

Ендоскопія і мікрохірургія при безплідді в програмі допоміжних репродуктивних технологій

Л.М. РАК

Буковинська державна медична академія

ENDOSCOPY AND MICROSURGERY AT STERILITY AT THE PROGRAM OF SUPPLEMENTARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

L.M. RAK

Bucovynian State Medical Academy

Поряд з діагностичними можливостями, досліджено лікувальне значення гістероскопії в програмі лікування жінок з безпліддям методами допоміжної репродукції. Описано методики проведення корекції гістероскопічно діагностованої патології та обґрунтовано їх доцільність.

The author has studied the medical value of hysteroscopy along with the diagnostic possibilities in a program of treating women with sterility by means of the methods of supplementary reproduction. Techniques of implementing corrections of hysteroscopically diagnosed pathology have been described and their expediency has been substantiated.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження стану порожнини матки є важливим етапом обстеження жінок, які страждають безпліддям [1]. Сучасний розвиток допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) поставив питання про необхідність вибору скринінгового методу дослідження стану порожнини матки та ендометрія у пацієнток ще до початку програми ДРТ [2].

Дискутабельним є питання про необхідність застосування гістероскопії в програмі підготовки жінок до штучного запліднення [3,4,5,6]. Важливим є той факт, що дана проблема вивчається переважно зарубіжними науковцями.

При виборі і обґрунтуванні необхідності застосування тієї чи іншої методики в програмі ДРТ в основному розглядаються лише її діагностичні аспекти. Проте заслуговує на увагу питання необхідності одночасної корекції виявленої внутрішньоматкової патології і пов'язаних з цим можливостей гістероскопії.

Метою дослідження є встановлення лікувального значення гістероскопії в програмі підготовки пацієнток до ДРТ.

Матеріали і методи. Обстежено 36 пацієнток, у яких лікування безплідності здійснювалось

методами ДРТ. На етапі підготовки пацієнток до ДРТ проведена рідинна гістероскопія з прицільною біопсією ендометрія з використанням фізіологічного розчину натрію хлориду в якості оптичного середовища. Операції здійснювались за допомогою німецького гістероскопа фірми "Karl Storz" під внутрішньовенним знеболюванням. При гістероскопії проводили візуальну оцінку стану порожнини матки та ендометрія, при необхідності – гістероскопічну корекцію діагностованої патології. Додатково вивчали морфологічну та мікробіологічну картину біопатів ендометрія.

Вік жінок варіював від 26 до 43 років, період безплідності – від 3 до 22 років. У 16 пацієнток в анамнезі вже були безрезультатні спроби ДРТ (IVF, ICSI, штучні інсемінації).

Результати досліджень та їх обговорення. Отримані результати обстежень показали велику цінність гістероскопії як діагностичного та лікувального методу. З високою точністю діагностовано патологічні стани цервікального каналу, ендометрія та порожнини матки, які несумісні з процесами фізіологічної імплантації або порушують її, сприяють невиношуванню вагітності та утруднюють про-

ведення ДРТ. Гістероскопія з прицільною біопсією дозволила визначити локалізацію патологічних змін в порожнині матки та виявити характер вогнищевих змін ендометрія, взаєморозташування їх відносно один одного. Здійснена заключна діагностика цих патологічних станів, стадіювання синехій, оцінені топографо-анатомічні особливості локалізації патологічних осередків при поліфакторних внутрішньоматкових патологічних змінах, які, звісно, взаємообтяжують одні одних і потребують урахування при виборі лікувальної тактики. Слід зазначити, що жоден із сучасних методів діагностики внутрішньоматкової патології (трансвагінальна ехографія, метросальпінгографія, соногістерографія), які сьогодні використовуються на етапі підготовки жінок до ДРТ, і застосовувались у обстежених пацієнток з безрезультатними спробами штучного запліднення, не має таких можливостей. Результати дослідження стану ендометрія та порожнини матки розподілено на 4 групи: перша – зміни лише анатомічного стану порожнини матки; друга – зміни лише функціонального стану ендометрія; третя – поліфакторні зміни в порожнині матки; четверта – відсутність патологічних змін в порожнині матки.

Оперативний етап здійснено у 10 пацієнток. При оперативних втручаннях ми дотримувались обмеження застосування електричної гістерорезектоскопії і надавали перевагу механіко-хірургічним втручанням для запобігання травмування ендометрія з метою профілактики в майбутньому виникнення акушерської патології (синдрому затримки розвитку плода, щільного прикріплення і прирощення плаценти). Механіко-хірургічна корекція структурної патології здійснена у 7 жінок, електрохірургія застосована у 3-х пацієнток. У випадку застосування оперативної гістероскопії, пацієнтки профілактично інтраопераційно або в ранньому післяопераційному періоді отримували ципринол (по 200,0 мг в 200,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду двічі через 8 годин) внутрішньовенно.

