

МРНТИ 76.29.48

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Т.К. Кудайбергенов, Д.В. Джакупов, Ж.У. Султанова, Д.Д. Шардарбекова, Ф.А. Кусаинова, Н.Б. Карабеков,
Б.С. Садыкова, З.Е. Барманашева, И.Н. Каримжанов

Институт репродуктивной медицины
Казахский медицинский университет непрерывного образования
Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

Проведена оценка эффективности органосохраняющих операций у женщин с бесплодием. Операции были проведены пациенткам с трубно-перитонеальным бесплодием, с бесплодием в сочетании с миомой матки, эндометриозом, внематочной беременностью.

Ключевые слова: органосохраняющие операции, миома матки, эндометриоз, бесплодие, трубно-перитонеальное бесплодие, внематочная беременность.

Регулирование рождаемости – одна из наиболее важных задач каждого государства и основной фактор обеспечения нормальных условий жизни людей. Наряду с угрозой перепроизводства населения на планете существует и другая проблема — увеличение числа бездетных семей. При невысоком уровне рождаемости в высокоразвитых странах рост бесплодия неблагоприятно сказывается на демографических показателях. Средняя частота бесплодия в мире составляет 10-25%, в Казахстане бесплодие находится на уровне 15%[1].

По данным ВОЗ, причины бесплодия подразделяются на трубно-перитонеальные, эндокринные и являются следствием различных гинекологических заболеваний. Трубно-перитонеальный фактор имеет место в 41-85%, поликистозные яичники у 11-16% женщин с бесплодием, в 20% миома матки может быть причиной бесплодия, Сочетание миомы матки с трубно-перитонеальным бесплодием, генитальным эндометриозом, синдромом поликистозных яичников отмечено у 40-60% больных. Пациенткам с бесплодием широко применяют органосохраняющие операции для сохранения детородной и менструальной функции при опухолях матки, придатков и внематочной беременности, а для уменьшения развития спаечного процесса все шире применяется лапароскопия[2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить эффективность органосохраняющих операций у пациенток с бесплодием

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ 15.000 операций, выполненных лапароскопическим и лапаротомическим доступом. Операции были проведены в гинекологическом отделении Института репродуктивной медицины (ИРМ) с 2011-2018 годы. В клинике проведены клинико-anamnestические исследования, применены

эндоскопические методы, использованы цитологические, патоморфологические, статистические методики исследования.

Основная задача органосохраняющих операций (ОСО) – сохранение матки и придатков хотя бы с одной стороны. При неэффективности ОСО проводилось экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В структуре женского бесплодия, требующего хирургического вмешательства около 35% составил трубный фактор. Анализ данных показал, что хирургия является эффективным методом лечения пациенток с трубным бесплодием, который позволил достичь беременности естественным путем до 30% случаев. Для устранения трубно-перитонеального фактора бесплодия были проведены эндоскопические реконструктивно-пластические операции (сальпингоовариолизис, фимбриопластика, стоматоластика). Проведение лапароскопии у женщин с бесплодием неустановленного происхождения позволило установить трубно-перитонеальный фактор (спаечный процесс, гидросальпинкс) или эндометриоз.

Реже выявлялась миома матки. Миома матки – наиболее часто встречающаяся опухоль у женщин репродуктивного возраста. В наших исследованиях большую долю причин бесплодия 60,5% составили сочетанные формы бесплодия с миомой матки – 18%, с эндометриозом различной локализации и форм 32% , с образованиями в яичниках 6% , эндокринные формы - 4,5%. Для повышения эффективности ОСО в 100% у женщин с бесплодием с миомой матки проводилась миомэктомия. При больших размерах миомы в некоторых случаях проводились лапаротомные доступы (1,1%). Размеры матки доходили до 36 недель беременности, максимальное количество удаленных узлов было 95. В 100% удалось выполнить органосохраняющие операции, однако в каждом

втором случае операции сопровождалась кровотечением, что требовало восполнения объема циркулирующей крови, переливанием компонентов крови, эритроцитарной массы. Такие операции возможны при подготовке опытного медицинского персонала, готовности к оказанию необходимой медицинской помощи. Эффективность хирургического лечения бесплодия в сочетании с миомой матки составило около 70%, при неэффективности лечения проводились ЭКО.

