

Гладчук І. З.

ОПЕРАТИВНА ЛАПАРОСКОПІЯ, "ЗОЛАДЕКС" (ГОЗЕРЕЛІН) ТА ПОВТОРНА ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДНИХ ХВОРИХ З ВАЖКИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Одеський державний медичний університет

ОПЕРАТИВНА ЛАПАРОСКОПІЯ, "ЗОЛАДЕКС" (ГОЗЕРЕЛІН) ТА ПОВТОРНА ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДНИХ ХВОРИХ З ВАЖКИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ – У 45 безплідних хворих з важким ендометріозом вивчена ефективність використання лапароскопічного, комбінованого (лапароскопія + "Золадекс") лікування і повторних лапароскопій. Протягом 12 місяців спостереження частота настання вагітності після первинного комбінованого склала відповідно 33% та 26%. Проведення повторних лапароскопій у хворих котрі не завагітніли після первинного лапароскопічного чи комбінованого лікування, підвищує сумарні результати лікування відповідно до 37% та 36%.

ОПЕРАТИВНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ, "ЗОЛАДЕКС" (ГОЗЕРЕЛИН) И ПОВТОРНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ – У 45 бесплодных больных с тяжелым эндометриозом изучена эффективность применения лапароскопического, комбинированного (лапароскопия + "Золадекс") лечения и повторных лапароскопий. В течении 12 мес. наблюдения частота наступления беременности после первичного лапароскопического и комбинированного лечения составила соответственно 26% и 33%. Проведение повторных лапароскопий у больных, которые не забеременели после первичного лапароскопического или комбинированного лечения, способствует повышению суммарных репродуктивных результатов соответственно до 37% и 36%.

OPERATIVE LAPAROSCOPY, ZOLADEX (GOSERELIN) AND SECOND-LOOK LAPAROSCOPY IN TREATMENT OF INFERTILE PATIENTS WITH SEVERE ENDOMETRIOSIS – Forty five infertile patients with severe endometriosis had been undergone laparoscopic (first group, n=34) and combined (laparoscopy and Zoladex, second group, n=11) treatment. The reproductive results were 26% and 33%, respectively. Using of second-look laparoscopy improved index of fertility to 37 (I group) and 36% (II group).

Ключові слова: лапароскопія, "Золадекс", ендометріоз, безпліддя.

Ключевые слова: лапароскопия, "Золадекс", эндометриоз, бесплодие.

Key words: laparoscopy, Zoladex, endometriosis, infertile.

ГнРГ, зокрема "Золадекса", після проведення лапароскопічного втручання. Також відсутні дані про ефективність повторного лапароскопічного лікування у тих хворих з важким ендометріозом, у яких після першої спроби лапароскопічного чи комбінованого лікування репродуктивні результати виявились невтішними.

Мета даного дослідження – вивчити ефективність лапароскопічного, комбінованого (лапароскопія+"Золадекс") лікування та повторних лапароскопій у безплідних хворих з важким ендометріозом.

Під нашим спостереженням протягом 1992-1996 рр. перебували 45 безплідних пацієнток з важким ендометріозом, верифікованим лапароскопічно. Це склало 21% від загальної кількості хворих з ендометріозом, які спостерігались у нашій клініці з приводу безпліддя протягом зазначеного часу. Згідно з класифікацією АТФ (1985 р.) оцінка важкості ендометріозу коливалась в межах 40-56 балів (в середньому 46,7±4,9). Середній вік хворих з важким ендометріозом достовірно не відрізнявся від аналогічного показника у хворих з мінімальним та середньої важкості ендометріозом та склав (28,7±6,9) років. Серед клінічних проявів у пацієнток з важким ендометріозом найчастіше зустрічались альгодисменорея (49%), диспареунія (31%), періменструальні кров'янисті виділення (19%) та безпліддя – у всіх. В той же час у 7 пацієнток окрім безпліддя інших проявів захворювання не було. Первинне безпліддя мало місце у 38(84%) жінок, вторинне – у 7(16%). Тривалість безплідного періоду коливалась в межах від 1 до 8 років. Більшість

обстежених пацієнок до моменту звернення в нашу клініку перенесли різноманітні діагностичні та лікувальні процедури, які серед іншого включали метросальпінгографії, численні гідротубації, різноманітні фізіопроцедури, застосування індукторів овуляції. У 9 пацієнок за 1-4 роки до звернення в нашу клініку проводилась гормонотерапія ендометріозу із застосуванням оральних контрацептивів та гестагенів.

