

Особливості лапароскопічних операцій та відновного лікування при безплідності трубного походження

О.М. ЮЗЬКО, С.Г. ПРИЙМАК, О.М. ВАВРИНЧУК

Буковинська державна медична академія

PECULIARITIES OF LAPAROSCOPIC OPERATIONS AND CORRESPONDING TREATMENT AT INFERTILITY OF TUBAL ORIGIN

O.M. YUZKO, S.G. PRIYMAK, O.M. VAVRINCHUK

Bucovinian State Medical Academy

Проблема покращання результатів безплідності трубного походження (БТП) є остаточно не вирішеною. Проаналізовані результати лапароскопічних операцій у жінок з трубним безпліддям після проведеної комплексної системи реабілітації з метою відновлення репродуктивної функції. Зроблено висновок, що своєчасно виконана лапароскопічна операція, верифікація збудника та відновна терапія демонструють високу ефективність ендоскопічних методів і реабілітаційної терапії в лікуванні жінок з безпліддям трубного походження. Зроблено висновок, що лапароскопічний метод є перспективним при помірному ураженні маткових труб, а при тяжкому ураженні придатків більш доцільним є IVF, але після овариолізу та видалення товстостінних деформованих гідросальпінксів.

The problem of improving the results of infertility treatment of tubal origin has not been solved yet. The results of laparoscopic operations in women with tubal sterility have been analyzed after carrying out a complex system of rehabilitation for the purpose of restoring the reproductive function. A timely performed laparoscopic operation, the verification of the causative agent and rehabilitation therapy demonstrate a high efficacy of endoscopic methods and rehabilitation therapy in treatment of women with sterility of tubal origin. The authors conclude that laparoscopic method has proved to be perspective for patients with moderate small uterine tubes, while at severe uterine appendages lesions IFV is more effective but after ovariolysis and thick-walled deformed hydrosalpinxes rejection.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Частота безплідності трубного походження не має тенденції до зниження, а жіноче безпліддя в шлюбі складає від 60 до 80 %. Однією із найбільш поширених причин інфертильності у жінок репродуктивного віку є патологія маткових труб. Зміни в трубах виявляються в 35-74 % хворих з безпліддям, з них в 30-70 % – безпліддя первинне і у 42-83 % – вторинне [1, 3].

Ефективність відновлення репродуктивної функції у жінок з трубним безпліддям залежить від якості реабілітаційної терапії, яка направлена на попередження утворення спайок та реклюзії маткових труб, а також забезпечує відновлення функції маткових труб в післяопераційному періоді [4,5].

Мета дослідження: підвищити ефективність лапароскопічних реконструктивно-пластич-

них операцій на маткових трубах при безплідності трубного походження.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебувало 130 жінок з безпліддям трубного походження, яким були проведені лапароскопічні реконструктивно-пластичні операції. Причому, первинне безпліддя було у 68 жінок, а вторинне – у 62 жінок. Вивчали характер скарг, анамнез життя та основного захворювання, стан менструальної, статевої та репродуктивної функцій, проводили загальноклінічне та спеціальне обстеження.

Лапароскопію здійснювали за допомогою устаткування та інструментарію фірми "Карл Шторц" з використанням механічної та електрохірургічної техніки, аквапурації. Використовувався ендотрахеальний наркоз. Для оптимальної візуалізації матки та її придатків

пацієнтку переводили в положення Trendelenburg з кутом нахилу 30-40°. При огляді органів малого таза дотримували такої послідовності: міхурово-матковий простір, матка, праві придатки, права клубова ділянка та апендикс, прямокишково-матковий простір, ліва клубова ділянка і ліві придатки матки.

У 106 (81,5 %) пацієнток під час лапароскопії діагностована двобічна непрохідність маткових труб, у 22 (16,9 %) – однобічна, у 2 (1,5 %) – труба видалена раніше з приводу позаматкової вагітності. Дані інтраопераційної хромосальпінгоскопії показали: I ступінь оклюзії спостерігався у 25 (19,2 %) пацієнток, II ступінь – у 68 (52,3 %), III ступінь – у 29 (22,3 %), IV ступінь – у 8 (6,1 %) за класифікацію Donnez [6]. У 72 (55,4 %) пацієнток труба на 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 з класифікацією J.Nulka [7], виявлена у 24 (18,5 %) пацієнток, II стадія – у 49 (37,7%), III стадія – у 38 (29,2 %), IV стадія – у 19 (14,6 %). У таких хворих перед проведенням пластичних операцій виконували аквапурацію, електрохірургічний сальпінгооваріолізис та розсічення спайок ножицями.

