

УДК 618.177-089.819

Маланчук Л.М., Кучма З.М., Флехнер В.М., Лимар Л.Є., Темченко О.І.

МАЛОІНВАЗИВНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНІЙ ФОРМІ БЕЗПЛІДНОСТІ**Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського**

МАЛОІНВАЗИВНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНІЙ ФОРМІ БЕЗПЛІДНОСТІ – Проводили мікрохірургічне лікування трубно-перитонеальної безплідності у 40 жінок. До операції визначали мікробний спектр і проводили етіотропне лікування. Виконували сальпінго- та сальпінгооваріолізис, сальпінгостомію та сальпінгонеостомію. Після мікрохірургічного втручання у 40 % випадків настала вагітність.

МАЛОІНВАЗИВНІ ОПЕРАТИВНІ ВМЕШТАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНІЙ ФОРМІ БЕСПЛОДИЯ – Проводили мікрохірургічне лікування трубно-перитонеального бесплодия у 40 жінок. Перед операцією визначали мікробний спектр і проводили етіотропне лікування. Виконували сальпінго- та сальпінгооваріолізис, сальпінгостомію та сальпінгонеостомію. Після мікрохірургічного втручання у 40 % пацієнток наступила вагітність.

MINI-INVASIVE OPERATIVE TREATMENT OF TUBO-PERITONEAL FORM OF INFERTILITY – Microinvasive treatment of infertility of 40 women was carried out. Microbiological spectrum was determined before operation and ethiotropial therapy was used. Salpingo- and salpingoovariolysis, salpingostomy and salpingoneostomy were performed. After microsurgical intervention pregnancy came in 40 % patients.

Ключові слова: трубно-перитонеальна безплідність, мікрохірургічне лікування, мікробний спектр, етіотропне лікування.

Ключевые слова: трубно-перитонеальное бесплодие, микрохирургическое лечение, микробный спектр, этиотропное лечение.

Key words: tubo-peritoneal infertility, microsurgical treatment, microbiological spectrum, ethiotropial therapy.

ВСТУП Проблема безплідності є важливою не лише медичною, а й соціальною проблемою репродуктивного здоров'я жінки. Однією з провідних причин у виникненні безплідності є перенесені запальні процеси. За даними літератури, близько 30-40 % хворих із хронічними запальними процесами страждають від безплідності, а 30 % – невиплоду вагітності [1, 2]. Останнім часом спостерігається тенденція до збільшення частоти запальних процесів придатків матки, що мають стертий чи в'ялий перебіг [3, 4]. Ситуація ускладнюється тим, що в окремих районах України значна група хворих після аварії на ЧАЕС перебуває під тривалим впливом малих доз радіації. Стан імунної системи, за даними деяких авторів, у цієї групи хворих змінений, що призводить до тривалого перебігу та виникнення рецидивів захворювання. Проте ці питання залишаються маловивченими, несуть у собі протиріччя і диктують необхідність пошуку нових методів лікування [5, 6].

Удосконалення існуючих методів лікування, розробка нових малоінвазивних оперативних втручань, лапароскопічних технологій та реабілітаційних заходів – один із шляхів покращення результатів лікування безплідності, особливо у жінок, що перебували під тривалим впливом малих доз радіації та захворювань незапальної етіології.

При хронічних запальних процесах в придатках матки частіше всього виявляються не моноінфекції, а переважно мікробні асоціації у різному поєднанні. Клінічна симптоматика захворювань змішаної етіології залежить від терміну та послідовності нашарування інфекції [7]. Причиною формування мікст-інфекції є неефективність антибактеріальної терапії, неправильно підібраний препарат, доза, режим приймання. При запальних процесах матки і придатків виділяють близько 20 різноманітних мікроорганізмів. Більшість авторів вважають, що основними збудниками гострих запальних процесів матки та придатків є гонококи та хламідії.

В умовах зниження імунітету, що є наслідком тривалої дії малих доз радіації, при мікст-інфекції виникає значне запалення, яке призводить до порушення нормальної структури і функції тазових репродуктивних органів з можливою втратою специфічних функцій жіночого організму, в тому числі до безпліддя [3, 4]. Виходячи з цього, ми вирішили

вивчити мікробний спектр у жінок із безплідністю, яким ми планували проводити лапароскопічні дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Під нашим спостереженням було 40 жінок з трубно-перитонеальною формою безплідності, яким ми провели ендокхірургічне лікування. У 13 із них була первинна, а у 39 – вторинна безплідність. У 34 пацієнток в анамнезі були запальні процеси придатків матки, у 4 раніше були видалені придатки з одного боку. Обстеження вмісту цервікального каналу показало, що поєднання хламідій із гонококом відмічається у 33,7 % пацієнток, із трихомонадою – 31,3 %, уреоплазмою – 19,1 %, хламідійно-кандидозна інфекція зустрічається у 9 %.