результати досліджень та їх обговорення В результаті комплексного обстеження всіх досліджуваних пар у 19 (42%) з них були виявлені додаткові фактори безпліддя. У 13 (29%) сім'ях спостерігався чоловічий фактор, у 9 (20%) – трубний і/або перитонеальний, у 2(4%) – шийковий. Мюллерові аномалії були виявлені у 4(9%) жінок. Всі обстежені пацієнтки мали регулярний менструальний цикл. За даними дослідження базальної температури та вивчення гормонального фенотипу практично у кожній третій пацієнтки спостерігалась неповноцінна лютеїнова фаза. Однак порівняння середнього рівня прогестерону (П) в середині ІІ фази у обстежуваних хворих (П = (12,9 6,9) нг/мл; n=21) та у практично здорових жінок (П =(19,1 7,5) нг/мл; n=20) достовірної різниці не виявило. Рівні інших стероїдних гормонів (естрадіол, тестостерон) та фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів також не відрізнялись. В той же час рівень пролактину порівняно з практично здоровими жінками виявив помірне підвищення ($p<0,05$).

Для проведення лапароскопій застосовували набори ендоскопічного обладнання фірм “Olympus” (Японія) та “Martin” (Німеччина). Лапароскопії проводили під ендотрахеальним наркозом за типовою методикою накладенням пневмоперитонеуму, проколу для оптики та двох (рідко трьох) додаткових проколів для маніпуляторів в гіпогастральній ділянці. Ендоскопічну діагностику ендометріозу здійснювали на підставі виявлення ендометріозних вогнищ на тазовій очеревині та яєчниках та ендометріом яєчників. Для хірургічних втручань використовували електрохірургічну техніку в моно- та біполярному режимах та алюмоітрій гранатовий (Nd-YAG) лазер. В якості генератора лазерного випромінювання слугувала медична лазерна система “Medilas 4060” (Німеччина).

Лапароскопічне хірургічне втручання в зв'язку з ендометріозом у всіх обстежуваних пацієнок здійснювали в рамках первинної лапароскопії. Перитонеальні вогнища ендометріозу піддавали електрокаутеризації чи лазерній вапоризації. В окремих випадках здійснювали їх вирізання (ексцизію). Ендометріозні імплантати на яєчниках коагулювали чи вапоризували їх оболонку після евакуації вмісту. В зв'язку із спайковим процесом органів малого таза практично у всіх пацієнок (88%) доводилось виконувати адгезіолізис та сальпінгооваріолізис. Оскільки важкий ендометріоз часто вражає стінки порожнинних органів (кишечник, сечовий міхур, сечоводи) слід проявляти обережність, щоб не пошкодити їх. Фімбріопластики з одного боку були проведені у 4 жінок, з обидвох – у 3, сальпінгостомії з одного боку – у 3, з обидвох – у 2. У всіх пацієнок з Мюллеровими аномаліями одночасно проводилась гістероскопія. У двох з них проведений розтин вертикальної перетинки піхви, ще у двох хворих з неповною перетинкою матки – гістероскопічна метропластика. У 35 пацієнок здійснювали передопераційне профілактичне введення антибіотиків. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі склала (2,73 0,75) днів. післяопераційне медикаментозне лікування із застосуванням “Золадекса” проводили у пацієнок з глибокими ендометріозними вогнищами в ділянці стінок порожнинних органів (товста кишка, сечовий міхур або сечоводи) та у випадках, коли відносно цілковитої ліквідації всіх ендометріозних гетеротопій хірургічним шляхом залишались сумніви. Загалом терапія “Золадексом” була проведена в 11 пацієнок в кількості від 2 до 4 ін'єкцій (в середньому три). У всіх пацієнок, які отримували “Золадекс”, додаткові фактори безплідності були відсутні.

