

Використання ендокхірургії в лікуванні маткового чинника безпліддя

А.Г. Корнацька, О.Г. Даниленко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

Наведені дані щодо лікування маткового чинника безпліддя з широким використанням ендокхірургічних методів. Підтверджена висока ефективність нестероїдних протизапальних препаратів у терапії супроводу в післяопераційний період.

Ключові слова: безпліддя, матковий чинник безпліддя.

Безпліддя – важлива медико-соціальна проблема, особливо актуальна для України з її 18% безплідних пар [1], що засвідчує негативний вплив на демографічний стан в країні. Запровадження нових методів лікування, вдосконалення існуючих та поєднання консервативних та хірургічних принципів корекції безпліддя дає можливість підвищити ефективність лікування.

Останнім часом відзначається тенденція до збільшення і суттєвого омолодження патології матки. У 10–45% жінок репродуктивного віку діагностують лейоміому матки. Поширеність даної патології становить 85% за даними патогістологічних досліджень. Слід зазначити, що в багатьох випадках встановлено поєднання кількох чинників, наприклад лейоміому матки та аденоміозу. Ураховуючи значний відсоток поширеності даної патології актуальність проблеми безсумнівна. Діагностика стану та необхідність корекції маткової патології диктує необхідність використання нових, удосконалених технологій.

В останні десятиріччя структура хірургічних втручань значно змінилась на користь малоінвазивної хірургії. Впровадження та постійне вдосконалення оперативної ендокхірургії пов'язані з науково-технічним прогресом та розвитком нових технологій. Ендокхірургія ввбрала в себе все найкраще, що протягом багатьох років створювала та вдосконалювала традиційна хірургія [2].

Основними перевагами малоінвазивної хірургії є зменшення крововтрати під час операції, мінімізація розрізів, короткий відновлювальний період, запобігання значній травматизації тканин та органів під час операції, зниження ризиків післяопераційних ускладнень та нетривалий час виконання даних втручань [3].

В оперативній гінекології існує умовне поняття «великих» та «малих» хірургічних втручань. До «малих» операцій, як правило, відносять втручання, що не потребують тривалого проведення та перебування хворого в умовах стаціонару, застосування ендотрахеального наркозу. Вони менш затратні та їх можна проводити як в умовах стаціонару, так і в амбулаторних умовах [4].

До таких операцій відносять: гістероскопію, роздільне діагностичне вишкрібання (РДВ), гістерорезектоскопію, абляцію ендометрія, біопсію шийки матки, електрокоагуляцію шийки матки, ампутацію шийки матки [5].

Гістероскопія (ГС) – огляд стінок порожнини матки за допомогою гістероскопа. Існує кілька видів гістероскопів залежно від товщини телескопа. Гістероскоп з діаметром телескопа 3,9 мм використовують для діагностичних та хірургічних маніпуляцій. ГС дозволяє за допомогою оптичних приладів оглянути канал шийки матки та порожнину матки для виявлення вад розвитку матки, фіброматозних

вузлів, онкологічних станів, причин порушень менструального циклу та кровотеч, в тому числі в менопаузі, а також для того, щоб мати уявлення про рельєф даних структур (деформована або недеформована порожнина), наявність або відсутність зміненої слизової оболонки, поліпів, вогнищ ендометріозу, а також дає можливість прицільного видалення внутрішньоматкової патології, видалення стороннього тіла, у разі безпліддя дає можливість визначити ступінь прохідності маткових труб, а також системної маніпуляції. Наступним етапом є РДВ, що дозволяє дослідити зміни слизової оболонки каналу шийки матки та ендометрія порожнини матки за допомогою патогістологічного дослідження отриманого зскрібка. Показаннями для використання цього методу є гіперплазія ендометрія, наявність лейоміому матки, аденоміозу, поліпів ендометрія, порушення менструального циклу, безпліддя (як один з пунктів підготовки до програми екстракорпорального запліднення – ЕКЗ).

Офісну ГС (товщина телескопа 1,8 мм) застосовують для діагностики, при більш коротких маніпуляціях, не потребує глибокого введення в наркоз.

Проте в практиці існують випадки, коли технічно важко або неможливо вирішити проблему за допомогою лише ГС, наприклад підслизовий міоматозний вузол, фіброзний поліп, тоді застосовують гістерорезектоскопію (ГРС), що має більше можливості, ніж ГС. Діаметр телескопа гістерорезектоскопа 7–9 мм, він додатково, крім оптики, оснащений електродом. Високочастотний змінний струм передається на металеву петлю, що дає можливість пошарово знімати змінені тканини – підслизові лейоматозні вузли, «щільні» поліпи. Високоєфективною є дана метода у разі маткових кровотеч у жінок в клімактеричний період і в період менопаузи, за неможливості оперативного втручання, для абляції патологічно зміненого ендометрія.

