

У 39 жінок з трубно-перитонеальною формою безпліддя (основна група), та у 10 жінок, яким проводилася лапароскопічна стерилізація (контрольна група) проводили дослідження рівня гормонів у сироватці крові (фолітропіну-ФСГ, лютропіну – ЛГ, естрадіолу – Е₂, прогестерону – П, тестостерону – Т та пролактину - Прл) з допомогою імуноферментного аналізу (ІФА) та оцінювали стан Т – та В – систем лімфоцитів.

Для характеристики стану Т- та В-систем лімфоцитів застосували методи Felsburg et al. (1976); А.С.Павлюк і співавт. (1982). Визначали загальну кількість Т-лімфоцитів, Т-клітин, які мають рецептори до Fc – фрагменту імуноглобуліну М та імуноглобуліну G, загальну кількість В-лімфоцитів, В-клітин, які мають рецептори до еритроцитів мишей. Концентрацію імуноглобулінів А,М,G у сироватці крові визначали за G.Mancini et al., вміст циркулюючих імунних комплексів - за С.George et al.

Для проведення ендоскопічних втручань застосовували спеціальні набори, обладнання та інструменти фірми “Karl Storz” (Німеччина). Знеболювання при операціях здійснювали шляхом ендотрахеального наркозу. Лапароскопію проводили за типовою методикою [5,6]. Хірургічні втручання виконували із застосуванням електрохірургічної високочастотної техніки.

Статистичну обробку одержаних кількісних та якісних ознак проводили на персональному комп’ютері PC Pentium 300 МН, (16Mb RAM/1,3 Gb HDD) в електронних таблицях Microsoft Excel 97 для Windows-95.

Результати дослідження та їх обговорення. З 87 жінок, які оперувалися нами з допомогою лапароскопічної техніки у 39 (44,8%) було трубно-перитонеальне безпліддя, у 7(8,1%) ендометріоз, у 9 (10,3%) тазовий біль, у 21(24,1%) пухлини матки та придатків, у 4 (4,6%) аномалії розвитку матки, у 5 (5,8%) позаматкова вагітність, у 2 (2,3%) гнійні пухлини придатків. У 10 жінок віком 34,3 року проведена лапароскопічна стерилізація за методикою коагулювання маткових труб біполярним коагулятором. Вік жінок основної групи складав: до 18 років 6 (6,9%), до 38 років 74 (85,0%), 38 років і більше 7(8,1%).

Хворі з порушеною репродуктивною функцією мали несприятливий фон. У кожній третій жінки в анамнезі спостерігались інфекційні захворювання, у кожній другій – викидні або штучні аборти. Захворювання сечовидільної системи спостерігались у 8,3% пацієнток, запальні процеси придатків матки у 61,9%. Первинне безпліддя було у 37,3% пацієнток, вторинне – у 62,7%. Порушення менструальної функції виявлено у 19,4% обстежених жінок основної групи.

За результатами проведених імунологічних досліджень в обстежених хворих з трубно-перитонеальним безпліддям виявлено ознаки імунодефіцитного стану, які проявлялися пригніченням Т – клітинної ланки імунітету. Спостерігалось зниження ($p < 0,05$) загальної кількості Т – лімфоцитів ($45,1 \pm 1,4\%$) та їх субпопуляції (Тm) ($20,7 \pm 0,9\%$) в порівнянні з контролем (Т заг. $58,1 \pm 3,1\%$ Тm $37,5 \pm 2,1\%$). Рівень співвідношення Тm/Ту мав достовірне зниження ($1,14 \pm 0,06$) порівняно з показниками у практично здорових жінок ($1,9 \pm 0,1$).

Дослідженнями гуморальних факторів імунітету виявлено, що при трубно-перитонеальному безплідді достовірно збільшується в крові вміст основного класу імуноглобулінів – IgG ($22,2 \pm 1,9$ г/л), а також імуноглобулінів в класі А ($2,2 \pm 0,099$ г/л) в порівнянні з контролем ($12,2 \pm 0,9$ г/л, $1,2 \pm 0,12$ г/л, $p < 0,05$). При дослідженні вмісту імуноглобулінів класу М ($1,1 \pm 0,06$ г/л) суттєвої різниці між основною і контрольною групами ($0,8 \pm 0,08$ г/л) не виявлено. Відносний вміст В – лімфоцитів, клітин, що беруть участь у продукції антитіл, у хворих на безпліддя ($21,0 \pm 0,9\%$) суттєво вищий, ніж в контрольній групі ($16,0 \pm 2,2\%$). Проте збільшення абсолютної кількості В-лімфоцитів у групах дослідження недостовірне в порівнянні з контролем ($0,37 \pm 0,087$ г/л).

