

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
Учреждение высшего образования «Донецкий государственный
медицинский университет им. М.Горького» МЗ РФ

Кафедра акушерства и гинекологии

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Чурилов А.В.

Директор НИИ Репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи
д.м.н., доцент Золото Е.В.

Докладчик: асс., к.м.н. Фролов С.С.

Донецк-01.06.2024

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Первая в Украине лапароскопическая гинекологическая операция была выполнена донецким акушером-гинекологом Борисом Вениаминовичем Ентиным в 1968 г.
- Благодаря его усилиям в 1986 г. Впервые в Украине был создан Республиканский центр реабилитации репродуктивной функции человека а с 1996 г. он был реорганизован в НИИ медицинских проблем семьи и стал функциональным подразделением медицинского университета. За 16 лет выполнено свыше 6250 операций, среди которых 5632 - по поводу бесплодия.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Хирургические методы коррекции бесплодия являются предтечей а иногда и разновидностью вспомогательных репродуктивных технологий. Поэтому, при определении тактики лечения бесплодия у каждой супружеской пары следует взвешивать все за и против хирургии и экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Преимуществом хирургии является естественный путь зачатия. При ЭКО чаще встречается многоплодная беременность, выше риск потери беременности, риск генетических и врожденных аномалий, а при хирургии - риск внематочной беременности. Возможность родов у пациенток старше 40 лет более вероятна при проведении ЭКО. Отрицательным фактором ЭКО является возможное развитие синдрома гиперстимуляции яичников. Но при хирургии выше риск анестезиологических, интра- и послеоперационных осложнений. Частота попыток возобновления фертильности после хирургии обычно не превышает 1-2, а после неудачного ЭКО может быть свыше 10.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Частота кесарева сечения после хирургии составляет 60%, после ЭКО - свыше 95%. Перинатальные аспекты после проведения обычной хирургии обычные, а после ЭКО пока изучаются. Подготовка специалистов акушеров-гинекологов для проведения эндохирургических вмешательств требует специализации по оперативной гинекологии и эндоскопии, а врача по проведению ЭКО - специализации по эндокринологии, ультразвуковой диагностике, эмбриологии и генетике. Специальное оборудование необходимо как для проведения эндоскопических вмешательств, так и для проведения ЭКО.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- В структуре прооперированных пациенток с бесплодием преобладают пациентки с трубно-перитонеальным бесплодием, поликистозными яичниками и кистами. Наиболее часто встречаются сочетанные формы бесплодия.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Перед проведением эндохирургического лечения по поводу трубно-перитонеального бесплодия обязательно следует проводить тщательное обследование супружеской пары, лечение выявленных урогенитальных инфекций, обследование и при необходимости лечение супруга у врача-андролога.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Тактика и объем оперативного лечения решается только после полной санации супружеской пары, на основании оценки: овариального резерва, возраста больной, учета наличия и результатов предыдущих трубной и овариальной хирургии, анализа данных спермограммы, учета финансовых возможностей супружеской пары для проведения ЭКО, учета индивидуального желания пациентки или супружеской пары, которое также может зависеть от религиозных или этических взглядов, прогнозирования фактического процента успеха для каждого конкретного случая, принимая во внимание риск внематочной беременности и альтернативные возможности ЭКО. Перед проведением операции обязательным является получение информированного согласия пациентки на проведение того или иного объема оперативного вмешательства.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Основной вопрос при проведении репродуктивной хирургии при трубно-перитонеальном бесплодии-возможность и целесообразность выполнения сохраняющих операций на трубах. При этом следует учитывать, что частота ложноположительных и ложноотрицательных результатов диагностики трубно-перитонеального бесплодия при помощи гистеросальпингографии, биконтрастной гинекографии, контрастной сонографии, кимопертубации составляет 13-35%.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- При интраоперационной оценке статуса трубы следует оценивать диаметр дистального ампулярного сегмента, толщину стенки трубы, присутствие слизистых или ворсинчатых складок в области неостомии, протяженность и тип спаек. Нельзя забывать о том, что хронический сальпингит ведет к утолщению и срастанию между собой в виде сетки ворсинок трубы, что в свою очередь приводит к частичной или полной окклюзии просвета и созданию условий для развития трубной беременности

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- При дистальной окклюзии маточных труб идеальный метод лечения - удаление труб и проведение ЭКО. Но молодой женщине надо предоставить шанс для самостоятельной беременности. Когда же нужно решать вопрос о радикальной хирургии? По данным электронной микроскопии, при толстостенных гидросальпинксах диаметром свыше 1 см наблюдается функциональная неполноценность маточных труб, которая предопределена значительными необратимыми изменениями дистрофического характера - то есть, это потенциальные пациентки для проведения ЭКО

