

# Тактика проведення допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після перенесених операцій на придатках матки

С.М. Кукурудз

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика  
Прикарпатський центр репродукції людини (м. Івано-Франківськ)

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки після оперативних втручань на органах репродуктивної системи мають бути скеровані на консультацію до лікаря-репродуктолога в спеціалізоване відділення для того, щоб оцінити їх репродуктивну функцію і, у разі потреби, розробити ефективні методи ведення таких жінок з метою відновлення фертильності в оптимальні терміни. Вдосконалена методика допоміжних репродуктивних технологій у цих пацієнток дозволяє знизити частоту жіночого безпліддя і підвищити ефективність настання бажаної вагітності.

**Ключові слова:** операції на придатках матки, допоміжні репродуктивні технології.

Останніми роками допоміжні репродуктивні технології все частіше використовуються у пацієнток з різними варіантами гінекологічної захворюваності, причому ефективність їх постійно підвищується [1–4]. У структурі різної гінекологічної патології, за наявності якої використовують допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), зростає роль різних оперативних втручань на придатках матки [2, 3]. При цьому тактика ведення цих пацієнток остаточно не відпрацьована, що є однією з причин недостатньої ефективності допоміжних репродуктивних технологій.

Жінки після застосування ДРТ належать до групи підвищеного ризику щодо різних акушерських і перинатальних ускладнень, у тому числі невиношування вагітності, та в разі початкової ендокринопатії унаслідок порушень оваріального резерву. Особливо це стосується пацієнток після перенесених операцій на придатках матки з приводу різної генітальної патології.

Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми ДРТ, не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані тактики ведення пацієнток, що перенесли різні операції на придатках матки, і профілактики у них акушерських і перинатальних ускладнень.

Усе вищевикладене стало для нас підставою для проведення наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

**Метою дослідження** було підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції в жінок з оперованими придатками на основі вивчення в них клініко-функціональних, ендокринологічних і ендоскопічних особливостей, а також розробити і впровадити комплекс лікувально-діагностичних заходів з використанням ДРТ.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено ретроспективне групове дослідження 342 пацієнток з безпліддям, які пройшли 435 циклів ДРТ у Прикарпатському центрі репродукції людини з 2008 по 2011 р. Із них 143 жінкам (57,5%), що мали в анамнезі оперативні втручання на придатках матки, було проведено 288 циклів ДРТ – основна група (1) дослідження.

Основна група була розподілена таким чином: 1А підгрупа – пацієнтки (73), що мали в анамнезі операції на яєчниках з при-

воду пухлиноподібних утворень. На підставі вивчення гінекологічного анамнезу дана група була розподілена на 3 підгрупи:

- підгрупа 1А-1 – 43 пацієнтки (59%), яким було проведено видалення ендометріюїдних кіст;

- підгрупа 1А-2 – 20 пацієнток (27,3%), в яких оперативні втручання були проведені з приводу фолікулярних кіст і кіст жовтого тіла;

- підгрупа 1А-3 – 10 пацієнток (13,7%) після хірургічного лікування синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ).

Контрольна група (група 2) включала 199 пацієнток з безпліддям, підібраних так, щоб ізолювано оцінити вплив оперативних втручань на результати ДРТ. Нижче представлені критерії підбору контрольних груп і розподілення їх на підгрупи:

2А підгрупа – 106 пацієнток, що мають на момент проведення ДРТ в одному або обох яєчниках пухлиноподібні утворення. Дана група далі так само була розподілена на 3 підгрупи:

- підгрупа 2А-1 – 56 пацієнток (52,8%), які мали ендометріюїдні кісти (середній розмір кіст становив  $2,8 \pm 1,3$  см);

- підгрупа 2А-2 – 36 пацієнток (34%), які мали функціональні кісти (фолікулярні, кісти жовтого тіла діаметром до 5 см, середній розмір становив  $4,3 \pm 1,1$  см);

- підгрупа 2А-3 – 14 пацієнток (13,2%) з мультифолікулярними кістами.