Патологія шийки матки, що потребує обстеження та корекції, входить до категорії «малих» хірургічних втручань. Проведення біопсії шийки матки при ерозії, лейкоплакції, дисплазії потребує як підготовки, так і подальшого знеболювання. За результатами біопсії проводять наступний етап електрокоагуляції або ампутації шийки матки.

Виконання наведених вище «малих» гінекологічних операцій передбачає перебування хворої в стаціонарі від однієї до двох діб і не супроводжується зниженням працездатності жінки.

У відділенні хірургічної реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «ІПАГ НАМН України» протягом останніх 5 років проведено понад 1500 «малих» малоінвазивних операцій. Середній вік обстежених жінок коливався в межах від 19,8 до 48,3 року, з них мешканок міст – 65,8%, сіл – 33,2%. Основні діагнози: лейоміома матки (47%), гіперплазія ендометрія (63%), аденоміоз з лейоміомою (35%), поліпи ендометрія (39%). Необхідно зазначити, що у 53% випадків відзначали поєднання патологій.

Усім жінкам проведено повне клініко-лабораторне обстеження (RW, HbsA, загальний аналіз крові, аналіз сечі, аналіз виділень, визначення групи крові та резус-фактора, біохімія крові, коагулограма, час згортання крові, ЕКГ, огляд

Застосування різних методик малоінвазивних втручань у пацієнток протягом 5 років, n (%)

Методика	2009 рік	2010 рік	2011 рік	2012 рік	2013 рік
ГС	15 (10)	19 (7,31)	27 (9)	45 (10,7)	58 (14,5)
Діагностичне вишкрібання	104 (69,3)	136 (52,3)	139 (46,3)	192 (45,7)	186 (46,5)
Офісна ГС	13 (8,7)	43 (16,54)	40 (10)	47 (11,2)	50 (12,5)
ГРС	-	45 (17,3)	86 (28,7)	112 (26,7)	74 (18,5)
Біопсія шийки матки	18 (12)	17 (6,55)	18 (6)	24 (5,7)	32 (8)
Усього	150	260	300	420	400

терапевта та анестезіолога, обстеження на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, – ІПСШ, бакпосів на флору та чутливість до антибіотиків).

У таблиці наведено дані 5-річного терміну «малих» хірургічних втручань

Як видно з даних таблиці, кількість ГС невинно зростає, так само, як і ГРС. Так, наприклад, в 2010 році було проведено 45 ГРС, а за шість місяців 2013 року – 74. Збільшилась кількість офісної ГС з 13 випадків у 2009 році до 50 випадків за перші 6 міс 2013 року.

У післяопераційний період з метою профілактики ускладнень використовували нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) – Німесил та Диклоберл. Диклоберл – похідний фенілоцтової кислоти, активна речовина препарату диклофенак натрію. Має виражений протизапальний ефект за рахунок блокування синтезу простагландинів. Діє як протизапальний, жарознижувальний та знеболювальний засіб, з максимальним ефектом, оскільки в 99% препарат зв'язується з білками крові.

При парентеральному (внутрішньом'язовому) введенні Стах в плазмі крові спостерігається через 10–20 хв. Після перорального вживання диклофенак всмоктується з кишечника повністю, а Стах в плазмі крові спостерігається через 1–16 год (у середньому – через 2–3 год). Супозиторій у разі введення в пряму кишку дає максимальну концентрацію в плазмі крові через 30 хв. Таким чином, застосування будь-якої форми даного препарату максимально ефективно в разі вживання протягом 3–6 днів.

Німесил (діюча речовина німесулід 100 мг) є НПЗП з класу сульфонамідів, який діє як інгібітор ферменту циклооксигенази, що відповідає за синтез простагландинів (ЦОГ-1, ЦОГ-2). При застосуванні препарату перорально добре всмоктується у травному тракті, досягаючи максимальної концентрації в плазмі крові через 2–3 год, а зв'язок з білками крові становить 97,5%, період напіввиведення – 3,2–6 год.

Застосування даних препаратів у пацієнток після проведення «малих» хірургічних втручань дало позитивні результати.

