно-яєчникової системи вивчали за допомогою гормональних, біохімічних, ультразвукових, рентгенологічних та ендоскопічних методів досліджень. Імунофлуоресцентний (ІФЛ) метод дослідження використовували для виявлення хламідій, мікоплазм, уреоплазм та вірусу простого герпесу II в матеріалі з цервікально-

го каналу шийки матки пацієнок. ІФЛ дослідження проводилося з використанням діагностичних антитіл: "Хлами-Скан" – для виявлення антигенів *Chlamidia trachomatis* методом прямої імунофлуоресценції; "Герпес-Скан" – для виявлення вірусу простого герпесу; "Міко-Скан" – для виявлення антигенів *Mycoplasma hominis*; "Уреа-Скан" – для виявлення антигенів *Ureaplasma urealyticum*.

При ретроспективному дослідженні нами вивчені дані соціально-економічного статусу, соматичного, гінекологічного, акушерського, імунологічного й алергологічного анамнезу. Всім жінкам проводили трансабдомінальну та трансвагінальну ехографію органів малого таза (конвексні датчики 3–5МГц та 5–9МГц) з використанням УЗ системи HAWK 2102 EXL B-K medical (Німеччина). При дослідженні яєчників вимірювали їх об'єм та яєчниково-матковий індекс (ЯМІ) (С.Г. Хачкарузов, 1999). Лапароскопічне та гістероскопічне дослідження органів малого таза виконували за допомогою лапароскопічного апаратури «Karl-Storz». Рівень гормонів у сироватці крові досліджували імуноферментним методом за допомогою тест-системи "Хемамедіка" (Росія) на 2–3 день менструального циклу.

Результати дослідження опрацьовані за допомогою пакета програм Excel-2007, STATISTICA 5A. Дані наведені у вигляді середніх арифметичних значень та стандартних відхилень. При порівнянні варіаційних рядів враховувались достовірні розходження ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік обстежених становив

28,6±4,2 року. У 58 (63,0%) пацієнок під час лапароскопі діагностована двобічна непрохідність маткових труб, у 31 (33,8%) – однобічна, у 3 (3,2%) – труба видалена раніше з приводу позаматково вагітності. Дані інтраопераційно хромосальпінгоскопі наступні: I ступінь оклюзії діагностовано в 34 (36,9%) пацієнок, II ступінь – у 29 (31,5%), III ступінь – у 18 (19,6%), IV ступінь – у 11 (12,0%) за класифікацією Donnez [165]. У 108 (54,0%) пацієнок трубна непрохідність в дистальних відділах поєднувалась зі спайковим процесом придатків матки. При цьому I стадія спайкового процесу малого таза (при прохідності хоча б однієї маткової труби) згідно класифікації J. Hulka [178] виявлена у 36 (39,1%) пацієнок, II стадія – у 31 (33,7%), III стадія – у 16 (17,4%), IV стадія – у 9 (9,8%).

Застосування лапароскопічних операцій (ЛО) у пацієнок із безпліддям трубного походження передбачали: адгезіолізіс – від простого до складного, від середини до периферії і зверху вниз; заповнення маткових труб рідиною для топографічно орієнтації; визначення стадії спайкового процесу і стану маткових труб для визначення подальшої хірургічної тактики.

Виконано адгезіолізіс у 75 (81,5%) пацієнок, сальпінгооваріолізіс – у 65 (70,6%), фімбріопластика – у 46 (50,0%), сальпінгонеостомія – у 27 (29,3%), сальпінгоектомія – у 6 (6,5%) пацієнок. У 15 пацієнок (16,3%) операція обмежилась діагностичним етапом.

Під час проведення гістероскопі у 57 (61,9%) обстежених жінок була нормальна гістероскопіч-

на картина, а в 35 (38,1%) жінок були виявлені різні патологічні зміни в ендометрію: поліпи – у 18,6%, гіперплазія базального шару ендометрію – у 11,9%, хронічний ендометрит – у 7,6%. Ці дані свідчать про необхідність проведення гістероскопі в жінок із безпліддям трубного походження.

Дослідження ендометрію на 6-8-й постовуляторний день дозволяє охарактеризувати стан слизової тіла матки в період максимально активності жовтого тіла. При достатньо високому рівні оваріальних гормонів в плазмі крові у жінок із регулярним менструальним овуляторним циклом майже в 30% випадків виявлено неповноцінну секреторну трансформацію, гіперплазію та поліпи ендометрію.

ВИСНОВОК. Отже, використання ендоскопі забезпечує відеоогляд органів малого таза та черевно порожнини, проведення хромодіагностично проби для оцінки прохідності маткових труб, що має важливе значення для діагностики причин безпліддя та вибору лікувальної тактики жінок репродуктивного віку. Використання лапаро- та гістероскопі дозволяє більш ретельно відібрати групу пацієнтів із безпліддям та встановити причину безпліддя.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. В амбулаторних умовах після лапароскопі для отримання бажаної вагітності здійснити контрольовану індукцію овуляції.

Вивчити показники імунного гомеостазу у жінок, які застосовували для корекції виявлених змін запропонований лікувальний комплекс та оцінити ефективність проведеного лікування.

Література

1. А.В. Светлаков. Вероятность наступления имплантации у женщин с разными формами бесплодия при лечении методом ЭКО / А.В. Светлаков, М.В. Яманова, А.Б. Саламина, О.А. Серебренникова // Проблемы репродукции. – 2002. – №3. – С.61-67.
2. Грищенко В.И. Лечение и реабилитация больных с трубно-перитонеальным бесплодием / Грищенко В.И., Козуб Н.И., Довгаль А.И. // Международный медицинский журнал. – 2001. – №2. – С.34-37.
3. Босацький Я.В. Лапароскопічне лікування жіночого безпліддя різного генезу / Босацький Я.В., Воробій В.Д., Сніжко Т.Б. // Збірник наукових праць співробіт-

ників НМАПО ім. П.Л.Шупика. – Вип.14, книга 4. – Ки в, 2006. – С. 161-162.

4. Голота В.Я. Ендоскопічні методи лікування трубного безпліддя // Акушерство і гінекологія. – 2004. – №1. – С. 141-145.

5. Допоміжні репродуктивні технології в Україні / О.М.Юзько, Н.Я.Жилка, Н.Г.Руденко і співавт. // Жіночий лікар. – 2007. – №3(11). – С. 8-12.

6. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новое направление в лечении женского и мужского бесплодия. – М.: Мед. информ. агенство, 2002. – 782с.