При стенозі і деформації цервікального каналу ми використовували фіброгістероскопію в кінці менструації для більш чіткої візуалізації напрямку та ходу цервікального каналу. У однієї пацієнтки прохідність цервікального каналу відновлено механічним шляхом під час гістероскопії, в іншої жінки (в анамнезі плідоруйнівна операція) за два місяці до проведення гістероскопії була виконана пластика шийки матки, відкрито доступ до порожнини матки та сформовано цервікальний канал. Під час гістероскопії у даної пацієнтки діагностовано дефор-

мацію порожнини матки, звуження її у вигляді воронки, наявність щільних синехій. Корекція форми порожнини матки проведена інтраопераційно шляхом розширення її в поперечнику частково гострим (за допомогою мікроножиць), частково тупим шляхом, після чого в порожнину матки було введено Т-подібну ВМС, за допомогою гістероскопії перевірено ефективність її введення. В подальшому пацієнтка отримувала замісну гормональну терапію протягом 3-х місяців з гістероскопічним контролем за ефективністю лікування.

При тотальному поліпозі слизової під час операції проводилось повне вишкрібання стінок порожнини матки з гістероскопічним контролем за повнотою видалення поліпів. Невеликі поодинокі слизові поліпи видаляли за допомогою гістероскопічних щипців або мікроножиць разом з ніжкою поліпа, що забезпечило профілактику рецидивів.

При внутрішньоматковому адгезіолізісі тонкі синехії роз'єднували тубусом гістероскопа, при діагностиці щільних синехій застосовували механіко-хірургічну гістероскопію.

Гістероскопічна метропластика у пацієнток із діагностованою внутрішньоматковою перегородкою проводилась після лапароскопічної верифікації стану матки. Перегородку розсікали електрокоагулятором від каудального до фундального її краю з постійною візуалізацією вічок маткових труб.

У 9 жінок під час гістероскопії проведена корекція вогнищевої патології порожнини матки (видалення ділянок вогнищевої гіперплазії, звільнення трубних вічок від гіперплазованого ендометрія, запальних нашарувань, дрібних слизових поліпів, тонких синехій). Прицільне видалення ділянок гіперплазованого ендометрія при вогнищевій гіперплазії проводилось за допомогою гістероскопічних щипців або маленької кюретки лише в необхідному місці. При тотальній гіперплазії слизової проводилось її видалення без застосування електрохірургії з наступною морфологічною верифікацією діагнозу, з призначенням гестагенів в післяопераційному періоді протягом не менше 3-х місяців. Маніпуляції проводились під неодноразовим контролем гістероскопа за їх повнотою і якістю. Інтра- та постопераційних ускладнень не було у жодної пацієнтки.

Висновок. Гістероскопія, поряд із значними діагностичними можливостями, має важливе лікувальне значення при підготовці жінок з безпліддям до допоміжних репродуктивних технологій, оскільки дозволяє одразу провести необхідну хірургі-

ічну корекцію виявленої внутрішньоматкової патології.

При визначенні діагностично-лікувальних можливостей гістероскопії в подальшому планується

вивчення її можливостей в плані діагностики та формулюванні підходів до лікування мікробних уражень ендометрія у пацієнок перед штучним заплідненням.

ЛІТЕРАТУРА

1. Медведев М.В., Хохлин В.Л., Зыкин Б.И. Возможности эхогистероскопии в диагностике внутриматочной патологии // Ультразвуковая диагностика – 1998. – №2. – С. 6-12.
2. 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.
3. Ayida G., Chamberlain P., Barlow D. et al. Uterine cavity assessment prior to in vitro fertilisation: comparison of transvaginal scanning, saline contrast hysterosonography and hysteroscopy // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol.10, №1. – P. 59-62.
4. Golan A., Ron-El R., Herman A. et al. Diagnostic hysteroscopy: its value in in vitro fertilization / embryo transfer unit // Hum. Reprod. – 1992. – Vol 7. – P. 1433-1434.
5. Kim A.H., McKay H., Keltz M.D., Nelson H.P., Adamson G.D. Sonohysterographic screening before in vitro fertilization // Fertil. Steril. – 1998. – Vol.69. – P.841-844.
6. Shamma F.N., Lee G., Gutmann J.N., Lavy G. The role of office hysteroscopy in in vitro fertilization // Fertil. Steril. – 1992. – Vol. 58. – P. 1237-1239.