

УДК 618.177:618.14-072.1-059:618.177-089.888.11

О.М.Коробко

## РОЛЬ ГІСТЕРОСКОПІЇ ДЛЯ ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ ПЕРЕД ЗАПЛІДНЕННЯМ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
Український державний інститут репродуктології

**Резюме.** Оцінено ефективність застосування гістероскопії для виявлення причини безпліддя. Проаналізовано частоту виявленої патології та ефективність лікувальних заходів, здійснених під час гістероскопії. Доведено позитивний вплив комплексної діагностики.

**Ключові слова:** безпліддя, діагностична та оперативна гістероскопія, пригравідарна підготовка до запліднення.

**Вступ.** Гістероскопія на сьогоднішній день стала більшим, ніж просто внутрішньоматковим дослідженням, це доступ до органозберігаючих операцій, які є альтернативними традиційним гінекологічним операціям на матці [1, 4]. У випадках часткового інтрамурального розташування вузла застосовуються спеціальні методи, що дозволяють провести видалення вузла за одну або декілька послідовних операцій [2, 5]. Тотальне інтрамуральне розташування вузла всіма дослідниками визнано протипоказанням для трансцервікальної електрохірургічної резекції [6]. Деякі автори пропонують певні обмеження застосування гістерорезекції субмукозних вузлів: діаметр вузла перевищує 5 см [2, 3]; матка збільшена до строку 14 і більше тижнів вагітності [3]. Інші автори, удосконалюючи методи підготовки хворих і технологію самого втручання, не пов'язують можливості проведення гістерорезектоскопії із розмірами вузла [4, 6]. Загальноприйнятими показаннями до резектоскопії з приводу міоми є: необхідність у збереженні фертильності, порушення репродуктивної функції, викликані наявністю субмукозного вузла, патологічні маткові кровотечі, тяжка екстрагенітальна патологія, що унеможливило проведення радикальних оперативних втручань [1, 5].

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність застосування гістероскопії для виявлення причини безпліддя та проаналізувати частоту виявленої патології.

**Матеріал і методи.** Обстежено 52 жінки із безпліддям. Для проведення ендоскопічних внутрішньоматкових оперативних втручань ми застосовували спеціалізоване обладнання, що складається з: гістерорезектоскопа, джерела світла, системи візуалізації, апарата для інсуфляції рідких середовищ (гістеромат), електрохірургічного генератора та аксесуарів фірми «Karl Storz» (Німеччина) з оптичним тубусом гістероскопа діаметром 4 мм, довжиною 30 см та кутом зору 12°. Як рідину для розтягання порожнини матки застосовували неелектролітний низькомолекулярний 5 % розчин глюкози.

У пацієнок, що страждали безпліддям, оцінювався час настання вагітності з моменту проведення гістерорезектоскопічної міомектомії,

враховувався характер та тип ускладнень перебігу вагітності.

Критеріями порівняльної ефективності лікувально-профілактичних та реабілітаційних методик в основній та контрольній групі вважали: корекцію порушень менструальної функції, настання вагітності при безплідді, відсутність ультразвукових ознак субмукозної міоми матки.

Проводили морфологічне дослідження макропрепаратів (ділянки субмукозних вузлів міоми матки різної величини і локалізації), видалених під час гістерорезектоскопії. Залежно від морфологічних особливостей виділяли звичайну лейоміому, лейоміому із вираженими дистрофічними змінами (набряк, гіаліноз, некроз та некробіоз), клітинну лейоміому.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всього виконано 52 діагностично-лікувальних гістероскопій пацієнткам із первинним та вторинним безпліддям для уточнення причини. Вік жінок від 26 до 44 років.

Під час гістероскопії виявлена наступна маткова патологія (рис. 1, 2, 3):

- поліпоз ендометрія – 23
- гіперплазія ендометрія – 12
- атипова гіперплазія ендометрія – 1
- аденоматозний поліп ендометрія – 3
- фіброміома матки з підслизовим вузлом – 3
- аномалія розвитку матки (сідлоподібна) – 1
- синехії – 1
- поліп церві кального каналу – 2
- дисплазія ендометрія – 2
- без патології – 6.



