



Рис. 2. Тактика ведення вагітної з безкам'яним холециститом в умовах стаціонару.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клиническая гастроэнтерология / Под ред. Н.В. Харченко. – К.: Здоров'я, 2000. – 444 с.
 2. Щербиніна М.Б. Біліарна патологія: причини, механізми розвитку, принципи діагностики та лікування// Лікування та діагностика. – 2003. – №3. – С. 25-30.
 3. Шехтман М.М. Руководство по эстрагенитальной патологии у беременных. – Москва, 1999. – 815 с.
 4. Дейнеко Н.Ф., Яблучанский Н.И., Бабак О.Я. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения в клинике внутренних болезней. – Харьков, 1991. – 267 с.

5. Передерий В.Г., Ткач С.М. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб. – Т. 2. – К., 1998. – 448 с.
 6. Руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. П.Е.С. Пальмера. – Калифорнийский университет "Дейвие", штат Калифорния, США. Женева, 2000. – 334 с.
 7. Лейтнер У. Практическое руководство по заболеванию желчных путей. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 264 с.
 8. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Руководство. – Т. 1. – 1997. – 533 с.
 9. Справочник Калифорнийского университета / Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. – М.: Практика. – 1999. – 703 с.

УДК 618.1072.1

Рак Л.М.

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГІСТЕРОСКОПІЇ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ЇХ ДО ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Буковинська державна медична академія

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГІСТЕРОСКОПІЇ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ЇХ ДО ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ – У пацієнток з безпліддям на етапі підготовки до допоміжних репродуктивних технологій застосовано гістероскопію з біопсією ендометрія і додатковим дослідженням біоптатів в якості обов'язкового обстеження. Вивчено роль гістероскопії та обґрунтовано доцільність її застосування у даного контингенту пацієнток. Встановлено наявність значної кількості патологій, діагностованої лише гістероскопічно.

ОБґРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ІСПОЛЬЗУВАННЯ ГІСТЕРОСКОПІЇ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ЕТАПЕ ПОДГОТОВКИ ИХ К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ РЕПРОДУКТИВНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ – У пациенток с бесплодием на этапе подготовки к дополнительным репродуктивным технологиям использовано гистероскопию с биопсией эндометрия и дополнительным исследованием биоптатов в качестве обязательного исследования. Изучено роль гистероскопии и обосновано целесообразность её использования у данного контингента больных. Установлено наличие значительного количества патологии, которая диагностирована только при гистероскопии.

SUBSTANTIATION OF THE NECESSITY OF USING HYSTEROSCOPY IN WOMEN WITH STERILITY AT THE STAGE OF THEIR PREPARATION FOR SUPPLEMENTAL REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES – Hysteroscopy with endometrial biopsy and accessory study of tissue samplings as an obligatory examination have been used in patients with sterility at the stage of their preparation for supplemental reproductive technologies. The role of hysteroscopy has been studied and the expediency of its application in the cohort of patients under study has been substantiated. The author has established the availability of a great deal of pathology that has been diagnosed only hysteroscopically.

Ключові слова: безпліддя, гістероскопія, біопсія, допоміжні репродуктивні технології.

Ключевые слова: бесплодие, гистероскопия, биопсия, вспомогательные репродуктивные технологии.

Key words: sterility, hysteroscopy, biopsy, supplemental reproductive technologies.

ВСТУП Сьогодні однією з актуальних проблем репродуктології є проблема підвищення ефективності лікування безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), ефективність яких на даному етапі знаходиться в межах 20-30 %. Важливим є питання вибору методів діагностики патологічних станів порожнини матки та ендометрія – структур, які мають безпосередній вплив на процеси імплантації, плацентації та виношування вагітності [1].

