

УДК 618.177:614.876

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК З НЕПЛІДНІСТЮ ПІСЛЯ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Іванюта Л.І., Дубчак А.Є., Беліс Н.І., Ракша І.І.

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м. Київ

Вступ. Після аварії на ЧАЕС великий контингент жінок вимушений жити в умовах хронічного впливу малих доз радіації в асоціації з дією на організм професійно-виробничих факторів, вплив яких не можна не враховувати [6]. Для оцінки генетичного здоров'я населення при виявленні негативних наслідків забруднення оточуючого середовища необхідно використовувати показники репродуктивної функції [1]. При оцінці генеративної системи жінки важливими є дані про вплив радіації на статеві органи, зокрема на яєчник [3, 2]. Крім того, останнім часом зростає неплідність у жінок, яка частіше обумовлена анатомічними змінами матки і додатків. Тому актуальним є використання інструментальних методів діагностики в оцінці стану репродуктивної системи у жінок з неплідністю після аварії на ЧАЕС.

Матеріали та методи обстеження. Обстежено 70 жінок з неплідністю запального генезу, із них 40 проживали на контрольованих по радіації територіях (Іванківський, Овручський райони Київської області, Народиці, Чернігівський район), (1 група), 30 жінок проживали в екологічно чистих регіонах - м. Полтава (2 група). Для оцінки функціонального стану матки та яєчників проводилась ультрасонографія органів малого тазу за допомогою апарата Toshiba-35SAL, лікувально-діагностична лапароскопія та гістероскопія проводилися за допомогою лапароскопа та гістероскопа фірми "Karl Stort (Німеччина)". Лапароскопію виконували під ендотрахеальним наркозом за традиційною методикою. При проведенні гістероскопії використовували ізотонічний розчин хлориду натрія.

Результати та їх обговорення. Середній вік обстежених жінок 1 групи - 29,6, другої - 28,1 роки. Всі обстежені жінки мали правильну будову тіла, масо-ростовий коефіцієнт не відрізнявся і склав в середньому 26,4 в 1 групі та 27,1 в другій. Надлишкову масу мали 2 (5,0%) жінок в 1 групі та 2 (6,7%) в другій групі. Частота первинної та вторинної неплідності суттєво не відрізнялась у жінок, які постійно проживають на

контрольованих територіях та у жінок групи порівняння. Тривалість неплідності була в середньому 4-6 років у всіх обстежених. Загострення запального процесу внутрішніх статевих органів 1-2 рази на рік відмічали 18 (45,0%) жінок 1 групи та 12 (40,0%) другої.

За даними ультрасонографії встановлено, що у більшості обстежених жінок розміри матки не відрізнялись від нормальних величин і складали в довжину $62,4 \pm 3,2$ мм, передньо-задній розмір $48,4 \pm 2,9$ мм, поперечний - $51,6 \pm 4,1$ мм. У 5 (12,5%) жінок 1 групи та у 4 (13,3%) другої виявлений аденоміоз матки, при цьому розміри матки в середньому $74,6 \pm 4,1$ мм в довжину, $58,9 \pm 3,9$ мм в поперечному розмірі та $55,6 \pm 4,1$ мм в передньо-задньому. Розміри яєчників у 9 (22,5%) жінок 1 групи та у 5 (16,6%) другої були збільшені в середньому до $42,6 \pm 3,1$ мм в довжину, $38,6 \pm 3,4$ мм в ширину та до $31,4 \pm 2,6$ мм в передньо-задньому розмірі, яєчники мали щільну білкову оболонку, у більшості яєчників було видно від 2 до 4 ехонегативних рідинних включень круглої форми діаметром 5-7 мм. У 18 (45,0%) жінок першої та у 7 (23,3%) жінок другої групи капсула яєчників не мала чітких контурів по відношенню до оточуючих тканин. У 29,0% жінок 1 групи та у 18,0% другої виявлена фіброзно-кістозна дегенерація яєчників, строма та капсула значно потовщені, підвищена ехоцильність, рідинні утворення яєчників в діаметрі від 0,5 см до 1,0 см. На основі результатів ехоскопії яєчників встановлені ознаки, які вказують на структурні зміни яєчників, у жінок, які постійно проживають на контрольованих територіях, що узгоджується з результатами експериментальних та клінічних досліджень [4, 5].

Ультразвукові дослідження органів малого тазу ми використовували на першому етапі обстеження жінок, так як цей метод дає чітку уяву про форму і наявність патології матки, структуру яєчників та сусідніх органів.

