

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІ В РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ БЕЗПЛІДДІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Буковинська державна медична академія

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ БЕЗПЛІДДІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ – Проведено аналіз ефективності лапароскопічних операцій та реабілітаційних заходів щодо відновлення прохідності маткових труб та настання вагітності у 100 жінок із безплідністю трубного походження. Реабілітаційні заходи з використанням озонування порожнини матки, труб та очеревини малого таза, застосування імуноглобуліну людського та контрольованого зачаття дозволили відновити прохідність маткових труб у 82,0 % жінок із безплідністю трубного походження. Вагітність настала у 24,0 % жінок, причому різниця була вірогідна тільки при I ступені оклюзії та I стадії спайкового процесу. Це вказує на необхідність застосування лапароскопії на ранніх стадіях безплідності до застосування гістеросальпінгографії, гідротубації та інших інвазивних методів лікування.

ROLE OF LAPAROSCOPY IN THE REHABILITATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION AT STERILITY OF TUBAL ORIGIN – The authors have carried out the analysis of efficacy of laparoscopic operations and rehabilitation measures pertaining to the restoration of the uterine tubes permeability and the onset of pregnancy in 100 women with sterility of tubal origin. Rehabilitation measures, employing ozonization of the uterine cavity, tubes and the peritoneum of the lesser pelvis, the use of human immunoglobulin and controlled conception made it possible to renew the permeability of the uterine tubes in 82,0 % women with sterility of tubal origin. Gestation ensued in 24,0 % women, the difference being reliable only at degree I of occlusion and stage I of the commissural process. This is an indication of the necessity to use laparoscopy at early stages of sterility to laparosolpingography, hydrotubation and other invasive methods of treatment.

Ключові слова: лапароскопія, жіноча безплідність.
Key words: laparoscopy, woman sterility.

ВСТУП Жіноче безпліддя займає одне з провідних місць в структурі гінекологічної захворюваності жінок репродуктивного віку, при цьому частота даної патології сягає 60-80 % [1]. Крім постійно зростаючої частоти цього захворювання, істотну роль відіграє недостатня ефективність лікувально-профілактичних заходів [3]. В останні роки намітилась тенденція до більш динамічних реабілітаційних заходів, особливо у жінок, які неспроможні скористатись програмою штучного запліднення [4]. Це потребує нових підходів до вибору хірургічної тактики, оптимізації методики лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій та розробки ефективних реабілітаційних заходів щодо відновлення репродуктивної функції [5].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено аналіз ефективності лапароскопічних операцій у 100 жінок основної групи із безплідністю трубного походження. Контрольну групу склали 50 соматично здорових жінок з нормальною менструальною та репродуктивною функціями.

Лапароскопію здійснювали за допомогою устаткування та інструментарію фірми „Karl Storz” (Німеччина) з використанням механічної та електрохірургічної техніки, аквапурації. Застосовувалась ендотрахеальний наркоз.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У 81 (81,0 %) пацієнток під час лапароскопії діагносто-

вана двобічна непрохідність маткових труб, у 17 (17,0 %) – однібічна, у 2 (2,0 %) – труба видалена раніше з приводу позаматкової вагітності. Дані інтраопераційної хромо-сальпінгоскопії показали: I ступінь оклюзії спостерігався у 20 (20,0 %) пацієнток, II ступінь – у 51 (50,0 %), III ступінь – у 22 (22,0 %), IV ступінь – у 7 (7,0 %) за класифікацією Duppez. У 55 (55,0 %) пацієнток трубна 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. Hulka виявлена у 19 (19,0 %) пацієнток, II стадія – у 38 (38,0 %), III стадія – у 29 (29,0 %), IV стадія – у 14 (14,0 %).

Адгезіолізис виконано у 96 (96,0 %) пацієнток, сальпінгооваріолізис – у 89 (89,0 %), фімбріопластика – у 66 (66,0 %), сальпінгонеостомія – у 24 (24,0 %), сальпінгоектомія – у 5 (5,0 %) пацієнток. У 4 пацієнток (4,0 %) операція обмежилась діагностичним етапом.

Для проведення реабілітаційних заходів пацієнтки були розділені на дві групи: перша одержувала загальноприйнятий традиційний комплекс реабілітаційних заходів; друга – запропонований нами спосіб реабілітаційної терапії. Групи були паритетними. Відбір пацієнток здійснювався методом рандомізації. Загальноприйняті реабілітаційні заходи включали: традиційну антибактеріальну терапію, створення „штучного асцити” розчинами декстранів, нестероїдні анальгетики, традиційну фізіотерапію (діатермія або електрофорез, фонофорез з медикаментами), розсмоктуючу терапію та біостимулятори. Запропонована нами методика реабілітації включала: перший етап – стаціонарно-амбулаторний: 1) інтраопераційно – гідротубація наприкінці операції озонним розчином та залишення його в черевній порожнині в кількості 20-40 мл; 2) з другого дня післяопераційного періоду ультрафіолетове опромінення автокрові пацієнток (3-5 сеансів) та призначення імуноглобуліну людського. Другий етап – амбулаторний: контроль прохідності маткових труб за допомогою гістеросальпінгографії (ГСГ) або повторної лапароскопії та проведення контрольованого зачаття або допоміжних репродуктивних технологій. Контрацепція застосовувалась тільки на першому місяці після операції. За настанням вагітності спостерігали протягом 12-24 місяців.