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Удаление маточных труб и ЭКО при дистальной окклюзии труб показано женщинам, у которых имеется сактосальпинкс средних и больших размеров; реокклюзия трубы; возраст более 35 лет; отсутствие наступления беременности через 12 месяцев после операции; предыдущая внематочная беременность; наличие мужского фактора.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Методами лапароскопической подготовки к ЭКО при трубной окклюзии являются сальпингоэктомия и инактивация труб путем коагуляции и пересечения в истмических отделах (при выраженном спаечном процессе в малом тазу и невозможности выделения маточных труб из спаек).
- При подготовке пациенток к ЭКО путем удаления маточных труб важным является тщательное иссечение истмических отделов маточных труб. При неполном иссечении истмических отделов маточных труб при проведении ЭКО возможно наступление эктопической беременности в культе трубы или же развитие гетеротопической беременности.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- У более, чем 92% больных с воспалительными процессами придатков матки определяются нарушения гормонального статуса. Поэтому у подавляющего большинства таких пациенток наблюдается неадекватность лютеиновой фазы, требующей коррекции. Более, чем 60% пациенток нужна дополнительная, часто гормональная терапия, и стимуляция овуляции в послеоперационном периоде.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Вторым по значимости фактором бесплодия являются поликистозные яичники. Хирургическая стимуляция овуляции СПКЯ - одно из наиболее частых показаний для выполнения оперативных вмешательств в репродуктивной эндохирургии. Существует около полутора десятков различных методик, но наиболее часто выполняемые из них - это биполярный дриллинг яичников/ резекция. В своей практике мы пользуемся методикой, которая включает механическое игловое аспирационное дренирование фолликулов, двухстороннюю резекцию яичников при помощи ножниц и биполярный коагуляционный гемостаз. Коагулированная поверхность яичника не должна быть карбонизированной.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Схема комбинированного лечения кломифен-резистентных форм СПКЯ включает назначение до операции антиандрогенов и метаболитических препаратов, повышающих чувствительность тканей к инсулину; хирургическую стимуляцию овуляции; дополнительную гормональную стимуляцию овуляции в зависимости от результатов гистологического исследования резецированных частей яичников

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- В 31% случаев причиной бесплодия являются доброкачественные кистозные образования яичников. Пациенткам с кистами можно и целесообразно выполнять органосохраняющие оперативные вмешательства, в связи с тем, что несмотря на наличие в яичниках образований фолликулярный аппарат в них сохранен обычно при любых размерах образований. При этом 54% оперируемых опухолей представлено кистозными образованиями средних размеров, 41% - образованиями больших размеров и 5% - гигантских.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- У женщин репродуктивного возраста с доброкачественными кистозными образованиями можно выполнять органосохраняющие оперативные вмешательства путем *вылущивания кисты*; при невозможности вылущивания кисты из-за больших размеров образования и истончения стенок яичника, а также из-за рыхлости тканей яичника, например, при разрыве кисты желтого тела, - путем *резекции яичника и аблации капсулы кисты*; также путем *аспирации* содержимого кисты.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Пред- и послеоперационная подготовка и реабилитация бесплодных женщин с эндометриомами - курс агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов в течение 3-х месяцев до операции и 6-месячный курс диеногеста 2мг/сут. Назначение агонистов перед операцией облегчает проведение органосохраняющих операций и способствует регрессу часто сопутствующих кист желтого тела, после операции способствует нормализации циркадных и цирхоральных ритмов выделения гонадотропных гормонов

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- До 10% в структуре операций по поводу бесплодия составляют оперативные вмешательства по поводу миомы матки. Важнейшим при проведении консервативной миомэктомии является полноценное восстановление целостности матки с целью предупреждения ее гистопатического разрыва во время последующей беременности и родов.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Весомым разделом репродуктивной хирургии является хирургия у девочек и девочек-подростков, среди которых основным показанием являются кистозные образования яичников. Следует помнить, что 80% всех кистозных образований яичников у девочек представлено функциональными кистами, важнейшей особенностью которых является транзиторный характер существования и способность к спонтанному регрессу или регрессу при проведении консервативного лечения.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

- Поэтому девочки с кистозными образованиями яичников должны направляться в специализированные детские гинекологические отделения для полного обследования, исключения наличия истинной опухоли яичника и проведения соответствующей терапии. Следует по возможности исключить и запретить врачам-детским хирургам самостоятельно, без консультации оперирующего гинеколога, во время вмешательств на органах брюшной полости (чаще всего аппендэктомии) выполнять какие-либо операции на яичниках - важнейших детородных органах подрастающей женщины.

- Спасибо за внимание!