

ЛАПАРОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЖІНОЧОЇ БЕЗПЛІДНОСТІ

Т.А.Юзько

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

Діагностична та оперативна лапароскопія (ЛС) набуває все ширшого застосування [1]. Найбільш часто в ургентній гінекології ЛС використовується при ектопічній вагітності, а в плановій – при безплідності (Б) [2]. Біля 12% подружніх пар дітородного віку безплідні, причому в 30% випадків основною причиною Б є патологія маткових труб [3]. Безпосередні зміни в маткових трубах базуються на їх повній або частковій непрохідності, ураженні м'язового шару, спайкових перитубарних змінах, порушенні скорочувальної функції труб, що в цілому перешкоджає сприйняттю яйцеклітини або її транспорту в матку. У кожній четвертій пацієнтки з Б нез'ясованого походження діагностується ендометріоз [4].

Мета дослідження. Оцінити ефективність методів ендоскопічного лікування Б залежно від виду оперативної техніки та характеру патології.

Матеріал і методи. Проведено аналіз історій хвороби 400 жінок, яким упродовж 1999-2004 років проводили ендоскопічні втручання з приводу Б. Середній вік пацієнток становив $28,9 \pm 3,7$ років. Тривалість безплідного періоду коливалася в межах від 12 місяців до 12 років. Первинна Б мала місце у 218 (54,5%) хворих, вторинна – у 182 (45,5%). Обстеження перед операцією включало: посткоїтальний тест – 86, вивчення гормонального балансу – 218, гістросальпінгографію – 214, комп'ютерну томографію гіпофіза – 12. Чоловічий фактор Б мав місце у 32% пар. До моменту звернення в центр репродукції лікування Б проводили у 78% пар. Воно включало традиційні методи терапії, які застосовують ся при відповідних формах Б.

Лапароскопічні та гістероскопічні операції проводили за допомогою обладнання фірми "Karl Storz". ЛС виконували за типовою методикою. Пневмоперитонеум накладали закритим способом. Рівень інтраабдомінального тиску під час операції підтримували автоматично в межах 12 мм. рт. ст.

Прокол для оптики здійснювали в місці введення голки Вереша – найчастіше по нижньому краю пупкового кільця. Додаткові проколи виконували в гіпогастральній ділянці в кількості від 1 до 3, найчастіше – 2. Проводили лапароскопічну ревізію органів черевної порожнини та малого таза, оперативний етап втручання. Завершували ЛС промиванням та дрениванням (за показаннями) черевної порожнини, видаленням газу, троакарів та накладанням поодиноких швів або пластера на місця проколів.

Спайковий процес придатків матки оцінювали згідно з класифікацією Американського товариства плодovitості (АТП) (1988). Для проведення адгезіолізу та сальпінгооваріолізу застосовували ножиці та електрохірургічну оперативну техніку. Дистальні трубні оклюзії класифікували за Donnez (1986). Ефективність пластичних операцій оцінювали за допомогою інтраопераційної хромосальпінгоскопії, віддалені результати – за даними контрольних ГСГ або контрольної ЛС. Стадіювання зовнішнього ендометріозу проводили за переглянутою класифікацією АТП (1985).

Гістероскопії (ГС) проводили за допомогою жорсткої оптики у рідкому оптичному середовищі. Після гістероскопічної ревізії здійснювали біопсію ендометрія, оперативний етап втручання.

Знеболення при ЛС здійснювали шляхом ендотрахеального наркозу. Внутрішньовенне знеболення практикували в основному при гістероскопічних операціях.

Результати дослідження та їх обговорення. У 400 пацієнток було виконано 318 ЛС та 175 ГС. У 108 пацієнток ці втручання проводили одночасно. Частка безплідних пацієнток, охоплених ендоскопічним обстеженням чи лікуванням, становила в центрі репродукції 87%. Серед загальної кількості ендоскопічних втручань, проведених за цей період часу, відсоток ЛС та ГС, виконаних в зв'язку з Б, становив 74%.

