

ОПЕРАТИВНА ЛАПАРОСКОПІЯ ТА ШТУЧНЕ ЗАПЛІДНЕННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НЕПЛІДНІСТЮ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ

О.М. ЮЗЬКО, Т.А. ЮЗЬКО, С.П. ПОЛЬОВА, С.Г. ПРИЙМАК

Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. — проф. О.М. Юзько) Буковинської державної медичної академії

Резюме. Проблема улучшення результатів лікування безпліддя трубного походження являється остаточно не вирішеною. В статті проаналізовані результати 314 лапароскопій при безплідді трубного походження і штучного оплодотворення (IVF) при неефективних лапароскопічних реконструктивно-пластических операціях. Сделан вывод, что лапароскопический метод является перспективным у пациенток с умеренными поражениями маточных труб, а при тяжелом поражении придатков более целесообразным является IVF, но после овариолизиса и удаления толстостенных деформированных гидросальпинксов.

Summary. The problem of improving the results of infertility of tubal orgien is not suffeiciently solved. The paper analyzes the outcomes of 314 laparoscopies with infertility of tubal orgien and IVF in case of noneffective laparoscopic reconstructive – plastic operations (RPO). The authors have come to the conclusion that the laparoscopic method is perspective with moderate uterine tube lesions, while with a severe affection of the appendages IVF is more advisable, but following ovariolysis and removal of thick-walled deformed hydrosolpinxes.

ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ фактор у структурі жіночої неплідності в країнах європейської частини СНГ займає провідне місце, а частота спричиненої ним неплідності досягає 18-73% [2, 3]. З 80-х років при даній формі жіночої неплідності в практичну медицину активно впроваджують методи лапароскопічного лікування [4].

У той же час, незважаючи на цілий ряд переваг перед мікрохірургічними операціями, лапароскопія не дала можливості радикально змінити ситуацію лікування трубної неплідності, особливо при значному спайковому процесі в малому тазі та дистальних трубних оклюзіях III-IV ступеня [5]. Частина авторів віддає перевагу штучному заплідненню в пробірці та перенесенню ембріона [7]. Комбінований підхід у лікуванні неплідності дозволяє підвищити його ефективність [6].

Метою даної роботи було вивчення ефективності лапароскопічних операцій з приводу неплідності трубного походження та оцінка ефективності штучного запліднення при невдачах на першому етапі.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 314 жінок з неплідністю трубного походження, яким застосовано оперативний метод лікування (лапароскопічні реконструктивно-пластичні операції (РПО)). Частина з них в подальшому проведено процедуру штучного запліднення з перенесенням в матку ембріонів (IVF).

Окклюзію маткових труб до операції підтверджено за допомогою метросальпінгографії водорозчинним контрастом, яка виконувалась у першій половині менструального циклу.

Вік жінок коливався від 21 до 39 років (в середньому $31,1 \pm 2,6$ року), тривалість неплідності – від 2 до 17 років (в середньому $6,2 \pm 2,6$ роки). Первинну неплідність виявлено у 122 (38,9%) пацієнток, вторинну – у 192 (61,1%). Хронічний сальпінго-оофорит спостерігався у 218 (69,4%) пацієнток, раніше перенесені операції

– у 118 (37,6%): апендектомії – у 42 (13,4%), в зв'язку з трубною вагітністю – у 37 (11,8%), на придатках матки у зв'язку з запаленнями – у 24 (7,6%), у зв'язку з трубно-перитонеальною неплідністю хірургічним доступом – у 15 (4,8%) жінок.

Всі пацієнтки були соматично здоровими. Дослідження у них рівня статевих гормонів, ультразвуковий моніторинг та оцінка тестів функціональної діагностики свідчили про нормальний двофазний менструальний цикл. Спермограма у чоловіків пацієнток була в межах норми, а післякоітальний тест позитивний.

Лапароскопію здійснювали за допомогою устаткування та інструментарію фірми "Карл Шторц" з використанням механічної та електрохірургічної техніки, аквапурації. Використовувався ендотрахеальний наркоз, у 116 пацієнток – з діприваном (рекофол, препофол).