Рис. 1. Підслизовий вузол



Рис. 2. Дифузний поліпоз

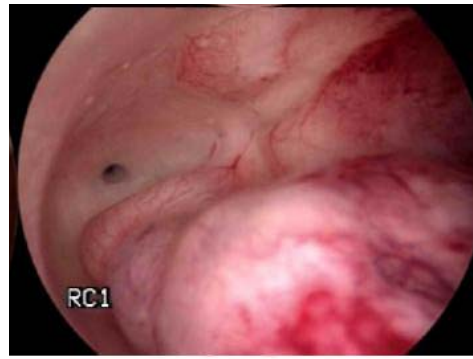


Рис. 3. Аденоматозний поліп ендометрія

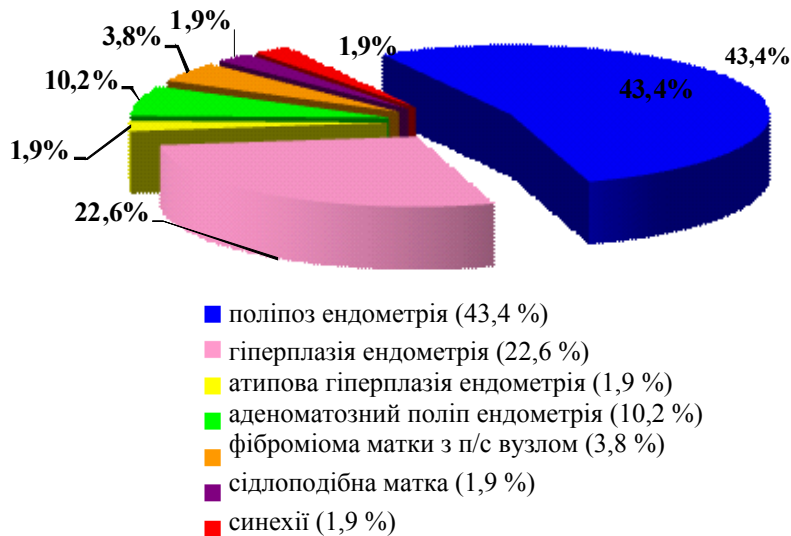


Рис. 4. Частота виявлення внутрішньоматкової патології

Поєднані форми гіперпластичних процесів ендо- та міометрія спостерігались у 12,3 % пацієнток (рис. 4). У 23,3 % випадків гіперпластичні процеси матки включали поєднання поліпів і гіперплазії ендометрія, а лише в 1,8 % – гіперпластичні процеси ендометрія, міому матки й аденоміоз, що створює передумови для використання в даній категорії жінок малоінвазивних ендоскопічних методик хірургічного лікування. Гістероскопічне лікування поєднаних гіперпластичних процесів матки характеризується високою ефективністю з частотою позитивних результатів від 90,5 % (після гістероскопічної абляції) до 95,1 % (після комбінованої методики) та найбільшим відсотком післяопераційної аменореї внаслідок використання резекційної (72,3 %) та комбінованої (79,1 %) методик втручання. Застосування комбінованої гістероскопічної методики операцій супроводжується меншою кількістю ускладнень у найближчому періоді: порівняно з абляційною методикою – вдвічі, з резекційною – у 2,5 рази та, на відміну від ізольованого резекційного втручання, не проявляється в післяопераційному періоді, пов'язаному із потраплянням промивної рідини в черевну порожнину болючістю в гіпогастральних ділянках.

#### Висновок

Гістероскопічне лікування жінок із безпліддям при поєднаних гіперпластичних процесах

ендо- та біометрія дозволило оптимізувати тактику обстеження та лікування даної категорії пацієнток, покращати найближчі та віддалені результати лікування пацієнток, знизити економічні витрати та підвищити ефективність подальшого запліднення.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальше вдосконалення лікувально-профілактичного комплексу та гістероскопічних органозберігаючих операцій дозволить підвищити ефективність відновлення репродуктивної функції в жінок із безпліддям та настанню спонтанних вагітностей.

#### Література

1. Адамян Л.В. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста / Л.В.Адамян, З.Р.Зурабиани, С.И.Киселёв // Акуш. и гинекол. – 2005. – № 3. – С. 40-43.
2. Адамян Л.В. Роль гистероскопии и гистерорезектоскопии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Л.В.Адамян, С.Е.Белоглазова: материалы Международного конгресса ["Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки"]. – М., 2003. – Т. 3. – С. 63-70.
3. Василевская Л.Н. Оперативное лечение подслизистой миомы матки у женщин репродуктивного возраста / Л.Н.Василевская, Г.И.Пан-

- кина // Современные принципы реконструктивно-восстановительной хирургии в гинекологии. – М., 2004. – С. 69-73.
4. Гладчук І.З. Репродуктивні наслідки у жінок, які перенесли консервативну міомектомію / І.З.Гладчук, О.Я.Назаренко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 3 (23). – С. 104-106.
  5. Рак Л.М. Обґрунтування необхідності застосування гістероскопії у жінок з безпліддям на етапі підготовки їх до допоміжних репродуктивних технологій / Л.М.Рак // Вісн. наук. досліджень. – 2004. – № 2. – С. 120-122.
  6. Birinyi L. Follow-up study on the effectiveness of transcervical myoma resection (TCRM) / L.Birinyi, N.Kalamász, A.G.Juhász // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2004. – № 113 (1). – P. 78-82.

### РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ ДЛЯ БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН ПЕРЕД ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ

*О.М.Коробко*

**Резюме.** Оценено ефективність применения гистероскопии для уточнения причин бесплодия. Проанализировано частоту выявленной патологии, а также эффективность лечебных мероприятий, проведенных во время гистероскопии. Доведен положительный эффект комплексной диагностики.

**Ключевые слова:** бесплодие, диагностическая и оперативная гистероскопия, оплодотворение.

### THE ROLE OF HYSTEROSCOPY WHILE PREPARING INFERTILE PATIENTS FOR FERTILIZATION

*O.M.Korobko*

**Abstract.** The efficiency of hysteroscopy for detecting the causes of infertility has been evaluated. The frequency of the detected pathologies and the efficiency of treatment carried out during hysteroscopy have been analyzed. A positive influence of comprehensive diagnostics has been corroborated.

**Key words:** infertility, diagnostic and operative hysteroscopy, pre-gravidary preparation for fertilization.

P.L.Shupyk National Medical Academy of Post-Graduate Education (Kyiv),  
Ukrainian State Institute of Reprudoctology (Kyiv)

Рецензент – проф. О.А.Андрієць

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 3 (59). – P. 43-45

Надійшла до редакції 20.05.2011 року