Очевидно, що один із цих агентів може бути пусковим механізмом, змінюючи функціонування локальних імунних факторів, готуючи сприятливий ґрунт для подальшого інфікування іншими мікроорганізмами. Найбільш небезпечні асоціації, в яких присутня трихомонада, тому що в ній тривалий час у життєздатному стані підтримуються мікроорганізми, захищені від імунних факторів та антибактеріальних препаратів. Постає питання, чи антибіотики широкого спектра дії, які часто призначаються, охоплюють саме той спектр мікробних асоціацій, що виділяються сьогодні, яким шляхом вводити препарати, враховуючи глибину проникнення інфекційного агента в тканини.

Залежно від виявленого збудника, ми проводили відповідне лікування, що включало антибактеріальну, антихламідійну, імунорегулюючу терапію. В комплекс лікування включали хофітол – рослинний препарат, який являє собою гепатопротектор, що має виражені детоксикаційні властивості, нормалізує ліпідний, білковий, азотистий і вуглеводний обмін. При полімікробній інфекції перевагу надавали препарату Зоксан-Т3, що являє собою поєднання 500 мг ципрофлоксацину та 600 мг тінідазолу. За наявності кандидозу призначали флюзак по 150 мг, для профілактики його при антибіотикотерапії цей препарат застосовували в дозі 50 мг на добу.

Клінічна діагностика трубно-перитонеальної безплідності достатньо складна. На основі ретельно зібраного анамнезу, результатів бімануального гінекологічного обстеження можна лише запідозрити наявність спайкового процесу (неправильне положення матки, обмежена можливість зміщення її). Тому, для діагностики ми застосовували трансвагінальне ультразвукове сканування з контрастуванням маткових труб, пертурбацію, гістеросальпінгографію. Незважаючи на високу інформативність цих методів, у деяких випадках вони не дають чіткої інформації про стан труб, а що стосується перитонеальної безплідності, то ними можна виявити лише непрямі її ознаки. Саме тому лапароскопія у цих ситуаціях є незамінним методом діагностики. За допомогою лапароскопії з високою точністю можна оцінити стан тазових органів – матки, труб, яєчників, їх взаємовідношення як одне до одного, так і до сусідніх органів, виявити наявність спайок у малому тазі. Для оцінки прохідності маткових труб ми проводили хромосальпінгоскопію, у разі непрохідності їх цим методом можна виявити місце оклюзії. Якщо розчин при хромоперфузії проходив вільно, то очевидно, що причиною непрохідності міг бути спазм труб. Вірогідність успіху пластичної операції залежить великою мірою від місця оклюзії. Поганою прогностичною ознакою є наявність внутрішньотубарних зрощень, які нерідко зв'язані з повторною оклюзією після операції чи позаматковою вагітністю. З успіхом реконструкції корелюють також протяжність і ступінь васкуляризації перитубарних спайок. У випадку проксимальної оклюзії при лапароскопії необхідно оцінити стан

дистальної частини труби і фімбрії, а також супровідні патологічні відхилення в порожнині таза. Вірогідність успіху пластичної операції при наявності ураження і в проксимальній, і в дистальній частині труби значно нижча. У разі проксимального закупорювання прохідність дистальної частини труби можна виявити лише шляхом ретроградної хромоперфузії через черевний отвір труби. Крім того, вигляд труби і супровідну патологію органів таза необхідно оцінювати сумісно, щоб виявити істинний стан функції маткових труб. Частота сприятливих результатів збільшується, якщо виходити із строгих критеріїв операбельності при оклюзіях маткової труби.

Як і при оперативних втручаннях з приводу запальних процесів, ми вважали за доцільне робити посіви матеріалу з труб і очеревини для отримання культур мікроорганізмів, щоб врахувати ці результати при проведенні післяопераційних реабілітаційних заходів. У ході операційної лапароскопії строго дотримувалися основних принципів мікрохірургії: ретельного гемостазу та мінімальних маніпуляцій з тканинами при роз'єднанні спайок.

Проведення хірургічного лікування безплідності лапароскопічними методиками дає можливість досягти високої частоти відновлення репродуктивної функції жінки. Ми проводили при трубно-перитонеальній безплідності наступні операції: сальпінгооваріолізис, фімбріолізис, сальпінгостомію, сальпінгонеостомію.

Операцію **сальпінгооваріолізису** проводили у випадку перитонеальної безплідності за наявності виражених спайок і зрощень, що викликають порушення анатомо-топографічних відношень між органами малого таза, перетискання труб, ізолюють яєчник від труби, що перешкоджає попаданню яйцеклітини в трубу. Реконструктивна операція передбачала не лише роз'єднання, але і видалення спайок. Це можуть бути як площинні спайки, так і тяжисті зрощення вздовж серозної оболонки труби та поверхні яєчника, а також спайки з найближчою ділянкою кишки та маткою. Особливу увагу звертали на дугласів простір, оскільки його стан може відігравати критичну роль у транспорті яйцеклітини від яєчника до протилежної труби, яка функціонує.

