

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ**

Матеріали 86-ї підсумкової конференції науковців  
Буковинського державного медичного університету

Чернівці, БДМУ  
2005

<b>Л.М. Рак</b> ЗЛУКОВИЙ ПРОЦЕС В ПОРОЖНИНІ МАТКИ У ПАЦІЄНТОК З БЕЗПЛІДНІСТЮ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ЗА ПРОГРАМОЮ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ .....	52
<b>О.Д. Рудковська</b> ДО ПИТАННЯ ПРО ЕТІОПАТОГЕНЕЗ КАТАРАКТИ.....	59
<b>О.Д. Рудковська</b> РОЛЬ АКОМОДАЦІЇ В ЕТІОПАТОГЕНЕЗІ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ І КОРОТКОЗОРОСТІ .....	64
<b>А.В.Семеняк</b> ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАН РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ В ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДНІСТЮ .....	68
<b>В.К.Ташук, Т.О.Ілащук, І.К.Владковський, С.І.Гречко, Н.А.Турубарова-Леунова, О.Ю.Поліщук, П.Р.Іванчук, М.В.Шилов</b> СТАТЬ-ДЕТЕРМІНОВАНІ ГОМЕОСТАЗИОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АТЕРОГЕНЕЗУ .....	73
<b>С.А.Цинтар</b> КЛІНІКО-ГЕНЕТИЧНІ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ НА ФОНІ ДОБРОЯКІСНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТІЛА МАТКИ .....	77
<b>МОРФОЛОГІЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА</b>	
<b>Е.М.Александрова, І.С. Давиденко, Д.І. Гречко</b> ГІСТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕЧІНКИ НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯКІ ЗАГИНУЛИ ВНАСЛІДОК ПЕРИНАТАЛЬНИХ ПРИЧИН.....	83
<b>Ю.Т.Ахтемічук, О.М.Слободян, Д.Г.Манчуленко</b> УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХОЛЕДОХОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОГО ОРГАНОКОМПЛЕКСУ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ .....	88
<b>О.Я.Ванчуляк</b> СТАТИСТИКА 1-4 ПОРЯДКІВ РОЗПОДІЛУ ІНТЕНСИВНОСТЕЙ ЗОБРАЖЕНЬ АРХІТЕКТОНІКИ ПАРЕНХІМАТОЗНИХ БІОТКАНИН У ДІАГНОСТИЦІ ЧАСУ НАСТАННЯ СМЕРТІ .....	92
<b>В.Г.Висоцька</b> ДИНАМІКА ЦИРКАДІАННИХ ПЕРЕБУДОВ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СЕЧІ ТА ПЛАЗМИ КРОВІ БЛИХ ЩУРІВ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ДІЇ СТРЕСУ ТА СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ .....	98

## **ЗЛУКОВИЙ ПРОЦЕС В ПОРОЖНИНІ МАТКИ У ПАЦІЄНТОК З БЕЗПЛІДНІСТЮ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ЗА ПРОГРАМОЮ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

**Л.М. Рак**

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої  
та підліткової гінекології  
(зав. – проф. О.М. Юзько)  
Буковинського державного медичного університету

**Вступ.** Сьогодні допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) набувають усе більшого поширення як у нашій країні, так і в цілому світі.

Одна з головних умов при плануванні ДРТ – нормальний стан порожнини матки та ендометрія [11,12]. Першочерговим методом дослідження морфології матки і маткових труб є гістеросальпінгографія (ГСГ) [3]. Разом з тим, багато авторів зазначають її низьку інформативність стосовно діагностики внутрішньоматкової патології, оскільки при гістероскопії або соногістеросальпінгографії (СГСГ) діагностували внутрішньоматкову патологію у жінок з нормальною гістерографічною картиною [7,9,10].

Ехографія на сьогодні залишається основним незамінимим методом діагностики функціонального та анатомічного стану ендометрія в програмах ДРТ [11]. Для цього використовують неодноразове ультразвукове дослідження (УЗД) матки з 2-4 дня оваріально-менструального циклу (ОМЦ).

Як альтернативу гістероскопії в програмі підготовки пацієнток до ДРТ рекомендується проводити СГСГ [6,8]. Перевагами СГСГ вважаються неінвазивність методу та відсутність потреби в анестезії. Синехії та зворотній відтік контрасту, атрезія цервікального каналу обумовлюють невдачі застосування СГСГ [2].