Метою роботи було уточнення та обґрунтування доцільності застосування гістероскопії в програмі підготовки жінок з безпліддям до штучного запліднення.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Відповідно до поставленої мети було проведено гістероскопічне обстеження порожнини матки у 36 пацієнток віком від 26 до 43 років, яким було показано лікування безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій. Усім жінкам проведена рідинна гістероскопія

під внутрішньовенним знечуленням зі стерильним ізотонічним розчином натрію хлориду. Під час гістероскопії оцінювали стан порожнини матки та ендометрія, проводили прицільну біопсію ендометрія для його подальшого морфологічного та мікробіологічного дослідження. Гістологічне дослідження біоптатів ендометрія проводилося на парафінових зрізах, забарвлених гематоксилін-еозином із додатковим забарвленням за Ван-Гізеном. При мікробіологічному дослідженні біоптатів використовували традиційний культуральний метод [2] для виявлення патогенної та умовно-патогенної мікрофлори в ендометрії та полімеразно-ланцюгову реакцію (ПЛР) [3] з метою виявлення уrogenітальних інфекцій, які передаються статевим шляхом. Залежно від результатів гістологічного дослідження, в післяопераційний період проводили підготовку ендометрія до ДРТ за допомогою замісної гормонотерапії. Відповідно до виявленого збудника інфекції проводилась етіопатогенетична протизапальна терапія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ
Обґрунтовуючи доцільність застосування гістероскопії на етапі підготовки до ДРТ, слід проаналізувати результати обстеження 16 пацієнок, які в анамнезі вже мали безрезультатні спроби ДРТ, з них – 10 IVF, 1 – двічі безрезультативну спробу ІКСІ, оскільки усі пацієнтки на етапі підготовки до попередніх спроб штучного запліднення обстежувались за допомогою ТВ-ехографії, МСГ, у однієї жінки була застосована соногістероскопія.

У даного контингенту пацієнок лише у 43,75 % жінок були відсутні структурні зміни в порожнині матки, у 7 (43,75 %) діагностовано нормальний ендометрій, з них у 3-х жінок на фоні нормального ендометрія діагностовано залозисті поліпи слизової, у 1 – хронічний ендометрит з нормальними секреторними змінами в ендометрії. У решти жінок були діагностовані різноманітні патологічні процеси, з них у 5 пацієнок були наявні поліфакторні зміни (синехії + неповна перегородка + хронічний ендометрит (ХЕ); синехії + поліпи; деформація порожнини матки + синехії + ХЕ; стеноз цервікального каналу + поліпоз ендометрія; синехії + залозиста гіперплазія). Виявлені патологічні процеси в 50 % випадків не були діагностовані при попередніх обстеженнях та в 25 % випадків були неправильно інтерпретовані. Серед недиагностованої патології – синехії, невеликі поліпи ендометрія, вогнищева патологія, деформація порожнини матки, серед неправильно інтерпретованої – тотальний поліпоз слизової, аномалії розвитку матки.

Структурні аномалії в порожнині матки було діагностовано у 9 (56,25 %) пацієнок, серед них синехії – у 3-х, поліпи слизової – у 4-х (залозисті поліпи у 3-х і залозисто-фіброзні у 1 жінки), неповна перетинка в порожнині матки у 2-х жінок. У 2-х пацієнок діагностовано залозисто-фіброзні поліпи цервікального каналу. Стеноз цервікального каналу виявлено у 1 жінки. Серед пацієнок з поліпами у 2-х діагностовано тотальний поліпоз слизової. Різноманітні патологічні процеси в матці (вищеописані синехії, фіброзні поліпи) зумовили деформацію її стінок у 3-х жінок. Переважною локалізацією вогнищевих змін та поліпів ендометрія були вічка маткових труб (42,9 %). В 25 % випадків із-за синехій, гіперплазованого ендометрія, запальних нашарувань, поліпів ендометрія при гістероскопії не візуалізувались вічка маткових труб, у 2-х жінок – одне і у 2-х – два. У 4-х жінок патологічні зміни в матці локалізувались лише в одній її половині – переважно в правій.