Результати лікування оцінювали у 19 пацієнок, які перенесли лапароскопічне лікування (І група), та в 11 хворих, які отримали комбіноване лікування (ІІ група). Тривалість періоду спостереження на першому етапі склала не більше 12 місяців з моменту проведення операції або з часу спонтанного відновлення менструації після останньої

ін'єкції "Золадекса". Окрім частоти та швидкості настання вагітності оцінювали динаміку тазового болю та зміни рівня прогестерону.

У I групі протягом зазначеного періоду спостереження у п'яти пацієнток настало 6 (26%) вагітностей, у II групі – у 3 жінок – 3 (33%) вагітності. Три вагітності у I групі настали на четвертому місяці спостереження, по одній – на третьому, п'ятому та дев'ятому місяцях. У II групі найбільш результативним виявився третій місяць – дві вагітності; ще одна пацієнтка завагітніла на сьомому місяці спостереження.

Як у першій, так і у другій групах в результаті проведеного лікування протягом перших трьох місяців спостереження відзначено повне затухання альгодисменореї та диспареунії. Рівень прогестерону у середині лютеїнової фази першого після закінчення лікування менструального циклу порівняно з показником до початку лікування в I групі залишився без достовірних змін (до початку лікування: $P=(14,9\pm 6,5)$ нг/мл, $n=15$; після лікування: $P=(19,2\pm 7,6)$ нг/мл; $n=14$, $p>0,05$), у II групі – проявив тенденцію до зниження (відповідно $P=(15,7\pm 6,2)$ нг/мл, $n=9$, та $(10,6\pm 3,7)$ нг/мл, $n=9$; $p>0,05$).

У 7 пацієнток I групи та у 4 жінок II групи (з кількості тих, котрі не завагітніли після першого лікування) через 10-12 місяців з моменту закінчення первинного лікування були проведені повторні лапароскопії. Лапароскопічні дані продемонстрували відсутність яких-небудь вогнищ тазового ендометріозу в обидвох групах. У всіх пацієнток мав місце спайковий процес в області малого таза – від мінімального до помірного (за класифікацією J.Hulka). В ділянці придатків матки у хворих обидвох груп були виявлені тонкі невазуляризовані спайки. У двох жінок першої групи та у однієї пацієнтки другої групи мала місце двостороння дистальна трубна оклюзія за типом "фімозу". В рамках повторних лапароскопічних втручань було проведено адгезіолізис, сальпінгооваріолізис та фімбріолізис. Протягом наступних 7-12 місяців спостереження вагітності настали у двох пацієнток I групи та в однієї хворої II групи. З урахуванням результатів первинного лікування заключний показник частоти настання вагітності у хворих, котрі лікувались лише лапароскопічно, склав 37%, а у пацієнток, котрі отримували комбіноване лікування, – 36%.

Із 8 вагітностей у пацієнток I групи три закінчились пологами в строк, одна – передчасними пологами живою недоношеною дитиною, дві вагітності прогресують, та дві перервались самовільним викиднем у першому та другому триместрах гестації. У другій групі три вагітності закінчились народженням живих доношених дітей, одна вагітність перервалась викиднем.

Висновки 1. Частота настання вагітності у безплідних пацієнток з важким ендометріозом після первинного комбінованого (лапароскопія+"Золадекс") лікування вища, ніж після первинного лапароскопічного лікування та складає відповідно 33% та 26%. **2.** Застосування "Золадекса" після лапароскопічного втручання дозволяє підвищити ефективність лікування безплідних хворих з глибокими ендометріозними вогнищами, локалізованими у ділянці порожнинних органів, та у випадках відсутності впевненості у повній ліквідації вогнищ ендометріозу хірургічним шляхом. **3.** Проведення повторних лапароскопій у безплідних хворих з важким ендометріозом, котрі не завагітніли після первинного лапароскопічного чи комбінованого лікування, підвищує сумарні результати лікування відповідно до 37% та 36%.

1. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. Проблемы и перспективы лечения бесплодия в браке / Акуш. и гин. - 1997. - N3. - С. 5-9.

2. Speroff L., Glass R.H., Kase N.C. Clinical Gynecologic, Endocrinology and Infertility /Fifth Edition / Baltimore: Williams & Wilkins, 1994. - P.841-871.