У 257 (81,2%) пацієнток під час лапароскопії діагностовано двобічну непрохідність маткових труб, у 53 (16,9%) – однібічну, у 4 (1,9%) – трубу видалено попередньо з приводу позаматкової вагітності. За даними хромосальпінгоскопії: I ступінь оклюзії спостерігався у 61 (19,4%) пацієнтки, II – у 164 (52,2%), III – у 72 (22,9%), IV – у 17 (5,5%) за класифікацією Donnez [9]. У 178 (56,7%) пацієнток трубна непрохідність в дистальних відділах поєднувалась зі спайковим процесом придатків матки. При цьому I стадію спайкового процесу малого таза (при прохідності хоча б однієї труби) виявлено у 57 (18,2%) пацієнток, II стадію – у 117 (37,3%), III – у 94 (29,9%), IV – у 46 (14,6%) за класифікацією J. Hulka [8]. У таких хворих перед проведенням пластических операцій виконували аквапурацію, електрохірургічний сальпінгоовариолізис та розсікання спайок ножицями.

Сальпінгостомію виконували за методикою І.З. Гладчука [5], або після розсічення в центрі гідросальпінксу маткової труби з максимальним збереженням зв'язки Річарда, аспірації вмісту тру-

би, іригації, ампулоскопії, ретракції серозної оболонки труби, контролю гемостазу, хромосальпінгоскопії та промивання. Фімбріопластику проводили за допомогою легкої механічної або рідинної дезаглютинації та фімозоредукції (дилатаційної, секційної контрмезентеріальної – на протилежній мезосальпінксу частині маткової труби), рідше елекрохірургічно. Інколи фімбріопластика доповнювалась ретракцією серозної оболонки шляхом коагуляції – вапоризації (*flowering effect*). Сальпінгоектомію виконували у випадку товстостінних деформованих гідросальпінксів, особливо при обструктивно-оклюзивних ураженнях обох труб. Тканину роз'єднували після коагуляції біполярно максимально біля маткової труби з метою максимального збереження судин яєчника. У всіх пацієнток проводили інтраопераційну хромосальпінгоскопію: з антибіотиком ципринолом – у 103 (32,8%) пацієнток, з антисептиком мірамистином – у 67 (21,3%) або з озонованим розчином – у 144 (45,9%) за розробленими нами реабілітаційними методиками. Для профілактики спайок малого таза по завершенні операцій створювали гідроперитонеум теплими розчинами, які використовувалися для хромосальпінгоскопії (200-400 мл). Прокідність двох маткових труб відновлено у 92,3% пацієнток, у решти – лише однієї.

Тривалість операцій в середньому складала 61,7±17,9 хв, крововтрата – 83,1±9,7 мл. Післяопераційний період у 7 хворих супроводжувався субфебрильною температурою, у 2 – кровотечею з ділянки троакара біля пупка, у однієї – гематомою у правій здухвинній ділянці в місці введення троакара. Анальгетики застосовувались у 5,1% пацієнток. Практикували ранній (до 6-8 год) активний режим пацієнток після операції.

Комплекс розробленої нами реабілітаційної терапії проведено у 303 (96,5%) пацієнток: одноразову гідротубацію на другий день після операції проведено у 86 (27,4%), від 2 до 5 днів – у 217 (69,1%); АУФОК – у 292 (92,9%); препарат Протифлазид приймали протягом місяця 74 (23,6%) пацієнтки, вобензим – 177 (37,3%) жінок.

Через 1-2 місяці пацієнткам проводилась контрольна метросальпінгографія і при прохідних маткових трубах застосовувалось контрольоване зачаття. За настанням вагітності спостерігали протягом 12-24 місяців. Слід відмітити, що згідно з даними літератури частота настання вагітності після реконструктивно-пластичних операцій на трубах складає 73,0% протягом першого року, 18,0% – другого, 6,7% – третього та 2,2% – четвертого [1].

У 28 пацієнток з негативними результатами лапароскопічного лікування застосовано програму штучного запліднення з перенесенням ембріонів: у 14 жінок (I група) після видалення маткових труб під час лапароскопії, у 14 жінок (II група) – з підтвердженою оклюзією маткових труб після лапароскопії.