Нами проаналізовані наслідки проведених лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій (ЛРПО) у жінок з безпліддям трубного походження в двох групах пацієнток, в залежності від застосованого комплексу реабілітаційних заходів.

Частота відновлення прохідності маткових труб наведена в таблиці 1.

Таблиця 1. Стан маткових труб за даними ГСГ або повторної лапароскопії після проведених ЛРПО при різних ступенях оклюзії маткових труб (M±m)

Ступінь оклюзії маткових труб	Перша група			Друга група			P
	Кількість	відновлена прохідність		Кількість	відновлена прохідність		
		абс.	%		абс.	%	
I	7	6	85,7±8,9	6	5	83,3±8,7	>0,05
II	30	16	53,3±8,7	32	30	93,8±9,2	<0,05
III	10	6	60,0±8,2	9	5	55,6±6,7	>0,05
IV	3	1	33,3±4,2	3	1	33,3±4,2	>0,05
Всього	50	29	58,0±6,4	50	41	82,0±8,4	>0,05

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

Стадія спайкового процесу	Перша група			Друга група			P
	Кількість	вагітність		Кількість	вагітність		
		абс.	%		абс.	%	
I	8	3	37,5±9,3	11	9	81,8±9,2	<0,05
II	21	5	23,8±8,5	19	5	26,3±8,6	>0,05
III	15	1	6,7±4,7	14	1	7,1±8,9	>0,05
IV	6	0	-	6	0	-	-
Всього	50	9	18,0±5,2	50	15	30,0±5,4	>0,05

Як свідчать дані, наведені в таблиці 1, відновлення прохідності маткових труб в цілому відмічено у (58,0±6,4) % пацієнок першої групи і у (82,0±8,4) % пацієнок другої групи. Хоча, на перший погляд, в другій групі результати кращі, але різниця статистично невірогідна ($p>0,05$). Тільки при II ступені оклюзії маткових труб відмічена вірогідна ($p<0,05$) різниця в результатах відновлення прохідності маткових труб: в першій групі у (53,3±8,7) %, в другій – (93,8±9,2) %. Це свідчить про достатньо високу ефективність запропонованого нами комплексу реабілітаційних заходів у пацієнок з помірною оклюзією маткових труб, яка в структурі безпліддя трубного походження займає більше 50 %.

Частота настання вагітності після ЛРПО на маткових трубах у пацієнок з безпліддям трубного походження в залежності від різних стадій спайкового процесу в малому тазу наведена в таблиці 2.

Дані, наведені в таблиці, свідчать, що в другій групі пацієнок вагітність спостерігалась частіше ((30,0±5,4) %) в порівнянні з першою групою ((18,0±5,2) %) при $p>0,05$. Але ця різниця вірогідно недостовірною. Тільки при спайковому процесі I стадії частота настання вагітності в другій групі склала (81,8±9,2) %, що вірогідно частіше порівняно

з першою групою ((37,5±9,3) %) в 2,18 рази при $p<0,05$. Загальна частота настання вагітності за сумою двох груп склала 24,0 %, тобто в кожній п'ятій жінки.

ВИСНОВОК Застосований нами комплекс реабілітаційних заходів підвищує ефективність лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій при безплідді трубного походження з трубною оклюзією II ступеня та спайковим процесом I стадії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство / Под ред. профессора В.К. Чайки. – Донецк: ООО "Альматео", 2001. – 608 с.
2. Motoc A. Posibilitati si perspective on tratamentul sterilitatii feminine. Studii anatomoclinic si experimental on vederea transplantului de uter // Teze de doctorat, UMF Victor Babes Timisoara. – 2002. – Vol.32. – P.88-89; 141-150.
3. Виноград Н.О., Казановський О.Н. Роль хламідійної та змішаної інфекції в патології сечостатевих органів // Інфекційні хвороби. – 1998. – № 2. – С. 11-14.
4. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия. – М.: Мед. информ. агентство, 2002. – 782 с.
5. Савельева Г.М., Краснопольская К.В. Современные подходы к лечению женского бесплодия // Международный медицинский журнал. – 1999. – №1. – С. 130-139.