Діагностичну ЛС проводили у 52 (16,4%) з 318 пацієнток. У них, незважаючи на попереднє обстеження, жодна з клінічних форм Б до про-

ведення ЛС не запідозрювалась. Основними показаннями до лікувальної ЛС були: 1) трубноперитонеальна Б – 142 (44,7%); 2) Б, асоційована з ендометріозом – 68 (21,4%); 3) кломіфенрезистентний полікістоз яєчників – 44 (13,9%); 4) рідкісні причини Б – 7 (2,2%). Діагностичні ГС виконували у 69 (39,4%) пацієнток.

Загалом за результатами проведеного обстеження монофакторна Б мала місце у 167 (52,5%) безплідних пар. У 105 (33,0%) обстежених сімей виявлено по два фактори Б, у решти 46 (14,5%) – три та більше причин Б. Окрім цього, за даними ЛС 15 (4,7%) випадків дистальних трубних оклюзій, діагностованих за результатами ГСГ, були розцінені як хибнонегативні. За даними ендоскопічного обстеження у 87 (27,95%) пацієнток було виявлено додаткові фактори Б. Найчастіше це був спайковий процес придатків матки та малі форми ендометріозу. У 16 (5,04%) обстежених пацієнток причина Б з'ясована не була.

Результати ендоскопічного лікування у пацієнток з перитонеальною Б оцінювали за даними повторних ЛС, які з різних причин були виконані у 24 хворих, ГСГ та за частотою настання вагітності. Ефективність редукції спайкового процесу придатків матки не залежала від виду застосованого електрохірургічного втручання. Середній показник частоти настання вагітності після проведення сальпінгооваріолізу становив 84%.

За результатами контрольних сальпінгограм та за частотою настання вагітності відновлення прохідності маткових труб після проведення фімбріопластик настало у 92% випадків. Цей показник практично не залежав від виду оперативної техніки та наявності спайкового процесу придатків матки. Частота настання вагітності після фімбріопластик становила 67%. Після проведення фімбріопластик одночасно з сальпінгооваріолізом цей показник знизився до 38%. Прохідність маткових труб після сальпінгостомій відновилася у 32% хворих. Однак

середня частота настання вагітності після традиційних сальпінгостомій та запропонованої нами методики не перевищила середньостатистичних даних (24%).

Частота настання вагітності у хворих з ендометріозом залежить як від стадії захворювання, так і від виду застосованої оперативної техніки. При I, II та безспайковій формі ендометріозу II стадії вагітність настала відповідно у 38%, 39% та 28% хворих. При тяжких формах ендометріозу найкращі репродуктивні результати отримані у пацієнток, яким виконували комбіноване електрохірургічне втручання та гормонотерапію Золадексом (22%).

Ефективність хірургічного лікування хворих з полікістозом яєчників, які виявляють резистентність до кломіфену, оцінювали за частотою відновлення овуляції: після електрокаутеризації яєчників – 82,3%, після декапсуляції – 78,9%, після фенестрації – 78,3%. Завагітніли 47,4% пацієнток. Виявлено тісну пряму кореляцію між об'ємом яєчників та частотою настання вагітності.

Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі після лапароскопічних втручань становила $22,6 \pm 6,8$ год, після ГС – $10,8 \pm 4,7$ год. Частота інтраопераційних ускладнень ЛС становила 0,05%, ГС – 0,06%. Віддалені ускладнення ЛС зазначали у 7 пацієнток, ГС – 2.

Висновок. Ендоскопічні методи сприяють покращенню верифікації причин жіночої безплідності, демонструють високу ефективність при хірургічному лікуванні безплідних жінок зі спайковим процесом придатків матки, фімбріальним "фімозом", ендометріозом I, II стадії, безспайковою формою ендометріозу III стадії, при кломіфенрезистентному полікістозі яєчників та у пацієнток з оклюзією проксимальних відділів маткових труб.

Перспективи наукового пошуку. Діагностичну лапароскопію доцільно застосовувати в усіх жінок із безплідністю нез'ясованого походження, яка триває більше двох років.