Патологія ендометрія, діагностована гістероскопічно, підтверджувалась гістологічним дослідженням його біоптатів та зскрібків. Гіперпластичні процеси в порожнині матки діагностовані у 18,75 % жінок. Атрофічні зміни ендометрія виявлено у 6,25 % пацієнок. Вогнищева атрофія діагностована у 1 жінки. Часткове відставання ендометрія у розвитку було присутнє у біоптатах і зскрібках 2-х жінок.

Аналогічні зміни слизової та порожнини матки спостерігались у пацієнок, яким ДРТ планувались вперше. Це диктує

необхідність проведення обстеження усіх пацієнок, які готуються до ДРТ.

При бактеріологічному дослідженні біоптатів патологічно зміненого ендометрія у 30 жінок патогенні та умовно-патогенні збудники інфекції були виявлені в 73,33 % випадків. Серед них – *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *E. Coli*, *C. albicans*, *N.gonorrhoeae* та інфекції, що передаються статевим шляхом (хламідії, мікоплазми, цитомегаловірус), причому часто (в 23,33 % випадків) діагностували асоціації мікроорганізмів.

Обґрунтовуючи переваги запропонованого нами скринінгового методу обстеження жінок при підготовці до ДРТ на основі отриманих нами результатів, слід наголосити:

1. Гістероскопія з прицільною біопсією ендометрія з високою точністю дозволила діагностувати патологічні стани цервікального каналу, ендометрія та порожнини матки, які несумісні з процесами фізіологічної імплантації або порушують її, сприяють невиношуванню вагітності та утруднюють проведення ДРТ. Більша частина знайденої патології не була діагностована при попередніх УЗД та ГСГ.

2. Гістероскопія з прицільною біопсією дозволила визначити локалізацію патологічних змін в порожнині матки та виявити характер вогнищевих змін ендометрія, взаєморозташування їх відносно один одного. Здійснена не лише заключна діагностика цих патологічних станів, а й стадіювання синехій, оцінені топографо-анатомічні особливості локалізації патологічних осередків при поліфакторній патології ендометрія і порожнини матки, які, звісно, взаємообтяжують один одного і потребують врахування при виборі лікувальної тактики.

3. Морфологічне дослідження біоптатів, отриманих прицільно в ході ДГ, дозволило встановити остаточний діагноз, оцінити секреторні зміни в ендометрії та визначити подальшу лікувальну тактику при підготовці пацієнок до штучного запліднення.

4. У 10 пацієнок при гістероскопії був проведений оперативний етап лікування, що дозволило вже інтраопераційно провести корекцію виявлених патологічних змін, чого не дозволяють провести інші методи і методики.

5. Застосований спосіб прицільної гістероскопічної поліпектомії із коагуляцією ложа поліпів, прицільне видалення гіперплазованих ділянок під контролем зору забезпечує повноту проведення даних маніпуляцій, попередження виникнення рецидивів та зменшення травматизації сусідніх незмінених ділянок ендометрія, чого неможливо уникнути при звичайному вишкрібанні.

6. Бактеріологічне дослідження прицільно отриманих біоптатів ендометрія дозволяє провести забір матеріалу під контролем зору і виключити контамінацію його флорою цервікального каналу, оскільки біоптат виводиться з порожнини матки через операційний канал тубуса гістероскопа. Діагностика патогенних збудників інфекції в біоптатах ендометрія дозволяє проводити протизапальну етіопатогенетичну терапію ще до початку ДРТ.

7. При необхідності вишкрібання візуальний гістероскопічний контроль дозволяє провести це лише в необхідній ділянці при вогнищевій патології, без ушкодження сусідніх незмінених ділянок, чого неможливо уникнути при звичайному вишкрібанні. При тотальному вишкрібанні слизової можливий візуальний гістероскопічний контроль за повнотою проведення маніпуляції.