2Б підгрупа – 63 пацієнтки, які мали в анамнезі дво- або однобічні тубектомії, була розділена:

- підгрупа 2Б-1 – 28 пацієнток (44%), яким тубектомія була проведена перед проведенням програми ДРТ (група контролю для пацієнток після реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах і наявністю одно- або двобічного гідросальпінксу на момент проведення ДРТ);

- 2Б-2 підгрупа – 35 пацієнток (56%), яким тубектомія була проведена до звернення у відділення ДРТ.

Пацієнтки основної і контрольної груп за віком, тривалістю безпліддя, тривалістю менструального циклу, масо-зростовим показниками між собою достовірно не розрізнялися. Вік усієї когорти пацієнток з безпліддям був від 22 до 35 років і в середньому становив  $29,3 \pm 3,4$  року. Тривалість безпліддя всіх пацієнток становила  $7,1 \pm 3,4$  року.

Із гінекологічного анамнезу в 1Б підгрупі було встановлено, що провідною причиною, яка призвела до виконання реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах, була позаматкова вагітність – у 24 (43,7%), а також гідро-, сактосальпінкс – у 23 (41,8%), порушена прохідність маткових труб за даними ГСГ – у 8 (14,5%).

Причинами гідросальпінксу в 1Б-1 підгрупі були попередні оперативні втручання на маткових трубах, запальні захворювання органів малого таза, хронічний салпінгіт.

У 1Б підгрупі пацієнткам з патологією маткових труб проводилися органозберігаючі операції:

- фімбріолізис – 8 (14,5%);

- фімбріопластика – 19 (34,5%);

- сальпінгостомія – 28 (51%).

За ретроспективним аналізом 142 історій хвороби було встановлено, що пацієнтки в цілому перенесли 230 оперативних

втручань: з їх числа шляхом лапароскопії – 180 (78,2%) і шляхом лапаротомії – 50 (21,8%).

Дослідження є ретроспективним і проводилося відповідно до дизайну випадок–контроль. Як основна група (випадок) розглядалися пацієнтки з вагітністю, що настала після ДРТ. Як контроль розглядалися пацієнтки, в яких усі спроби ДРТ були невдалими.

Дані про раніше виконані хірургічні втручання збиралися на підставі анамнезу і виписок з історій хвороби пацієнток.

Проводилося порівняння вірогідності настання вагітності після ДРТ в основній і контрольній групі на підставі розрахунку відносного ризику і статистичного порівняння пропорцій.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, ендокринологічні, мікробіологічні, ендоскопічні і статистичні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі всіх операцій на придатках матки в жінок з безплідністю в 41% випадків були операції на яєчниках; у 26% – операції на маткових трубах і в 33% – поєднані операції на яєчниках і маткових трубах.

У пацієнток з безпліддям основними варіантами операцій на яєчниках були:

- двобічна резекція яєчників – 48%;
- одностороння резекція яєчника – 38,4%;
- діатермокаутеризація яєчників – 8,2%;
- одностороння овариєктомія – 5,4%

На маткових трубах:

- одно- (8,5%) та двобічна тубектомія (44,9%) – 53,4%
- реконструктивно-пластичні операції – 46,6%.

Перенесені операції на яєчниках і маткових трубах у пацієнток з безпліддям погіршують результати ДРТ, що виявляється меншою кількістю фолікулів (на  $3,2 \pm 0,5$ ), ооцитів (на  $4,1 \pm 0,7$ ) при більшій кількості препаратів, необхідних для індукції овуляції, що є результатом зниження оваріального резерву і погіршення кровопостачання яєчників.

Вірогідність настання вагітності у жінок з операціями на яєчниках і маткових трубах в анамнезі залежить від об'єму виконаної операції, рівня збереження здорової тканини яєчників і її здатності реагувати на проведення відповідної стимуляції, кількості, інтенсивності дроблення і здібності до імплантації перенесених у порожнину матки ембріонів.

Ефективність ДРТ вище у пацієнток з неоперованою патологією яєчників: у разі незначних розмірів ендометрію (37% – неоперованих і 17% – оперованих); при функціональних кістах яєчників (46% і 25%) і синдромі полікістозних яєчників (43% і 23%).