Індукцію суперовуляції проводили за довгим протоколом. Для десенситації гіпофізу використовували Декапентил або Діферелін по 0,05-0,1 мг, щоденно, підшкірно, з 21-го дня циклу, який передував стимуляції. Гонадотропну стимуляцію проводили ЛМГ (Меногон або Пурегон) 150-300 мЕ на день з 2-го дня циклу. Хоріонічний гонадотропін (Профазі, Прегніл) дозою 5000-10000 од. вводили при товщині ендометрія ≥ 9 мм та діаметрі половини від загального числа фолікулів ≥ 17 мм (в середньому на 13-14-й день циклу). Трансфер не більше 4-х ембріонів на стадії 4 бластомерів проводили в середньому через 72 години. Для підтримки лютеїнової фази всім пацієнткам призначали Дюфастон по 50 мг/добу протягом 12-14 днів (до проведення тесту на вагітність). При позитивному результаті пацієнтки продовжували прийом Дюфастону тією ж дозою до 8-9 тижнів вагітності, а далі дозу поступово знижували до 10 мг до терміну 15-16 тижнів.

Результати досліджень та їх обговорення. Проаналізовано результати проведених лапароскопічних операцій у 273 (86,9%) пацієнток протягом двох років. Частоту відновлення прохідності маткових труб наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Стан маткових труб в результаті проведених реконструктивно-пластичних лапароскопічних операцій при різних ступенях оклюзії маткових труб, абс. (%)

Ступінь трубної оклюзії	Кількість пацієнток	Відновлена прохідність (за даними МСГ)
I	53 (19,4%)	48 (90,7%)
II	143 (52,4%)	102 (71,3%)
III	62 (22,7%)	40 (64,5%)
IV	15 (5,5%)	8 (53,3%)
Всього	273 (100%)	198 (72,5%)

Відновлення прохідності маткових труб з оклюзією I ступеня відбулося у 90,7% пацієнток, що є досить вагомим результатом. За умов оклюзії II, III та IV ступенів результати значно нижчі: відповідно 71,3, 64,5 та 53,3%. В цілому прохідність маткових труб відновлено у 198 пацієнток з прослідкованим шляхом МСГ 273, що складало 72,5%.

Частоту настання вагітності після РПО на маткових трубах з урахуванням реабілітаційних заходів залежно від різних ступенів спайкового процесу в ділянці придатків матки наведено в таблиці 2.

При I ступені спайкового процесу придатків матки вдалося досягти достатньо високої частоти настання вагітності, що склала 54,9%. При II ступені вона знизилась в 2,3 раза ($p < 0,05$), при III ступені була низькою ($p < 0,01$), а при IV – вкрай низькою ($p < 0,001$). Загальна частота вагітності складала 21,2%, тобто у кожній 5-ої прооперованої пацієнтки. Слід зазначити, що у

Таблиця 2

Частота настання вагітності після лапароскопічних операцій при трубно-перитонеальній неплідності при різних ступенях спайкового процесу в ділянці малого таза, абс. (%)

Ступінь спайкового процесу	Кількість пацієнток	Кількість вагітностей
I	51 (18,7%)	28 (54,9%)
II	80 (29,3%)	19 (23,4%)
III	98 (35,8%)	9 (9,2%)
IV	44 (16,2%)	2 (4,5%)
Всього	273 (100%)	58 (21,2%)

10 (3,7%) пацієнток була позаматкова вагітність, тобто в цілому ефективність лапароскопічних операцій складала близько 19%.

У 48 жінок з матковою вагітністю народилося 42 дітей, причому у 23 (54,7%) – шляхом кесарева розтину. Перинатальних втрат не було. У 6 пацієнток спостерігалось передчасне переривання вагітності в I триместрі.

У 14 пацієнток (I група) в процесі лапароскопії було виявлено грубі органічні порушення в ділянці маткових труб (дистальна оклюзія IV ступеня, товстостінний гідросальпінкс та злуквий процес IV ступеня), і згідно з попередньою згодою пацієнток операції завершилися тубектомією. Всім пацієнткам в подальшому проведено IVF. Іншим 14 пацієнткам (II група), у яких після лапароскопічної операції діагностовано реоклюзію маткових труб, також проведено IVF.

Частоту настання вагітності у цих пацієнток наведено в таблиці 3.

Слід відмітити, що вагітність частіше наставала у пацієнток I групи (після лапароскопічного видалення гідросальпінксів), хоча різниця недостовірна ($p > 0,05$). В той же час, ефективність IVF в цілому складала 24,2%, що суттєво перевищує показники настання вагітності у пацієнток цих груп після лапароскопії.