Сальпінгостомію виконували за методикою І.З. Гладчука [2] або після розсічення в центрі гідросальпінкса маткової труби з максимальним збереженням зв'язки Річарда, аспірації вмісту труби, 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 електрохірургічно. 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. Для профілактики спайок малого таза по завершенні операцій створю-

вали гідроперитонеум теплим розчином мірамістину, який використовувався для хромосальпінгоскопії (200-400 мл).

Тривалість операцій в середньому складала (61,7±0,4)хв, крововтрата – (83,1±9,7) мл. Післяопераційний період у 3-х хворих супроводжувався субфебрильною температурою, у 2-х – кровотечею з ділянки проколу троакара біля пупка. Аналгетики застосовувались у 5,1 % пацієнток. Практикували ранній (до 6-8 год) активний режим пацієнток після операції.

Адгезіолізис виконано у 125 (96,2%) пацієнток, сальпінгооваріолізис – у 115 (88,5%), фімбріопластику – у 86 (66,2%), сальпінгонеостомію – у 31 (23 %), сальпінгоектомію – у 6 (4,6 %) пацієнток. У 5 пацієнток (3,9 %) операція обмежилась діагностичним етапом. Пацієнтки з первинною і вторинною безплідністю не відрізнялись за кількістю знайденої під час лапароскопії іншої генітальної патології.

Супутня генітальна патологія, яка виявлена під час лапароскопії: ендометріоз – у 4 жінок (3,0 %), міома матки – у 6 жінок (4,6 %), СПКЯ – у 16 жінок (12,3 %).

Для проведення реабілітаційних заходів пацієнтки були розділені на дві групи: перша одержувала загальноприйнятий традиційний комплекс реабілітаційних заходів; друга – запропонований нами спосіб реабілітаційної терапії. Прохідність маткових труб визначали в післяопераційному періоді за допомогою метросальпінгографії та УЗ-гістеросальпінгографії з використанням препарату “Еховіст-200”.

Вік жінок з безплідністю трубного походження склав 29,2 року. Загальноприйняті реабілітаційні заходи включали: традиційну антибактеріальну терапію, створення “штучного асцити” розчинами декстранів, нестероїдні аналгетики, традиційну фізіотерапію (діатермія або електрофорез, фонофорез з медикаментами), розсмоктуючу терапію та біостимулятори. Запропонована нами методика реабілітації включала:

- I етап – стаціонарно-амбулаторний:
 - - інтраопераційно-гідротубація наприкінці операції 0,01% розчином мірамістину та залишання його в черевній порожнині в кількості 20-40 мл;
 - - з першого дня післяопераційного періоду,

при відсутності кров'янистих виділень із статевих шляхів – гідротубації 0,01 % розчином мірамістину в кількості 200 мл, всього 1-5 гідротубацій;

- з другого дня післяопераційного періоду ультрафіолетове опромінення автокрові пацієнток (3-5 сеансів) та призначення препарату "Вобензим" по 3-5 табл. 3 рази на добу протягом 4 тижнів.

II етап – амбулаторний: контроль прохідності маткових труб за допомогою метросальпінгографії і проведення контрольованого зачаття.

III етап – санаторно-курортний. Реабілітаційна терапія була доповнена застосуванням

природних факторів – лікування грязями, озокеритом, нафталаном, ваннами на основі води природних джерел: сірководневих, сульфідних, хлоридних, радонових.

Контрацепція застосовувалась тільки на першому місяці після операції. За настанням вагітності спостерігали протягом 12-24 місяців.

Результати досліджень та їх обговорення.

Нами проаналізовані наслідки проведених лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій у жінок з безпліддя трубного походження в двох групах пацієнток залежно від застосованого комплексу реабілітаційних заходів (табл. 1, 2).