У пацієнток, що оперуються на маткових трубах, ефективність ДРТ вище після проведення тубектомії порівняно з реконструктивно-пластичними операціями: частота настання вагітності становить 45% після тубектомії і 30% – за наявності маткових труб, а частота імплантації 11% і 5% відповідно.

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати:

- пацієнткам з ендометріюїдними кістами (діаметром до 2–3 см), з функціональними кістами яєчників діаметром не більш 4 см рекомендується проведення лікування безпліддя методом ДРТ без попереднього хірургічного лікування;
- для пацієнток з безпліддям, що мають в анамнезі операції на яєчниках, чинниками, що підвищують вірогідність настання вагітності, є відмова від вичікувальної тактики і проведення ДРТ відразу після завершення хірургічного лікування;
- реконструктивно-пластичні (органозберігаючі) операції на маткових трубах у пацієнток з безпліддям є мало перспективними, тому що механічне відновлення прохідності маткових труб у хворих з безпліддям (гідросальпінкс, позаматкова вагітність)

призводять до рецидиву позаматкових вагітностей і гідросальпінксу, що диктує необхідність виконання тубектомії перед проведенням ДРТ.

- за наявності патології маткових труб (гідросальпінкс, функціональна неспроможність маткових труб після позаматкової вагітності) перед проведенням допоміжних репродуктивних технологій необхідне виконання двобічної тубектомії;

- усі пацієнтки після оперативних втручань на органах репродуктивної системи мають бути скеровані на консультацію до лікаря-репродуктолога в спеціалізоване відділення для того, щоб оцінити їх репродуктивну функцію і, у разі потреби, розробити ефективні методи ведення таких жінок з метою відновлення фертильності в оптимальні терміни.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність індивідуального підходу до проведення ДРТ у жінок з оперованими придатками (яєчники і маткові труби) в анамнезі. Отримані результати дозволили розробити алгоритм діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

### Тактика проведення допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток після перенесених операцій на придатках матки С.М. Кукурудз

Результати проведених досліджень свідчать, що пацієнтки після оперативних втручань на органах репродуктивної системи повинні бути направлені на консультацію до втручання-репродуктологу в спеціалізоване відділення для того, щоб оцінити їх репродуктивну функцію і, в разі потреби, розробити ефективні методи ведення таких жінок з метою відновлення фертильності в оптимальні терміни. Усовершенствована методика допоміжних репродуктивних технологій у цих пацієнток дозволяє знизити частоту жіночого бесплодія і підвищує ефективність настання бажаної вагітності.

**Ключевые слова:** операції на придатках матки, допоміжні репродуктивні технології.

### Tactics of carrying out auxiliary reproductive technologies at patients after the transferred operations on uterus appendages S.M. Kukurudz

Results of the spent researches testify, that patients after operative interventions on bodies of reproductive system should be directed on consultation of the doctor-reproduktologist to specialised branch to estimate their reproductive function and, in case of need, to develop effective methods of conducting such women for the purpose of restoration fertility in optimum terms. The advanced technique of auxiliary reproductive technologies at these patients allows to lower frequency of female barrenness and to raise efficiency of approach of desired pregnancy.

**Key words:** operations on uterus appendages, auxiliary reproductive technologies.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя / А.В. Бойчук, Н.В. Петренко, В.І. Коптюх [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2005. – № 4. – С. 57–58.
2. Вовк І.Б. Корекція гормональних порушень при поєднаних формах неплідності / І.Б. Вовк, А.Г. Корнацька // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 4. – С. 147–149.
3. Гістероскопічна оцінка стану мат- ки у жінок з порушеною репродуктивною функцією / Л.І. Іванюта, С.О. Іванюта, Н.І. Беліс [та ін.] // Актуал. пробл. акушерства і гінекології, клініч. імунології та мед. генетики: 36. наук. праць. – К.; Луганськ, 2010. – Вип. 4. – С. 181–187.
4. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2007. – № 5. – С. 2–6.