Ці дані свідчать про те, що при трубно-перитонеальному безплідді в клітинній та гуморальній ланках імунітету мають місце суттєві порушення, які можна

класифікувати як імунодефіцитний стан з Т – лімфоцитарною супресією і активацією В- клітинної системи лімфоцитів.

Проведені нами дослідження вмісту гонадотропних гормонів показали достовірне збільшення секреції ЛГ та ФСГ ($8,6 \pm 0,12$ мМО/мл і $12,4 \pm 0,21$ мМО/мл в порівнянні з контролем ($6,5 \pm 0,21$ мМО/мл, $p < 0,05$ і $3,8 \pm 0,22$ мМО/мл, $p < 0,05$). Порушено співвідношення ЛГ до ФСГ відповідно з 2:1 в нормі до 1:1, або 1:1,5 (2). Характерним для обстежених хворих є статистично достовірне підвищення рівня пролактину ($380,0 \pm 6,2$ мМО/л) в порівнянні з показником контрольної групи ($210,0 \pm 8,4$ мМО/л, $p < 0,05$). Спостерігалось зниження стероїдної функції яєчників, яке характеризувалося неповноцінністю лютеїнової фази циклу і проявлялося достовірним зниженням рівня прогестерону ($4,8 \pm 1,2$ нм/л) в порівнянні з контролем ($38,4 \pm 1,4$ нм/л, $p < 0,05$).

Результати досліджень узгоджуються з думкою більшості авторів (В.І.Грищенко, 1994; А.Н.Стрижаков, А.И.Давидов, 1994; В.М.Запорожан, 1998) - застосування лапароскопії дозволяє не лише з високою точністю ідентифікувати причину порушення репродуктивної функції жінки, але й зменшити операційну травму, що є профілактичним заходом подальшого порушення імунітету і гормональної функції яєчників.

Висновки.

1. Лапароскопія в порівнянні з іншими інвазивними методами діагностики є найбільш інформативним для верифікації діагнозу у жінок з порушеною репродуктивною функцією.

2. У хворих на трубно-перитонеальне безпліддя в порівнянні з практично здоровими жінками спостерігається в 70,3% випадків дефект лютеїнової фази менструального циклу; мають місце ознаки пригнічення Т – клітинної ланки та гуморального імунітету.

3. Лапароскопія дозволяє уникнути значної операційної травми, що є профілактичним засобом подальшого порушення імунітету та гормональної функції яєчників у жінок з проблемою репродуктивного здоров'я.

Література. 1. Гойда Н.Г. Державна політика України щодо збереження репродуктивного здоров'я // ПАГ. – 1998. - №2 – С.72-74. 2. Вдовиченко Ю.П., Шалдун Д.Р., Бобова М.М. Розродження жінок з неплідністю в анамнезі // ПАГ. – 1999. - №1. – С.109-113. 3. Сербенко А.Г., Хомінська З.Б., Петербурзька В.Ф., Дмитрієв Д.В. Соціально-медичні аспекти і деякі клінічні та біохімічні особливості вагітності у підлітків //ПАГ. – 1998. - №3. – С.94-98. 4. Azzisk., Murplili. Practical Manual of Operative Laparoscopy and Hysteroscopy. – Berlin:Springer. – 1992. – С.318. 5. Brune I.B., Schonlelen K. Laparo-Endoskopische chirurgie. – Munchen: Marseille. –1993. – 407с. 6. Хурш Х., Кезер О., Икле Ф. Оперативная гинекология: Атлас: Пер. с англ. / Под ред. В.И.Кулакова, И.В.Федорова. – м.ГЭОТАР медицина, 1999. – 656 с.

THE USE OF LAPAROSCOPY IN RESTORING FEMALE REPRODUCTIVE HEALTH

O.M. Yuzko, T.A. Laptieva, S.P. Poliova, S.G. Pryimak, A.V. Semeniak

Abstract. The outcome of laparoscopic operations in women with a disorder of the reproductive function in the past, including juvenile patients has been analyzed. The authors have carried out an estimation of the state of the cellular and humoral immunity and investigated the level of the gonadotropic and stervid hormones. A conclusion has been arrived at that a laparoscopic operations are the most optimal surgical techniques of treatment for women concerned in the restoration and preservation of the reproductive function.

Key words: reproductive health, laparoscopy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)