8. Характеристика гістероскопічних операцій продемонструвала відсутність інтра- та післяопераційних ускладнень, нетривалий період перебування хворих у стаціонарі, що має також значний економічний ефект.

ВИСНОВОК Гістероскопія з прицільною біопсією ендометрія, морфологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів має велику діагностично-лікувальну цінність і потребує застосування у всіх жінок при підготовці їх до ДРТ.

При цьому виконується основна вимога до вибору скринінгового методу діагностики стану ендометрія при

підготовці жінок до ДРТ – можливість своєчасної діагностики усіх патологій, що впливають на фертильність та успіх лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М.: МИА, 2000. – 781 с.

2. Определитель бактерий Берджи. В 2-х томах: Пер. с англ. / Под ред. Дж. Хоулта, Н. Крига, П. Снейга, Дж. Стейли С. Уильямса. – М.: Мир, 1997. – 800 с.

3. Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом / Укладачі І.І. Мавров, О.П. Белозоров, Л.С. Тацька та ін. – Харків: Факт, 2000. – 120 с.

УДК 618.145-006.5

Лучков А.І., Гнатенко В.М.

ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ В ЛІКУВАННІ ФІБРОМІОМИ МАТКИ

Одеський державний медичний університет

ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ В ЛІКУВАННІ ФІБРОМІОМИ МАТКИ – Актуальність проведення описаних клінічних спостережень обумовлена зростаючими показниками захворюваності жінок із фіброматозними новоутвореннями, а також значним помолодінням контингенту хворих на вказану патологію, що становить досить складну проблему, зважаючи на передракову небезпеку фіброміоми матки. В роботі подані результати клінічних досліджень, спрямованих на вдосконалення способу лікування фіброміоми матки із застосуванням хірургічної технології – рентгенендоваскулярної хірургії та інтенвенційної радіології. В роботі йдеться про 12 пацієнок із фіброміомою матки, для лікування яких було застосовано мініінвазивне хірургічне втручання, протягом якого проводили рентгенендоваскулярну емболізацію маткової артерії, що живить фіброматозні вузли, введення спіралі Чігогидзе. При цьому в пацієнок було збережено матку та вдалося відновити репродуктивну функцію. Вказаний спосіб лікування дозволяє зменшити або ліквідувати фіброматозний вузол (чи вузли) без видалення матки, покращити лікування жінок із фіброміомою матки, що усуває клінічний прояв захворювання, відновлює репродуктивну функцію та має важливе психологічне та соціальне значення.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ – Актуальность проведения описанных клинических наблюдений обусловлена увеличением заболеваемости женщин с фиброматозными новообразованиями, а также значительным омоложением контингента больных с указанной патологией, что является важной проблемой, в связи с раковым перерождением. В работе поданы результаты клинических исследований, направленных на усовершенствование способа лечения фиброміоми матки с использованием хирургических технологий – рентгенендоваскулярной хирургии и интвенционной радиологии. В работе идет речь о 12 пациентках с фиброміомою матки, для лечения которых было использовано малоинвазивное хирургическое вмешательство, во время которого проводили рентгенендоваскулярную эмболізацію маточной артерии, которая питает фиброматозные узлы, введение спиралі Чігогидзе. При этом у пациенток была сохранена матка и удалось возобновить репродуктивную функцию. Указанный способ лечения позволяет уменьшить или ликвидировать фиброматозный узел без удаления матки, улучшить лечение женщин с фиброміомою, что ликвидирует клинические проявления заболевания, возобновляет репродуктивную функцию и имеет важное психологическое и социальное значение.