За последнее время ежегодно увеличивается доля оперативных вмешательств с удалением очагов глубокого инфильтративного эндометриоза (ГИЭ). В наших исследованиях эти пациентки составили 14% из 32% всех пациенток с эндометриозом. Эндометриоз относится к группе опухолевидных процессов дисгормональной природы, способных к малигнизации. Многочисленные исследования доказывают наличие рака яичников в 5-10% всех случаев эндометриоза и регистрируют эндометриоз у 4-29% пациенток, больных раком яичников [5-7]. Одним из наиболее тяжелых и агрессивных проявлений эндометриоза является глубокий инфильтративный эндометриоз (Deep infiltrating endometriosis), когда отмечается инвазия эндометриоидных имплантатов более 5 мм в пораженную ткань. Эндометриоз поражает кишечник, крестцово-маточные связки, ректовагинальную перегородку и мочевые пути в 5-40% случаев эндометриоза. ОСО при эндометриозе были показаны при бесплодии, для уменьшения интенсивности боли, для удаления очага эндометриоза, для предотвращения прогрессирования и рецидива заболевания. ОСО желательно проводить однократно. Наличие у пациентки эндометриоза не только снижает частоту успешной имплантации, но и качество получаемых яйцеклеток из-за негативного влияния на них веществ, вырабатываемых эндометриомами. Эндометриоз сам по себе часто является причиной бесплодия и поэтому особенно важно выполнить диагностическую, а иногда и лечебную лапароскопию перед проведением ЭКО, так как это повышает шансы наступления беременности в естественном цикле. При ГИЭ выполняли резекцию яичников с вылушиванием капсулы кисты, были освобождены от спаек маточные трубы, яичников, матки, иссечение эндометриоидных инфильтратов с кишечника, мочевого пузыря, мочеточников. Эти операции считаются одними из сложнейших в эндоскопической

гинекологии. Непременным условием эффективности хирургического лечения эндометриоза, миомы матки является применение гормонотерапии после операции в течение не менее 2-3-х месяцев во избежание рецидивов, поскольку гарантии полного удаления очагов эндометриоза быть не может. Правильное выполнение операций, послеоперационная гормональная терапия позволила в 100% избавить женщину от болей, в 16,9% решить репродуктивную функцию [8]. Хирургический метод эффективен в большинстве случаев (пациентка должна быть прооперирована однократно и в оптимальном объеме, предпочтительный доступ лапароскопический, операцию желательно выполнять в лютеиновую фазу). Хирургическое лечение имеет ограничения: риск снижения овариального резерва и высокая частота рецидивов.

В клинике также проводились операции по поводу внематочных форм беременности у женщин, ранее страдавших бесплодием. К сожалению, у 71% женщин маточную трубу сохранить не удалось, произведена тубэктомия, реже проведена туботомия, эвакуация плодного яйца 21%, выдавливание (extrusion) плодного яйца – 6,5% и в 1,5% выявлена шеечная беременность. В ИРМ разработана и внедрена методика органосохраняющей операции при шеечной форме внематочной беременности. В лечении шеечной беременности в основном преобладает потеря репродуктивной функции, ввиду развития массивного кровотечения в 14-50% случаев, что может привести к неблагоприятному исходу. Риск внематочной беременности повышается с возрастом и наиболее высок у женщин 35-44 лет. Относительный риск летального исхода при внематочной беременности примерно в 10 раз выше, чем при родах, и в 50 раз выше, чем при искусственном аборте [9,10].