Підвищити ефективність IVF у пацієнток з тяжким ступенем трубно-перитонеальної неплідності після лапароскопічних РПО, на наш погляд, можливо:

1) при видаленні джерела інфекцій та інших ембріотоксичних субстанцій, які зумовлені виявленням гідросальпінксів з деформованою структурою та товстою стінкою;

2) ретельною санацією матково-прямокишкового простору та оваріальних ямок шляхом сальпінгооваріолізісу;

3) при максимальному відновленні кровопостачання придатків матки за рахунок збережен-

Таблиця 3

Частота настання вагітності при застосуванні процедури IVF після лапароскопічної РПО

Показники	I група	II група	Абс. (%)
Кількість циклів	18	15	
Кількість вагітностей	5	3	
Ефективність, %	27,8	20,0	
Всього			8 (24,2%)

ня анатомічних взаємовідношень в ділянці малого таза.

Висновки. 1. Ефективність лапароскопічних РПО залежить від ступеня анатомічних змін органів малого таза і складає щодо відновлення прохідності маткових труб і настання вагітності відповідно: 90,7 і 71,3% та 54,9 і 23,4% при I та II ступенях, 64,5 і 53,3% та 9,2 і 4,5% при III-IV ступенях. Тобто, використання лапароскопічних РПО є перспективним та виправданим лише у пацієнток з помірними змінами придатків матки та неефективним при їх тяжкому ураженні.

2. Ефективність використання методу IVF при лікуванні пацієнток з III-IV ступенем ураження придатків складає 24,2%, що наближається до показників звичайної фертильності людини, що є більш доцільним та фінансово виправданим.

3. Частина лапароскопічних операцій (при III-IV ступенях оклюзій, жінкам у пізньому репродуктивному віці, наявності туберкульозного процесу придатків, біфокальному ураженні труб, “замурованому” малому тазі, реоклюзії труб) повинна завершуватись на діагностичному етапі або обмежуватись оваріолізісом.

4. У всіх випадках реконструктивних операцій на маткових трубах, на нашу думку, слід обов'язково визначити можливість переходу на програму IVF. Тубектомія гідросальпінксів в таких випадках підвищує ефективність ДРТ і виключає можливість нагноєння інфікованих маткових труб при настанні вагітності.

5. Лапароскопічні радикальні операції на маткових трубах при тяжкому їх ураженні сприяють підвищенню ефективності IVF.

6. IVF після неефективних РПО, з врахуванням віку та контрольної МСГ, доцільно застосовувати при відсутності вагітності протягом 12-18 місяців після операції.

7. Ефективність лікування трубно-перитонеальної неплідності лапароскопічним методом, на нашу думку, повинна підвищуватись шляхом застосування ДРТ і, навпаки, при ДРТ здебільшого повинні використовувати арсенал оперативної гінекології.

Список літератури

1. Альтернативные методы преодоления трубно-перитонеального бесплодия / Г.М. Савельева, К.В. Краснопольская, С.В. Штыров, А.Е. Бучеренко // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 2. – С. 10-13.
2. Гладчук І.З., Шитова А.В. Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з дистальними оклюзіями // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т. 3, № 1. – С. 32-34.
3. Диагностика и терапия трубно-перитонеального фактора бесплодия у женщин / А.С. Гаспаров, А.А. Осенин, И.Б. Цраева и соавт. // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 3. – С. 20-21.

4. *Запорожан В.М., Соболев Р.В.* Основні компоненти мультифакторіальної безплідності у жінок // ПАГ. – 2003. – № 1. – С. 101-103.
5. *Здановский В.М., Фандеева Л.В.* Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом // Проблемы репродукции. – 2000. – № 3. – С. 48-49.
6. *Овсянникова Т.В., Корнеева И.Е.* Бесплодный брак // Акушерство и гинекология. – 1998. – № 1. – С. 32-36.
7. *Чеченова Ф.К., Краснопольская К.В.* Отдаленные результаты хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом // Там же. – 2001. – № 4. – С. 40-44.
8. *Donnez J, Casapas-Roux F.* Microchirurgie des lesions tubulaires distales. Analyse de 270 interventions. J Gynec Obstetr Biol Reprod 1986;15,3:339-346.
9. *Hulka JF, Retch H.* Texbook of Laparoscopy. Philadelphia 1998:118-119.