MINIINVASIVE SURGICAL TREATMENT OF FIBROMYOMA – Clinical researches are actual because of the increasing cases of the fibromyoma formation as well as sick women age significant decreasing. All the mentioned facts should be of great attention because of the possible precancer threat of the fibromatous processes in uterus. Results of clinical observations are given concerning fibromyoma treatment efficacy increasing using new surgical technology – roentgenendovascular surgery and interventional radiology. 12 women with fibromyoma were treated miniinvasive surgical intervention to women with fibromyoma throughout which uterine artery were embolized by Chigogidze spiral using. These manipulations allowed to preserve uterus and reinduce the reproductive function. The method of treatment that we used allows to minimize and/or liquidate the fibromatous node (or nodes), to increase the women with fibromyoma treatment efficacy that reinduce the reproductive function and has important psychological and social importance.

Ключові слова: фіброміома матки, малоінвазивні хірургічні методи, рентгенендоваскулярна емболізація, лікування.

Ключевые слова: фиброміома матки, малоинвазивные хирургические методы, рентгенендоваскулярная эмболізація, лечение.

Key words: fibromyoma, miniinvasive surgical methods, roentgenendovascular embolization, treatment.

ВСТУП Фіброміома матки – найбільш часто виникає доброякісне гормонально залежне пухлиноподібне утворення з гладком'язових елементів з подальшим фіброзуванням в умовах тканинної гіпоксії [1]. Частка фіброміоми в структурі патології репродуктивної сфери жінок становить 10-27 % [2,3]. Міома матки є найпоширенішою пухлиною матки у жінок пізнього репродуктивного (35-45 років) та пременопаузального (46-55 років) віку. Раніше вказана патологія починала розвиватися у жінок віком понад 30-35 років, але зараз, з розвитком діагностичних можливостей, з погіршенням оточуючого середовища, психоемоційним навантаженням спостерігається зростання захворюваності на цю патологію у більш молодшого контингенту жінок. Початок виникнення вузлів міоми матки є наслідком накопичення у жінок соматичних, гінекологічних захворювань та нейроендокринних порушень. Незважаючи на недостатньо вивчені патогенетичні механізми вказаного патологічного стану, вважається, що зріст міоми триває при відносно високому вмісті естрогенів. За умов сумачії патологічних факторів у вказаному віці триває соматична мутація клітин в органах репродуктивної системи, що, ймовірно, грає провідну роль на стадії формування проліферативного компонента при процесах регенерації уражених клітин міометрія [1]. Численні міоми з різною кількістю вузлів неоднакового розміру та форми зустрічаються зараз у 80 % випадків фіброміом [4]. Практично третина всіх жінок із міомою матки перенесла раніше запальні захворювання придатків, а 20-30 % жінок страждають від порушення функції яєчників [2,5].

Відомі способи консервативного лікування фіброміоми матки шляхом застосування гонадотропін-релізинг-гормону або його агоністів (нафарелін, трипторелін, бузерелін, декапептил-депо тощо) [6]. Але при такому способі лікування фіброміоми можливий розвиток тяжкого гіпоестрогенного стану, який характеризується розвитком вегетосудинних кризів – "приливи", на наявність яких скаржаться більше 80 % пацієнок, з них у кожній третій жінки вказані "приливи" суттєво знижують працездатність та якість життя. Майже 50 % жінок скаржаться на головний біль різної тривалості та інтенсивності. Пригнічений настрій, депресія, розладнання сну, суглобна й м'язова ригідність, різке зниження лібідо, сухість слизової оболонки піхви, випадання волосся, зменшення молочних залоз зустрічаються у 10-15 % хворих.

Існують також інші, більш дешеві гормональні лікарські засоби для лікування фіброміоми матки – прогестерон та його аналоги й синтетичні прогестини [2,6,7]. Але до сьогодні немає абсолютних доказів ефективності застосування прогестерону й синтетичних прогестинів для лікування міоми матки. Крім того, було підтверджено, що великі дози прогестерону сприяють порушенню мікроциркуляції в великих вузлах, власне, розвитку його набряку, що, в свою чергу, є показанням до термінового оперативного втручання. Наприкінці, слід враховувати наявність наступних протипоказань для приймання гормонів при лікуванні фіброміоми матки – ожиріння, хронічний тромбозфлебіт, цукровий