Значні діагностичні можливості гістероскопії поставили питання перед деякими зарубіжними науковцями щодо включення її в програму підготовки жінок до ДРТ [9,10]. Гістероскопія (ГС) має низку переваг порівняно з рентгенологічними та ультразвуковими методами дослідження при діагностиці деяких форм внутрішньоматкової патології, серед яких – синехії в матці [1,4]. У пацієток з безплідністю синехії є однією з причин зниженої фертильності; у таких жінок частіше зустрічається передлежання і прирощення плаценти. Значне зарощення порожнини матки і нестача нормально функціонуючого ендометрія призводять до затруднення імплантації плодового яйця, тому їх вчасна діагностика і корекція є обов'язковою [4,5].

**Мета дослідження.** Встановити роль гістероскопії в діагностиці та лікуванні внутрішньоматкових синехій на етапі підготовки пацієток з безплідністю до ДРТ.

**Матеріал і методи.** Обстежено 103 пацієнтки з безплідністю на етапі підготовки до ДРТ. Обстеження проводили за допомогою ГС з прицільною біопсією ендометрія та морфологічним дослідженням біоптатів. Гістероскопія проведена 100 пацієнткам. Операції виконували за допомогою німецького гістероскопа фірми “Karl Storz”, біопсія ендометрія виконувалась гістероскопічними щипцями з патологічно змінених ділянок ендометрія. Для створення оптичного середовища в порожнині матки використовувався ізотонічний розчин (0,9%) натрію хлориду, який подавався під тиском. При ГС проводився огляд порожнини матки, діагностика патологічних станів матки та ендометрія, за необхідності – хірургічна корекція виявленої патології. Для порівняння результатів дослідження стану ендометрія та порожнини матки у жінок у програмі ДРТ основна група обстежених пацієток була розділена на 2 підгрупи: I – пацієнтки, у яких раніше вже були безрезультатні спроби ДРТ (18 жінок); II – жінки, включені в програму ДРТ вперше (85 жінок).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середній вік обстежених пацієток склав  $31,07 \pm 0,55$  рік. Аналіз анамнестичних даних (оцінка факторів, які могли бути проявами або сприяти виникненню злукового процесу в порожнині матки) показав наявність значної кількості жінок з порушенням менструального циклу ( $37,86 \pm 4,7\%$ ), що проявлялось альгоменореєю ( $30,77 \pm 4,55\%$ ), дисменореєю ( $30,77 \pm 4,55\%$ ), альгодисменореєю ( $17,95 \pm 3,78\%$ ), опсоменореєю ( $7,69 \pm 2,63\%$ ) та поліменореєю ( $12,82 \pm 3,31\%$ ); пацієток з раннім початком статевого життя ( $33,00 \pm 4,63\%$ ); запальними захворюваннями геніталій в анамнезі

(61,17±4,8%). Дві пацієнтки (1,94±1,36%) вказали на перенесені в анамнезі венеричні захворювання (в одному випадку – гонореї та в іншому – сифілісу та гонореї), з приводу чого обидві пройшли курс специфічного лікування та відповідного диспансерного спостереження.

За результатами аналізу анамнестичних даних встановлено, що в обстежених пацієнток досить часто проводився кюретаж матки (з приводу штучних абортів, після самовільних викиднів, завмерлої вагітності) на фоні високої частоти запальних захворювань геніталій (61,17±4,8%). Внутрішньоматкові контрацептиви використовували 4,85% жінок.

Отримані результати обстеження пацієнток з безплідністю показали велику цінність діагностично-оперативної ГС у підвищенні ефективності діагностики та лікування злукового процесу в порожнині матки на етапі підготовки до ДРТ. За допомогою гістероскопії проведено визначення локалізації, ступеня ураження порожнини матки синехіями та інтраопераційна корекція виявленої патології. Таких можливостей не мають інші методи (УЗД, ГСГ, СГСГ).

Синехії різного ступеня вираженості під час гістероскопії були діагностовані у 18 жінок, що склало 18,0±3,84%. Слід зазначити, що дана патологія була вперше виявлена під час гістероскопії у 16 жінок. Результати частоти зустрічання даної патології у пацієнток I та II груп показали відсутність достовірної різниці. Так, синехії в порожнині матки відмічено у двох пацієнток з безрезультатними ДРТ в анамнезі, що склало 11,11±7,41% та у 16-ти (18,82±4,24%) пацієнток з вперше запланованими ДРТ ( $p > 0,05$ ). Наведені факти свідчать про можливий негативний вплив синехій на ефективність лікування безплідності методами ДРТ та доцільність виявлення та корекції даної патології у пацієнток з вперше запланованими ДРТ.