Для відновлення прохідності маткової труби у разі її оклюзії в дистальному відділі ампули проводили операції **сальпінгостомії**. Перед операцією виконували хромосальпінгоскопію для виявлення прохідності чи місця оклюзії. У разі непрохідності у ділянці труби, що знаходиться між матковим кінцем труби та місцем оклюзії утворюється розширення. Через стінку труби просвічується синій барвник, а місце у ділянці зрощення труби виявляється у вигляді білого рубчика.

При відсутності технічних умов для відновлення прохідності черевного отвору труби формування нового отвору труби більш доцільне, ніж відновлення анатомічного отвору в ділянці лійки. У такому випадку проводили операцію

сальпінгонеостомію. Техніка виконання та методика цієї операції ідентична сальпінгостомії. Згідно з прийнятою термінологією цю операцію можна кваліфікувати як створення нового черевного отвору з повною відсутністю фімбрії. Перед створенням отвору труби ми усували всі перитубарні і периваріальні спайки, а оголені поверхні перитонізували як при фімбріопластиці. Операцію завершували санацією ділянки оперативного втручання з метою профілактики спайок.

Із 40 жінок, яким ми проводили ендохірургічне лікування, у 24 випадках проведено сальпінго- та сальпінгооваріолізис, у 10 – сальпінгостомію і у 2 – сальпінгонеостомію. У 4 випадках були проведені комбіновані втручання – сальпінгооваріолізис та сальпінгостомія. Ми спостерігали за оперованими жінками упродовж 2-х років. За цей час у 16 із них наступила маткова вагітність (40%), у 2 випадках настала трубна позаматкова вагітність (табл. 1).

Таблиця 1. Результати мікрохірургічного лікування безплідності

Види операції	Кількість	Вагітність	
		Трубна	маткова
Сальпінгооваріолізис	24	-	10
сальпінгостомія	10	1	2
сальпінгонеостомія	2	1	-
Комбіновані операції	4	-	4
Всього	40	2 (5%)	16 (40%)

ВИСНОВКИ Мікрохірургічне лікування трубно-перитонеальної безплідності дає високий шанс настання вагітності. Однією з умов успіху при цьому методі лікування є правильна підготовка хворих: визначення мікробного спектра та цілеспрямоване етіотропне доопераційне лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е., Зурабиани З.Р. Лапароскопия в оперативной гинекологии //Акушерство и гинекология. – 1991. – № 2. – С. 69-74.
2. Балалыкин А.С. Прошлое и настоящее абдоминальной эндоскопической хирургии. // Эндоскопическая хирургия: Материалы конференции врачей Дальнего Востока и Сибири (Южно-Сахалинск 23-25 авг. 1993 г.): Тез. докл. – Южно-Сахалинск, 1993. – С. 5-11.
3. Василенко Л.В., Кривенко Л.І., Млінарч А.М. До питання патогенезу і діагностики хронічних неспецифічних сальпінгоофоритів //Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1992. – № 4. – С. 59.
4. Дубоссарская З.М. Иммунологические факторы как критерий регуляции генеративной функции организма //Иммунология и аллергия. – Киев, 1985. – вып. 19. – С. 76-78.
5. Бенедиктов Д.И. Полная и частичная кастрация женщин как исход лечения специфических воспалительных процессов при бесплодном браке //Актуал. вопросы бесплодного брака, обусловленного болезнями, передающимися половым путем: Тез. Свердловск, 1989. – с. 50-51.
6. Радиация и иммунитет человека / Под ред. Комиссаренко С.В., Зака К.П. К.: Наукова думка, 1994. – 112 с.
7. Савельев Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки. Методы диагностики, профилактики, терапии // Акушерство и гинекология. – 1990. – №1. – С. 67-75.

УДК 618.173–02:616.36–085]–097

Лимар Н.А., Маланчук Л.М.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ – Останніми роками триває активний пошук медикаментозних засобів для корекції порушень менструальної функції. Особливо ця проблема актуальна в молодому віці, коли ще не реалізована репродуктивна функція жінки і не завжди є доцільною гормональна терапія. Згідно з літературними даними,

близько 60 % жінок дітородного віку страждають дисменореєю [1,2]. Це захворювання супроводжується гормональною перебудовою в організмі, що є результатом незбалансованого виділення естрогенів, прогестерону та простагландинів. Ці зміни призводять до зниження імунної реактивності, загострення екстрагенітальної патології, виникнення вегетативних розладів, остеопенії.