

Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок після різних методів оперативного лікування патології шийки матки

С.М. Николішін

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого підходу до використання допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією шийки матки з урахуванням наявності супутніх дисгормональних порушень. Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

Ключові слова: патологія шийки матки, допоміжні репродуктивні технології, оптимізація.

Частота безплідного шлюбу, за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників складає від 10% до 20% [1]. У структурі жіночого безпліддя різна генітальна патологія посідає основне місце, причому, найбільш частою патологією є захворювання шийки матки (ШМ), частота яких в репродуктивному віці досягає 30–40% [2]. Як свідчать дані сучасної літератури, причинами високої частоти патологічних змін ШМ у жінок репродуктивного віку є ранній початок статевого життя, інфікованість статевих партнерів, нерациональне використання різних методів контрацепції та ін. [3].

Основними методами лікування патології ШМ є консервативний і оперативний з широким спектром використання різних методик і модифікацій [5]. Лікування різних форм жіночого безпліддя у пацієнок з патологією ШМ викликає певні труднощі, які часто є однією з причин негативних результатів лікування [6].

Останніми роками в Україні широко використовують допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) при жіночому безплідді різного генезу, причому інколи тактика їхнього проведення стандартизована без урахування супутньої генітальної патології, у тому числі і захворювань ШМ, які були проліковані різними способами і методиками [7].

У зв'язку з наведеним вище, значний інтерес представляє вивчення особливостей проведення ДРТ у пацієнок цієї групи, а також розроблення тактики ведення у них ранніх термінів вагітності.

Мета дослідження: відновлення репродуктивної функції у жінок після застосування різних методів оперативного лікування патології ШМ на основі вивчення у них клініко-функціональних і морфологічних особливостей, а також удосконалення і впровадження алгоритму хірургічних і лікувально-профілактичних заходів з використанням ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети і вирішення завдань було проведено обстеження і лікування 96 пацієнок репродуктивного віку з безпліддям на тлі запально-дистрофічних і гіперпластичних процесів ендометрію.

Основну групу з 70 хворих склали жінки, яким було виконано лікування патології ШМ методами криодеструкції або радіохвильової хірургії (зокрема, методом криодеструкції

– 30 пацієнок, методом радіохвильової хірургії – 40 пацієнок); до групи порівняння увійшли 26 жінок, яким були виконані хірургічні операції, – кюретаж і бужування з приводу патології ШМ, що вивчається.

Лікування патології ШМ проводили на апараті «Сургітрон ТМ» фірми Ellman International (США) у таких випадках: деформація ШМ внаслідок післяпологових розривів, гіпертрофія ШМ, поліпи каналу ШМ, лейкоплакія ШМ, дисплазія ШМ I та II ступеня, конізація ШМ при дисплазії III ступеня, коагуляція вогнищ ендометріозу (субепітеліальний ендометріоз), гемангіоми слизової оболонки, кондиломи, папіломи статевих органів, у тому числі множинні ускладнені форми, ерозія ШМ.

Ми вважаємо, що метод радіохвильової хірургії є оптимальним, оскільки це атравматичний метод розрізу і коагуляції м'яких тканин за допомогою високочастотних хвиль. Радіохвильовий розріз виконують без фізичного тиску або дроблення клітин тканин. З електрода, в якості якого використовують вольфрамовий дріт, емітуються високочастотні хвилі. Ефект розрізу досягається за рахунок тепла, що виділяється при опорі, який здійснюють тканини проти проникнення високочастотної радіохвилі. Високочастотна енергія концентрується на кінчику електрода і підвищує утворення молекулярної енергії всередині кожної клітини, фактично випаровуючи клітину. Радіохвильовий розріз і коагуляцію виконують без руйнування тканин, чого не вдається уникнути при використанні електрохірургічних низькочастотних приладів. Отже, перевагами радіохвильової хірургії є швидкість лікування, відсутність електроопіку, прискорене і безрубцеве загоєння тканин. Результати радіохвильового лікування набагато перевищують результати після застосування традиційних методів лікування патології ШМ. Також важливою перевагою методу є практично відсутні стенозування й облітерація каналу ШМ.

Кріохірургічне лікування патології ШМ, що вивчається, проводили в таких випадках: ектопія циліндричного епітелію, хронічний цервіцит, лейкоплакія ШМ, дисплазія ШМ I та II ступеня.

З метою проведення криодеструкції застосовували апарат «Кріотон-3» методикою двоциклового заморожування, яка полягає в повторному заморожуванні тканини через 10–12 хв після першого.