Методика органосохраняющей операции в нашей клинике при шеечной беременности состояла из 2 этапов: 1) перевязка маточных артерий лапароскопическим доступом; 2) цервикогистерорезектоскопия. Отдаленные результаты показали, что у 30% женщин беременность наступила самостоятельно, а 20% женщин проводилась программа ВРТ [11].

Таким образом эффективность органосохраняющих операций составила около 50%. Рецидивы имели место в 4-20% случаев. При безэффективности хирургического лечения пациенткам рекомендовалось проведение ЭКО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Локшин В.Н., Джусубалиева Т.М. Клиническая практика в репродуктивной медицине.-Алматы: MedMedia Казахстан, 2015.464 с.
2. Т.К.Кудайбергенов Хирургическое лечение и реабилитация у больных с бесплодием — Алматы.2004.226с.
3. Султанова Ж.У., Джакупов Д.В., Шардарбекова Д.Д. Хирургические аспекты в подготовке к вспомогательным репродуктивным технологиям. Акушерство, гинекология и перинатология,2018; 1-2: 196-198.
4. Назаренко Т.А. ЭКО при гинекологических и эндокринных заболеваниях-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.176 с.
5. Джакупов Д.В., Кудайбергенов Т.К., Кукубасов Е.К.. Эндометриоз и карцинома яичников. Клинический случай. Репродуктивная медицина 2018; 1(34):.30-34.
6. Matsumoto T, Yamazaki M, Takahashi H, et al (2015). Distinct β -catenin and PIK3CA mutation profiles in endometriosis-associated ovarian endometrioid and clear cell carcinomas. Am J Clin Pathol, 2015;144: 452-63.
7. Aline Veras Morais Brilhante¹, Kathiane Lustosa Augusto², Manuela Cavalcante Portela², Luiz Carlos Gabriele Sucupira¹, Luiz Adriano Freitas Oliveira¹, Ana Juariana Magalhães Veríssimo Pouchaim¹, Lívia Rocha Mesquita Nóbrega¹, Thaís Fontes de Magalhães³, Leonardo Robson Pinheiro Sobreira³ Endometriosis and Ovarian Cancer: an Integrative Review (Endometriosis and Ovarian Cancer) Endometriosis and Ovarian Cancer C.11-16
8. Джакупов Д.В., Шардарбекова Д.Д., Барманашева З.Е. с соавт. Хирургическое лечение глубокого инфильтративного эндометриоза. Репродуктивная медицина 2018; 1(34):.34-38.
9. Мамедалиева Н.М. Практическое руководство по оказанию неотложной помощи в акушерстве и гинекологии.Алматы; 2006.176с.
10. Кудайбергенов Т.К. Руководство по оказанию неотложной помощи в перинатологии. Алматы; 2010. 233 с.
11. Джакупов Д.В., Шардарбекова Д.Д., Кудайбергенов Т.К. Новые подходы в лечении шеечной беременности, Методические рекомендации. Алматы, 2017, 15 с.