Література

1. Запорожан В.М. Становлення та перспективи розвитку ендоскопічних і малоінвазивних методів лікування в Одесі // *Одеський мед. ж.* – 2001. – № 1 (63). – С. 3-5.
2. Маргиани Ф.А. Роль лапароскопії в діагностиці та лікуванні деяких форм жіночого бесплодя // *Вестник.* – 2001. – № 1. – С. 59-62.
3. Гладчук І.З., Шитова А.В. Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з дистальними трубними оклюзіями // *Укр. ж. малоінваз. та ендоскоп. хірургії.* – 1999. – Т. 3, № 1. – С. 32-34.
4. Краснопольская К.В., Штыров С.В., Бугеренко А.Е., Чеченова Ф.К. Хирургическое лечение трубного бесплодия (обзор литературы) // *Пробл. репродукции.* – 2000. – № 4. – С. 31-35.

ЛАПАРОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЖІНОЧОЇ БЕЗПЛІДНОСТІ

Т.А.Юзько

Резюме. Проведено аналіз 400 випадків безплідності в жінок, яким була застосована ендоскопія. Доведено, що ендоскопічні методи сприяють покращенню діагностики до 99,7%, демонструють високу ефективність хірургічного лікування при гідросальпінксах I-II стадії, легкій формі ендометріозу та синдромі полікістозних яєчників.

Ключові слова: лапароскопія, репродуктивна медицина.

LAPAROSCOPY IN THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF FEMALE STERILITY

T.A. Yuz'ko

Abstract. The author has carried out an analysis of 400 cases of sterility in women who have undergone endoscopy. The endoscopic methods have proved to be conducive to an improvement of diagnostics up to 99.7%, they demonstrate high efficacy of surgical treatment in hydrosalpinxes of stages I-II, a slight form of endometriosis and polycystic ovary syndrome.

Key words: laparoscopy, reproductive medicine.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 21.03.2005 р.

© Яковець К.І.

УДК 611.315.1.013

МОРФОГЕНЕЗ І СТАНОВЛЕННЯ ТОПОГРАФІЇ БІЧНИХ СТІНОК НОСА В ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

К.І.Яковець

Кафедра анатомії людини (зав. – д.м.н. Б.Г.Макар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Запити практичної оториноларингології спонукають як морфологів, так і клініцистів детально вивчати структурну організацію носової ділянки. Визначення закономірностей хронологічної послідовності зміни топографо-анатомічних взаємовідношень органів сприятиме розробці нових методів оперативних втручань [1, 2]. Дане повідомлення є продовженням раніше проведених нами досліджень [3, 4].

Мета дослідження. Вивчити особливості розвитку та становлення топографії бічних стінок носа в плодovому періоді онтогенезу людини.

Матеріал і методи. Комплексом морфологічних методів дослідження (гістологічний, звичайне і тонке препарування, ін'єкція судин та морфометрія) вивчено 30 макропрепаратів носової ділянки плодів людини.

Результати дослідження та їх обговорення. У 4-місячних плодів бічна стінка (БС) носової порожнини утворена внутрішньою поверх-

нею носової кістки, носовою поверхнею верхньої щелепи і її лобовим відростком. До нього примикає слізна кістка, у якій виявляються островці кісткової тканини. Досередини від верхньої щелепи і слізної кістки знаходиться хрящова капсула носа. У середній частині БС утворена решітчастим лабіринтом, який представлений хрящовою тканиною. Його передньозадній розмір досягає 6,0 мм, а вертикальний – 3,0 мм. Задній край лабіринту з'єднується з вертикальною пластинкою піднебінної кістки, яка має два (клиноподібний та очний) відростки. Між ними знаходиться вирізка, до якої примикає нижня поверхня тіла клиноподібної кістки. Вони обмежують крило-піднебінний отвір. Задній відділ БС носа утворений присередньою пластинкою крилоподібного відростка, представленого хрящовою тканиною. На БС добре виражені три носові раковини. У двох випадках виявлено чотири носові раковини. Верхня носова раковина ут-