Основними показаннями для проведення допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) 60 пацієнок були:

- 10 пацієнок з трубним фактором безпліддя (відсутність маткових труб або їхня непрохідність);
- 5 пацієнок із вираженим спайковим процесом органів малого таза;
- 10 пацієнок з порушенням функції яєчників, зокрема: порушення росту фолікулів та овуляції, з синдромом лютеїнізації фолікула, ендометріїдними кістами яєчника;
- 5 пацієнок, у яких безпліддя пов'язане з віком (жінки 36 років та більше) та передчасним виснаженням яєчників;

– 15 пацієнок, у яких провідним чинником було чоловіче безпліддя (обструктивна азооспермія, астенозооспермія, олігозооспермія, олігоастенотератозооспермія, ретроградна еякуляція, анеякуляція, еректильна дисфункція, імунологічні фактори та захворювання, які потребують генетичне обстеження для виключення вірогідності народження дитини зі спадковою патологією);

– 8 пацієнок – шийковий фактор (що включає в себе стриктурні зміни каналу ШМ);

– 7 пацієнок з поєднаними формами безпліддя (жіночий та чоловічий фактор).

При проведенні ДРТ в пацієнок з патологією ШМ ми використовували такі моменти:

– залежно від результатів обстежень, а саме даних цитологічного дослідження, кольпоскопії, даних гістологічного дослідження – пацієнтам додатково було проведено обстеження на HPV-високоонкогенні штами;

– після основних методів лікування (кріохірургічного та радіохвильового) було додатково призначено антибактеріальну, протівірусну та імуномодулювальну терапію;

– в певній групі пацієнтів було відмінено ембріотрансфер та проведена кріоконсервація ембріонів через рецидив захворювань та необхідність проведення повторного лікування.

ДРТ проводили в клініках: клініка репродукції людини «Альтернатива» та Медичний центр ПП «Клініка професора С. Хміля» за загальноприйнятими методиками [7].

Виходячи з принципу, що зіставлення ефективності вживаних методів лікування необхідно проводити на порівнянних групах хворих, ми вибрали групи пацієнок, подібних за віковим складом (від 19 до 36 років – репродуктивний вік).

З дослідження були виключені хворі з нейроендокринними синдромами, гострими і підгострими запальними процесами, доброякісними пухлинами матки і придатків і ендометріозом. На кожну пацієнтку заповнювали карту обстеження, яка дозволяла враховувати дані анамнезу, об'єктивного дослідження, додаткового методу дослідження, протоколи операцій.

Серед основних методів дослідження, використаних в роботі, ми виділяли такі:

– лабораторні методи дослідження: клінічний і біохімічний аналіз крові; оцінювання ендокринологічного статусу; дослідження згортальної системи;

– мікроскопічне дослідження виділень з піхви;

– інструментальні методи дослідження: оглядова рентгеноскопія органів грудної клітки і черевної порожнини; УЗД і доплерометричне дослідження внутрішніх статевих органів; магнітно-резонансна томографія органів малого таза; кольпо- і цервікокопія; гістероскопія;

– гістологічне дослідження матеріалу.

Для уточнення стану ШМ усім хворим виконували розширену кольпоскопію на бінокулярному кольпоскопі фірми SKANER colposcope MK-200, Україна. На початку дослідження здійснювали просту (оглядову) кольпоскопію, при якій визначали величину і форму ШМ і зовнішнього зіву, колір і рельєф слизової оболонки, особливості судинного малюнку, межу плоского і циліндричного епітелію. Для виявлення чіткіших кольпоскопічних картин на вагінальну частину ШМ наносили 3% розчин оцтової кислоти, а потім розчин Люголя (проба Шиллера). При відхиленні від нормальної кольпоскопічної картини брали мазки-відбитки з поверхні ШМ з подальшим цитологічним дослідженням [3].

Для виключення трубно-перитонеального і ендокринного безпліддя пацієнткам був запропонований комплекс обстежень. При підозрі на ендокринне безпліддя:

– вимірювання базальної температури в 2–3 послідовних циклах (діагностика форм інфертильності);

– рентгенографія черепа з візуалізацією турецького сідла, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія (виключити мікроаденоми);

– визначення в крові вмісту гормонів щитоподібної залози (Т3, Т4) і тиреотропного гормону (виключити гіпотиреоз);

– визначення базального рівня фолікулоstimулювального гормону (ФСГ) (первинна або вторинна яєчниковна форма безпліддя);

– тест толерантності до глюкози (виявлення порушення вуглеводного обміну).

Оцінювання ефективності проведеного лікування проводили через 2 міс після операції на підставі клінічних даних і трансвагінального УЗД, а також даних цервіко- і гістероскопії. Контрольна цервіко- і гістероскопія через 2–9 міс після операції була виконана у 32 пацієнок. З 70 пролікованих хворих контрольної групи рецидив захворювання відзначено в 18 випадках. Цій групі хворих через 1 міс виконано повторне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що патологія ШМ є однією з основних причин жіночого безпліддя, причому в 45,8% – первинного і в 54,2% – вторинного. Супутні порушення менструальної функції у цих пацієнок зустрічаються в 89,6%, а хронічні запальні процеси матки і придатків – в 33,4% відповідно.

У жінок із вторинним безпліддям після різних методів оперативного лікування патології ШМ має місце обтяжений репродуктивний анамнез за рахунок високої частоти артіфіційних (73,7%) і мимовільних абортів (44,7%), причому рівень запальних ускладнень після різних внутрішньоматкових втручань складає 86,4%.