REFERENCES

1. Lokshin V.N. Dzhusubaliyeva T.M. Klinicheskaya praktika v reproduktivnoy meditsine.-Almaty MedMedia Kazakhstan, 2015.464 s.
2. Kudaybergenov T.K. Khirurgicheskoye lecheniye i rehabilitatsiya u bol'nykh s besplodiyem.- Almaty, 2004.226 s.
3. Sultanova ZH.U., Dzhakupov D.V, Shardarbekova D.D. Khirurgicheskiye aspekty v podgotovke k vspomogatel'nyim reproduktivnym tekhnologiyam. Akusherstvo, ginekologiya i perinatologiya,2018; 1-2: 196-198.
4. Nazarenko T.A. EKO pri ginekologicheskikh i endokrinnnykh zabolevaniyakh - M.: GEOTAR-Media, 2016.176 s.
5. Dzhakupov D.V.,Kudaybergenov T.K., Kukubasov Ye.K. Endometrioz i kartsinoma yaichnikov. Klinicheskiy sluchay. Reproduktivnaya meditsina 2018; 1(34):.30-34.
6. Matsumoto T, Yamazaki M, Takahashi H, et al (2015). Distinct β -catenin and PIK3CA mutation profiles in endometriosis-associated ovarian endometrioid and clear cell carcinomas. Am J Clin Pathol, 2015;144: 452-63.
7. Aline Veras Morais Brilhante¹, Kathiane Lustosa Augusto², Manuela Cavalcante Portela², Luiz Carlos Gabriele Sucupira¹, Luiz Adriano Freitas Oliveira¹, Ana Juariana Magalhães Veríssimo Pouchaim¹, Lívia Rocha Mesquita Nóbrega¹, Thaís Fontes de Magalhães³, Leonardo Robson Pinheiro Sobreira³ Endometriosis and Ovarian Cancer: an Integrative Review (Endometriosis and Ovarian Cancer) Endometriosis and Ovarian Cancer C.11-16
8. Dzhakupov D.V., Shardarbekova D.D., Barmanasheva Z.Ye. Khirurgicheskoye lecheniye glubokogo infil'trativnogo endometrioza. Reproduktivnaya meditsina 2018; 1(34):.34-38 .
9. Mamedaliyeva N.M. Prakticheskoye rukovodstvo po okazaniyu neotlozhnoy poimoshchi v akusherstve i ginekologii.- Almaty, 2006.176 s.
10. Kudaybergenov T.K. rukovodstvo pookazaniyu neotlozhnoy pomoshchi v perinatologii.Almaty, 2010. 233 s.
11. Dzhakupov D.V., Shardarbekova D.D., Kudaybergenov T.K. Novyye podkhody v lechenii sheychnoy beremennosti. Metodicheskkiye rekomendatsii. Almaty, 2017. 15 s.

ТҮЙІНДЕМЕ

БЕДЕУЛІГІ БАР ӘЙЕЛДЕРДЕГІ АҒЗАЛАРДЫ САҚТАЙТЫН ОПЕРАЦИЯЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Т.К. Құдайбергенов, Д.В. Джакупов, Ж.У. Султанова, Д.Д. Шардарбекова, Ф.А. Қусайнова, Н.Б. Карабеков,
Б.С. Садыкова, З.Е. Барманашева, И.Н. Каримжанов

Репродуктивті медицина институты
Қазақ Медициналық Үздіксіз білім беру университеті
Қазақстан, Алматы

Бедеулігі бар әйелдерде ағзаны сақтау операцияларының тиімділігі бағаланды. Операция жатыр миомасымен, эндометриозбен, жатырдан тыс жүктілікпен үйлесетін бедеулігі бар және түтік-перитонеальді бедеулігі бар науқастарға жасалды.

Түйін сөздер: ағзаны сақтайтын операциялар, жатыр миомасы, эндометриоз, бедеулік, түтік-перитонеальді бедеулік, жатырдан тыс жүктілік.

SUMMARY

EFFICIENCY OF ORGAN-PRESERVING OPERATIONS IN WOMEN WITH INFERTILITY.

T.K. Kudaibergenov, D.V. Dzhakupov, Z.U.Sultanova, D.D.Shardarbekova, F.A. Kusainova, N.B.Karabekov,
B.S.Sadykova, Z.E. Barmanasheva, I.N. Karimzhanov

Institute of Reproductive Medicine Kazakh Medical University of Continuing Education
Kazakhstan, Almaty

The effectiveness of organ-preserving operations in women with infertility has been evaluated. The operations were performed in patients with tuboperitoneal infertility, with infertility combined with uterine myoma, endometriosis, and ectopic pregnancy

Key words: organ-sparing operations, uterine myoma, endometriosis, infertility, tuboperitoneal infertility, ectopic pregnancy.