Таблиця 1. Стан маткових труб за даними ГСГ після лапароскопічних РПО при різних ступенях оклюзії маткових труб (M±m)

Ступінь оклюзії маткових труб	Перша група			Друга група			P
	кількість хворих	відновлена прохідність		кількість хворих	відновлена прохідність		
		абс.	%		абс.	%	
I	12	11	91,7±7,9	13	12	92,3±7,4	>0,05
II	33	18	54,5±8,7	35	31	88,6±5,4	<0,05
III	14	7	50,0±13,4	15	8	53,3±13,2	>0,05
IV	4	2	50,0±25,0	4	2	50,0±25,0	>0,05
Всього	63	38	60,3±7,6	67	53	79,1±9,7	>0,05

Таблиця 2. Частота настання вагітності після лапароскопічних РПО залежно від стадії спайкового процесу (M±m)

Стадія спайкового процесу	Перша група			Друга група			P
	кількість хворих	вагітність		кількість хворих	вагітність		
		абс.	%		абс.	%	
I	11	5	45,5±15,0	13	11	84,6±10,0	<0,05
II	24	5	20,8±8,3	25	6	24,0±8,5	>0,05
III	19	1	5,3±4,9	19	1	10,5±9,7	>0,05
IV	9	0	-	10	0	-	-
Всього	63	11	17,5±4,8	67	18	26,9±5,4	>0,05

Як свідчать дані, наведені в таблицях, застосований нами комплекс реабілітаційних заходів підвищує ефективність лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій при безплідді трубного походження з трубною оклюзією II ступеня в 1,6 раза та спайковим процесом I стадії в 1,8 раза. Загальна частота настання вагітності за сумою двох груп склала 22,2%, тобто в кожній п'ятій жінки. Це свідчить про достатньо високу ефективність запропонованого нами комплексу реабілітаційних заходів у пацієнток з помірною оклюзією мат-

кових труб, яка в структурі безпліддя трубного походження становить більше 50%.

Таким чином, як показали результати досліджень, ранне та комплексне застосування реабілітаційних заходів на фоні оптимізації техніки виконання лапароскопічних РПО у пацієнток з безпліддістю трубного походження попереджує рецидив оклюзії маткових труб і дозволяє підвищити ефективність лікування цього виду безплідності.

Висновки. 1. Ефективність лапароскопічних РПО залежить від ступеня анатомічних

змін органів малого таза, і застосування реабілітаційних заходів є перспективним та виправданим тільки в пацієток з помірними змінами придатків матки.

2. Ефективність лікування безплідності трубного походження у пацієток з тяжкими ураженнями маткових труб повинна підвищуватись шляхом застосування ДРТ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гойда Н.Г. Державна політика України щодо збереження репродуктивного здоров'я // ПАГ. – 1998. – №2. – С. 72-74.
2. Гладчук І.З., Шитова А.В. Оперативна лапароскопія в лікуванні хворих з дистальними оклюзіями // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-1999. – Т. 3, №1. – С.32-34.
3. Краснопольская К.В., Штыров С.В., Бугеренко А.Е., Чеченова Ф.К. Хирургическое лечение трубного бесплодия // Проблемы репродукции. – 2000. – №4. – С.31-35.

Перспективи подальших досліджень: лапароскопічні радикальні операції на маткових трубах при їх тяжкому ураженні сприяють підвищенню ефективності IVF. Програму IVF після неефективних РПО з врахуванням віку та контрольної МСГ доцільно застосовувати при відсутності вагітності протягом 12-18 місяців після операції.

4. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. - М.: Медицина, 1991. – 318с.
5. Юнда И.Ф., Иванюта Л.И. Бесплодие в супружестве. – К.: Здоров'я. – 1990. – 463с.
6. Donnez J., Casanas-Roux F. Microchirurgie des lesions tubulaires distales. Analyse de 270 interventions//J.Gynec. Obstetr. Biol. Reprod. – 1986. – Vol.15.-№ 3. – P.339-346.
7. Hulka J.F., Retch H. Textbook of Laparoscopy. – Publishers-Philadelphia. – New York, 1998. – P.118-119.