Кольпоскопічна картина у жінок з безпліддям на тлі патології ШМ характеризується переважанням лейкоплакії (35,4%) і атрезії внутрішнього зіву (27,1%) в порівнянні з поліпами каналу ШМ (14,6%), плоскими папіломами (8,3%), ектопією циліндричного епітелію (7,3%), ретенційними кістами ШМ (7,3%). Частота різних форм поєднаної патології складає 15,7%.

При проведенні цервікокопії у жінок з безпліддям на тлі патології ШМ встановлено переважання фіброзних зрощень і рубцевих деформацій (37,1%) і поліпів каналу ШМ (27,1%) порівняно з доброякісними гіперпластичними процесами (20,0%) і фоновими захворюваннями ШМ (15,7%).

Основні параметри індукції суперовуляції в жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень:

– середня кількість циклів на одну пацієнтку за відсутності дисгормональних порушень складає $1,95 \pm 0,18$; за наявності – $4,13 \pm 0,38$ (більше в 2,1 разу);

– сумарна доза гонадотропнів була вище в 1,5 разу за наявності дисгормональних порушень у жінок з патологією ШМ;

– найбільша тривалість стимуляції відзначена за наявності супутніх дисгормональних порушень: $12,9 \pm 1,2$ і $11,3 \pm 1,4$ – за їх відсутності;

– за кількістю ооцитів найбільш високий показник мав місце за відсутності дисгормональних порушень: $14,5 \pm 1,6$ і $13,8 \pm 1,7$ за їх наявності;

– при оцінюванні товщини ендометрія в день перенесення ембріона найвищі параметри спостерігалися за наявності дисгормональних порушень – на $1,2 \pm 0,1$ мм більше, ніж за їх відсутності.

Клінічні результати ДРТ залежать від наявності супутніх дисгормональних порушень у жінок після різних методів оперативного лікування патології ШМ: частота

імплантації – вище в 1,7 разу, настання вагітності – в 2,0 разу і пологи живим плодом – в 2,1 разу.

ВИСНОВКИ

Таким чином, отримані результати свідчать про ефективність запропонованого алгоритму диференційованого

підходу до застосування допоміжних репродуктивних технологій у жінок з патологією шийки матки з урахуванням наявності супутніх дисгормональних порушень. Представлені дані дозволяють рекомендувати вдосконалений алгоритм для широкого використання в кабінетах і клініках репродуктології.

Оптимизация тактики вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток после различных методов оперативного лечения патологии шейки матки С.Н. Николишин

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предлагаемого алгоритма дифференцированного подхода к использованию вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с различной патологией шейки матки с учетом наличия сопутствующих дисгормональных нарушений. Представленные данные позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм для широкого использования в кабинетах и клиниках репродуктологии.

Ключевые слова: патология шейки матки, вспомогательные репродуктивные технологии, оптимизация.

Optimisation of tactics of auxiliary reproductive technologies at patients after various methods of operative treatment of a pathology cervix uterus S.N. Nikolishin

The received results testify to efficiency of offered algorithm of the differentiated approach to carrying out auxiliary reproductive technologies at women with a various pathology of cervix uterus taking into account presence accompanying dyshormonal infringements. The presented data allows to recommend advanced algorithm for wide use in offices and clinics reproductology.

Key words: pathology of cervix uterus, auxiliary reproductive technologies, optimisation.

Сведения об авторе

Николишин Светлана Николаевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; Медицинский центр ЧП «Клиника профессора С. Хмиля». E-mail svitlana3300@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гойда Н.Г. Стан та проблеми організації надання медичної допомоги жінкам з онкогінекологічною патологією / Н.Г. Гойда // Злоякісні новоутворення. – К.: Телеоптик, 2013. – С. 5–6.
2. Дубініна В.Г. Оптимізація лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії II / В.Г. Дубініна, Н.Г. Кузева // Репродуктивное здоровье женщины. – 2013. – № 5. – С. 216–217.
3. Значення місцевої протизапальної терапії для профілактики рецидивів передпухлинних захворювань шийки матки / [Сенчук А.Я., Шень Ю.М., Квартальний О.А. та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2013. – № 6. – С. 84–87.
4. Ключіна Л.Б. Цитологічний метод виявлення дисплазії епітелія шийки матки / Л.Б. Ключіна, Г.И. Кузіна, О.К. Клецкий // Лабораторное дело. – 2013. – № 3. – С. 55–57.
5. Лакатош В.П. Сучасні підходи до діагностики. Лікування та прогнозування захворювань шийки матки, асоційованих з папіломавірусною інфекцією: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / В.П. Лакатош. – К., 2001. – 21 с.
6. Радзинский В.Е. Эффективность радиохирургического лечения доброкачественных заболеваний шейки матки: мат. науч.– практ. конф. акушеров-гинекологов / В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц. – М., 2008. – С. 26–27.
7. Юзько О.М. Оптимізація допоміжних репродуктивних технологій у жінок з різною геніальною патологією / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Буковинський медичний вісник. – 2010. – № 2. – С. 78–83.

Статья поступила в редакцию 19.01.2015