На тлі вживання Німесилу та Диклоберлу як у формі ін'єкцій, порошку так супозиторіїв не відзначено ускладнень, пов'язаних із хірургічними втручаннями. Ускладнення у вигляді загострення хвороби травного тракту було зафіксовано лише у 1,6% (21 хвора). Алергійних реакцій або явищ передозування не відзначено.

Для досягнення ефекту знеболювання, за необхідності, застосовували препарат Дексалгін у формі розчину для внутрішньовенного і внутрішньом'язового введення. Анальгезивна дія настає через 30 хв після парентерального введення. Тривалість анальгезивного ефекту після введення в дозі 50 мг складає 4–8 год. Добова доза складає 150 мг. Дексалгін внутрішньом'язово застосовують для нетривалого лікування гострого больового синдрому, в подальшому можливий перехід на пероральне застосування. У нашому дослідженні було виявлено ускладнення при внутрішньом'язовому введенні у 0,9% (біль у місці введення препарату, печіння), при пероральному вживанні Дексалгіну ускладнень не виявлено.

Использование эндохирургии в лечении маточного фактора бесплодия А.Г. Корнацкая, Е.Г. Даниленко

Представлены данные по использованию эндохирургических методов в лечении маточного фактора бесплодия. Подтверждена высокая эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов в терапии сопровождения в послеоперационный период.
Ключевые слова: бесплодие, маточный фактор бесплодия.

Using Endosurgery in the treatment of uterine factor infertility A.G. Kornatsky, E.G. Danylenko

The data on the use of endosurgical methods in the treatment of uterine factor of infertility. Confirmed effectiveness of support therapy in the postoperative period of NSAIDs.

Key words: infertility, uterine factor endosurgical methods.

Сведения об авторах

Корнацкая Алла Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-67

Даниленко Елена Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-67

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Основы репродуктивной медицины: [практическое руководство./ под ред. проф. В.К. Чайки]. – Донецк: ООО «Альматео», 2001. – С. 523–527.

2. Новые технологии в гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: Пантори, 2003. – 232 с.
3. Давыдов А.И., Бахтияров К.Р., Белоцерковцева Л.Д. Гистерорезектоскопия:

возможности и перспективы // Акуш. и гинекология. – 1997. – № 2. – С. 7–10.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. Диагностическая и хирургическая гистероскопия // Акуш.

и гин. – 1993. – № 4. – С. 55–59.
5. Стрижаков А.Н., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. / Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. – М.: Триада-Х, 2003. – 216 с.

Статья поступила в редакцию 14.06.2013

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

(один или несколько правильных вариантов ответов на каждый вопрос)

1. Безпліддя – це проблема

- демографічна;
- фізіологічна;
- медико-соціальна.

2. Який відсоток лейоміоми матки діагностують у жінок репродуктивного віку

- 2-5%;
- 10-45%;
- 60-80%.

3. Для малоінвазивної хірургії характерно:

- значна крововтрата;
- тривалий час виконання операцій;
- зменшення крововтрати, нетривалий час виконання операції.

4. До «малих» хірургічних втручань відносять:

- лапаротомію;
- холецистектомію;
- гістероскопію, гістерорезектоскопію, біопсію ендометрія і т.д.

5. Гістероскопія – це

- огляд стінок порожнини матки;
- огляд каналу шийки матки;
- огляд стінок піхви.

6. При гістероскопії проводять:

- резекцію лейоматозного вузла;
- абляцію ендометрія;
- огляд стінок порожнини матки, видалення поліпів, сторонніх тіл і т.д.

7. Який діаметр телескопа відповідає гістероскопу:

- 1,8 мм;
- 3,9 мм;
- 7-9 мм.

9. Офісну гістероскопію виконують з телескопом діаметром:

- 7-9 мм;
- 1,8 мм;
- 3,9 мм.

10. Показання для офісної гістероскопії:

- абляція ендометрія;
- видалення лейоміоми матки;
- діагностика та взяття біопсії.

11. Показання для гістерорезектоскопії:

- видалення лейоматозних вузлів;
- абляція ендометрія;
- усе наведене вище.

Для получения сертификата отправьте ксерокопию страниц с ответами вместе с контактной информацией по адресу редакции: 03039, Киев, ул. Голосеевская, 13, офис 6.

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ:

Ф.И.О. _____

Место работы _____

Должность _____

Почтовый адрес: индекс _____ Область _____

район _____

город _____

улица _____

дом _____ квартира _____

Телефон _____ **e-mail** _____