Під час гістероскопії проведена оцінка ступеня вираженості виявлених синехій. За класифікацією March та Izrael (1981), Baggish M.S. (1990) [5], I ступінь ураження порожнини матки синехіями спостерігався у 9 (50,0% жінок), II-й – у 7 (38,89% жінок), III-й – у 2-х (11,11%) обстежених пацієнток. Таким чином, ступінь ураження синехіями порожнини матки у обстежених жінок варіює від мінімального до вираженого.

Слід зазначити, що часто (у 14 жінок) синехії поєднувались з патологією функціонального стану ендометрія. Серед поєднаної патології – аномалія розвитку матки + синехії + аденоміоз + хроніч-

ний ендометрит (ХЕ) (1 випадок); аномалія розвитку матки + синехії + ХЕ (1 випадок); у 2-х жінок – синехії + фіброзні зміни ендометрія (біоптат для гістологічного дослідження неінформативний); синехії + ХЕ (у 4-х пацієнток); стеноз цервікального каналу + синехії + злукова деформація порожнини матки + ХЕ (1 випадок); у 2-х випадках – синехії на фоні порушення відторгнення ендометрія (ендометрій у стані зворотного розвитку із секреторної фази менструального циклу); синехії + залозиста гіперплазія ендометрія (2 випадки); синехії + вогнищева гіперплазія ендометрія + вогнищевий ХЕ (у 1-ї жінки).

Звісно, патологічні зміни, які зустрічаються одночасно у однієї і тієї ж пацієнтки при поліфакторній патології, взаємообтяжують одні одних і повинні враховуватись при виборі подальшої лікувальної тактики.

Під час гістероскопії одразу проводилась корекція виявлених патологічних змін. Внутрішньоматковий адгезіолізис за допомогою механіко-хірургічної гістерорезектоскопії з використанням мікроножиць проведено у 3-х пацієнток з вираженими щільними внутрішньоматковими злуками. Тонкі синехії роз'єднували тубусом гістероскопа або біопсійними щипцями (у 15 пацієнток). Звільнення трубних вічок від синехій виконувалось за допомогою гістероскопічних біопсійних щипців під контролем гістероскопа.

При виявленні стенозу та деформації порожнини матки за рахунок злукового процесу після адгезіолізу проводилась корекція форми порожнини матки інтраопераційно шляхом розширення її в поперечнику частково гострим (за допомогою мікроножиць), частково тупим (за допомогою гістероскопічних щипців) шляхом, після чого в порожнину матки вводили одну або дві (залежно від стану порожнини матки, форми та ступеня її деформації) Т-подібні внутрішньоматкові спіралі (ВМС) та перевіряли за допомогою ГС ефективність їх введення, тобто, розташування в порожнині матки. У двох випадках були введені дві та у 1-ї пацієнтки – одна ВМС. Надалі такі жінки отримували замісну гормональну терапію гестагенами або кон'югованими естроген-гестагенними препаратами впродовж 3-х місяців з контрольною гістероскопією через зазначений термін для перевірки ефективності лікування. Доведено, що така тактика дозволяє відновити менструальну функцію та фертильність у пацієнток з

безплідністю, як мінімум, у 50% випадків [4]. Після адгезіолізу та проведення корекції стану порожнини матки контрольна ГС для перевірки ефективності лікування виконана 5-ти жінкам. В усіх випадках під час контрольної гістероскопії відмічено позитивний ефект лікування. Повне відновлення нормальної анатомічної будови порожнини матки та нормалізація стану ендометрія (ендометрій відповідає середній стадії фази секреції) відмічені в 3-х випадках з 5-ти. У однієї пацієнтки (в анамнезі – плідоруйнівна операція) відмічено часткове відновлення порожнини матки (звужена до 2 см у поперечнику); морфологічно встановлено відповідність будови ендометрія фазі менструального циклу, однак у стромі виявлено дрібновогнищевий фіброз. У однієї пацієнтки (в анамнезі – штучний аборт, хронічне запалення геніталій, позаматкова вагітність) під час повторної гістероскопії синехій в порожнині матки не виявлено, однак діагностовано вогнище аденоміозу по задній стінці матки, хронічний ендометрит (гіперпластичний варіант). В останньому випадку аденоміоз, вогнищева гіперплазія ендометрія та ознаки хронічного ендометриту діагностовані лише під час повторної (контрольної) гістероскопії. Під час першої гістероскопії в даної пацієнтки були виявлені внутрішньоматкові синехії, які займали більше 2/3 порожнини матки, і, мабуть, затруднили візуальну оцінку стану ендометрія. Проведено мікробіологічне дослідження біоптатів ендометрія, виявлено поодинокі колонії епідермального стафілокока та цитомегаловірус. Призначена етіопатогенетична протизапальна та протівірусна терапія. При контрольному мікробіологічному дослідженні матеріалу з порожнини матки інфекційних агентів не виявлено. Таким чином, ефективність проведення корекції стану порожнини матки, на нашу думку, залежить від вираженості патологічних змін, що, в свою чергу, пов'язано з причиною виникнення даної патології.

