

УДК 618.177-072.1

**О.М.Вавринчук²,
О.М.Юзько¹**¹Буковинська державна медична академія, м. Чернівці;²Хмельницька міська клінічна лікарня**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО
ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ТРУБНОЇ БЕЗПЛІДНОСТІ**

Нами проаналізовано 200 випадків оперативного лікування трубної вагітності. Вік жінок коливався від 16 до 39 років (в середньому 27,5 років), старше 35 років було 32 жінки (16,0%). Всім пацієнткам виконана тубектомія, у 143 при лапаротомії та у 57 (28,5%) – при лапароскопії.

Із 143 пацієнток, у яких проведена хірургічна лапаротомія, у 102 (71,3%) плідне яйце розташовувалося в істмічному відділі, у 18 (12,6%) – в істміко-ампулярному, у 23 (16,1%) – в ампулярному. При лапароскопії, відповідно: у 42 (76,7%), 8 (14,0%) та у 7 (7,3%) пацієнток. Перенесені раніше операції на органах малого таза були у 69 (34,5%) жінок, злуковий процес діагностовано у 126 (63,0%) пацієнток.

У першій групі жінок з трубною вагітністю під час операції діагностовано: злуковий процес у ділянці придатків I – II ступеню в 16 жінок (16%), локалізацію плідного яйця, в ампулярному відділі у 84 жінок (84%), довжина якого не перевищувала 50% довжини труби. Вік старше 35 років мали 14 жінок (14%), хронічний аднексит тривалістю більше 5 років був у 22 (22%), у 6 (6%) – ерозія шийки матки, 9 жінок (9%) використовували внутрішньоматкову контрацепцію, 7 (7%) – перенесли операції на органах малого таза. У 10 (10%) пацієнток цієї групи була відсутня гінекологічна патологія. Тривалість вагітності до поступлення в стаціонар була в межах від 2 до 8 тижнів. У 6

(6%) пацієнток внаслідок масивної крововтрати (біля 1000 мл) спостерігався постгеморагічний шок, у інших жінок крововтрата не перевищувала 500 мл. У другій групі жінок під час операцій у 60% спостерігався злуковий процес III – IV ст. в ділянці придатків матки, розміри плодівмістилиця перевищували 50% довжини маткової труби, спостерігалась їх значна деформація. Термін вагітності в цій групі коливався від 4 до 10 тижнів. Старше 35 років було 28 (28%) жінок, хронічні аднексити спостерігались у 38 (38%), причому у більшості по 6 – 8 років, 32 (32%) жінки в анамнезі мали операції на органах малого таза, у 12 (12%) не було виявлено гінекологічної патології. Гістологічне дослідження видалених маткових труб у пацієнток першої групи свідчило, що на відстанні 0,5 см від плодівмістилиця стінка маткової труби не зазнала суттєвих змін та зберегла свою структуру. Відмічено значний лімфостаз та набряк тканин труби. У більшості (68%) проаналізованих випадків виявлено звужений просвіт маткової труби, часто деформований. Кількість і розміри складок слизової оболонки значно зменшені.

*Clin. and experim. pathol. – 2004. – Vol. 3, №2. – P. 179.**Надійшла до редакції 02.03.2004*

УДК 618.177-06:618.12]:618.11-002

**О.М.Юзько,
Махер Аль Абуд Хиро**

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

**АУТОІМУННИЙ ООФОРИТ ПРИ ЖІНОЧІЙ
БЕЗПЛІДНОСТІ ТРУБНОГО
ПОХОДЖЕННЯ. ЧИ ІСНУЄ ПРОБЛЕМА?**

Під спостереженням перебувало 334 пацієнтки з СПКЯ віком від 18 до 38 років. У 106 пацієнток наступала вагітність у результаті комплексної консервативної терапії. У 228 пацієнток застосовано оперативний метод лікування. В дослідження включено 30 практично здорових жінок репродуктивного віку (контроль).

© О.М.Вавринчук, О.М.Юзько, 2004
© О.М.Юзько, Махер Аль Абуд Хиро, 2004

У 96,5% пацієнток основною скаргою було порушення менструальної функції, у 89,6% – первинна безплідність. Частота ожиріння серед пацієнток з СПКЯ становила 38,5%, причому, у більшості з них (73,2%) мав місце чоловічий тип розподілу жирової тканини. Тривалість ановуляції, в середньому, становила $8,9 \pm 1,3$ роки.

У 66,4% хворих з СПКЯ нами виявлено підвищення рівня лютеїнізуючого гормону (ЛГ) більше 10 МЕ/л, у 73,4%-підвищення співвідношення ЛГ/ФСГ, яке перевищувало 2,5, у 67,4%-підвищення рівня загального тестостерона більше 2,5 нмоль/л. Ці показники виявилися найбільш інформативними діагностичними критеріями після УЗ дослідження.

Лікувальна тактика в першу чергу залежить від зацікавленості пацієнтки у вагітності. На першому етапі лікування ми проводили нормалі-

зацію метаболічних порушень, особливо відновлення нормальної маси тіла. На другому етапі проводилася стимуляція овуляції кломіфеном для виявлення резервних можливостей гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи та прогнозування ефективності подальшої терапії незалежно від кінцевої мети лікування.

Clin. and experim. pathol. – 2004. – Vol. 3, №2. – P. 179–180.

Надійшла до редакції 02.03.2004