У випадку застосування гістерорезектоскопії, проведення внутрішньоматкових маніпуляцій з профілактичною метою інтраопераційно або в ранньому післяопераційному періоді ми застосовували внутрішньовенне крапельне введення ципрофлоксацину (за відсутності алергії) по 200,0 мг у 200,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду двічі з інтервалом 8 годин. При задовільному стані пацієнток виписували зі стаціонару в день операції.

Діагностична гістероскопія тривала не більше 5 хвилин, оперативна – не більше 10-15 хвилин. Інтра- та післяопераційних ускладнень не було у жодної пацієнтки.

Слід зазначити, що синехії в порожнині матки розглядаються як один з протипоказів до використання екстракорпорального запліднення з переносом ембріона у порожнину матки [4]. Однак, ГС з відповідною післяопераційною корекцією дає можливість відновити або покращити стан порожнини матки та ендометрія у цих жінок та взагалі покращити якість діагностики синехій.

**Висновки.** 1. Синехії в порожнині матки – одна з багатьох причин неефективності лікування безплідності методами ДРТ. 2. Гістероскопія – ефективний метод діагностики та лікування злукового процесу в порожнині матки на етапі планування ДРТ.

У подальшому планується провести оцінку результатів застосування ДРТ у обстежених жінок.

**Література.** 1. Демидов В.Н., Гус А.Й., Кателина С.Я. Эхография внутриматочных синехий // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 1999. – Т.7, №3. – С. 189-195. 2. Медведев М.В., Хохолин В.Л., Зыкин Б.И. Возможности эхогистероскопии в диагностике внутриматочной патологии // Ультразвуковая диагностика. – 1998. – №2. – С.6-12. 3. Оптимальное использование диагностических тестов и методик лечения при бесплодии. Европейское общество репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) // Проблемы репродукции. – 2000. – №3. – С. 66-67. Перевод с // Human reproduction. – 2000. – №3. – P. 723-732. 4. Основы репродуктивной медицины: практическое руководство / Под ред. проф. В.К. Чайки. – Донецк: ООО “Альматео”, 2001. – 608 с. 5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каптушева Л.М Гистероскопия. 2-е изд. испр. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 176 с. 6. Ayida G., Chamberlain P., Barlow D. Uterine cavity assessment prior to in vitro fertilization: comparison of transvaginal scanning, saline contrast hysterosonography and hysteroscopy // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 1997. – V.10, №1. – P. 59-62. 7. Goldberg G.M., Falkone T., Attaran M. Sonohysterography: evaluation of uterine abnormalities noted on hysterosalpingography // Human reproduction. – 1997. – V.12, №10. – P. 2151-2153. 8. Kim A.H.



Mckay H., Keltz M.D. et al. Sonohysterographic screening before in vitro fertilization // *Fertil & Steril.* – 1998. – V. 69. – P. 841-844

9. La Sala G.B., Montanari R., Dessanti L. The role of diagnostic hysteroscopy and endometrial biopsy in assisted reproductive technologies // *Fertility & Sterility.* – 1998. – V.70, №2. – P.378-380.

10. Schiano A., Jourdain O., Papaxanthos A. et al. The value of hysteroscopy after repeated implantation failures with in vitro fertilization // *Contracept. Fertil. Sex.* – 1999. – V.27, №2. – P.129-132.

11. Van der Eede B. Исследование и лечение бесплодных пар: рекомендации ESHRE в клинической и лабораторной практике (часть I) // *Вісник асоціації акушерів-гінекологів України.* – 2000. – Т.9, №4. – С. 85-92.

12. Van der Eede B. Исследование и лечение бесплодных пар: рекомендации ESHRE в клинической и лабораторной практике (часть II) // *Вісник асоціації акушерів-гінекологів України.* – 2000. – Т.10, №5-6. – С. 70-94.