Великою перевагою лапароскопічного обстеження є можливість візуально визначити анатомічні зміни та оцінити стан внутрішніх

статевих органів, а також провести хірургічне лікування. Під час лапароскопії у 8 (20,0%) жінок 1 групи та у 7 (23,3%) другої групи встановлена супутня патологія. При цьому СПЯ виявлений у 2 (5,0%) жінок першої та у 1 (3,3%) другої групи. Фіброматоз матки виявлений у 2 (5,0%) жінок першої групи, у 1 (3,3%) другої. Ендометріоз був встановлений під час лапароскопії у 3 (7,5%) жінок першої групи, у 2 (6,7%) другої групи.

Вогнища ендометріозу розмірами 0,3-0,5 см розташовувалися в основному в прямокишково-матковій заглибині Дугласа, на крижово-маткових зв'язках, рідше - на матці та трубах. Такі малі форми генітального ендометріозу не супроводжувалися будь-якою симптоматикою. Всі випадки генітального ендометріозу були піддані електрокоагуляції, за показаннями проводилася наступна гормонотерапія. Аномалії розвитку внутрішніх статевих органів виявлені у 2 (5,0%) жінок першої та у 1 (3,3%) другої групи, спайковий процес відповідно у 1 (2,5%) та у 3 (10,0%) обстежених. При цьому серозний покрив яйцеводів був гіперемованим, було виражене повнокрів'я судин, варікозне розширення вен мезосальпінксу, наявність пельвеоцелюліту, перитубарних зрощень. Прокідність труб оцінювалась при проведенні хромодіагностичної проби.

При спайковому процесі I та II ступенів

проводився розтин спайок, відновлена прохідність маткових труб у 15,0% випадків. У 15 (21,4%) обстежених жінок з прохідними матковими трубами, за даними гістеросальпінгографії (ГСГ) при лапароскопії виявлені периапулярні спайки (хибно-позитивні дані ГСГ). У 9 (12,9%) обстежених прохідність труб була ускладненою за даними ГСГ, хоча при лапароскопії вони виявилися прохідними (хибно-негативні дані ГСГ). Приведені дані свідчать про те, що при використанні лапароскопії помилки при оцінці неплідності можуть бути зведені до мінімуму.

Для визначення внутрішньоматкової патології була проведена гістероскопія. Результати гістероскопічного дослідження свідчать (табл.1), що гіперплазія ендометрію була виявлена у 14 (35,0%) жінок першої та у 7 (21,3%) другої групи, поліпи ендометрія - у 8 (20,0%) першої та у 5 (16,7%) другої групи. Поліпи слизової матки видалялися прицільно за допомогою пункційних щипців (при одиночних поліпах), при багатьох поліпах та гіперплазії слизової матки проводилося діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки з обов'язковим патгістологічним дослідженням.

Високий процент гіперпластичних процесів у жінок першої групи узгоджується з більшим процентом гіперполіменорей у цих жінок.

Таблиця 1

Стан ендометрія у обстежених жінок під час гістероскопії

Патологія ендометрія	Групи обстежених			
	перша n=40)		друга n=30)	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Гіперплазія	14	35,0	7	23,3
Атрофія	6	15,0	3	10,0
Поліпи	8	20,0	5	16,7
Підслизові фіброматозні фузли	2	5,0	2	6,7
Перетинки порожнини матки	3	7,5	2	6,7
Ендометріоз матки	4	10,0	4	13,3
Внутрішньоматкові синехії	2	5,0	2	6,7
Не виявлено	1	2,5	5	16,6
ВСЬОГО	40	100	30	100

Гіперплазія ендометрія зустрічалась у жінок, які постійно проживають на контрольованих територіях майже в 2 рази частіше, ніж в контролі, частіше зустрічались атрофії та поліпи слизової матки.

У 2 (5,0%) жінок 1 групи та у 2 (6,7%) - контрольної групи діагностовані внутрішньоматкові синехії між стінками порожнини матки. За допомогою ножиць синехії розтиналися під контролем гістероскопу. Після гістероскопії таким хворим вводився внутрішньоматковий контрацептив для профілактики повторного утворення зрощень. У 3 (7,5%) жінок 1 групи та у 2 (6,7%) другої виявлені потовщені перетинки порожнини матки, у зв'язку з чим в подальшому проведена метропластика. Дані дослідження свідчать про глибокі морфологічні

зміни ендометрія у обстежених жінок з неплідністю, що необхідно враховувати при подальшому лікуванні.

Висновки. У жінок з неплідністю, які зазнали радіаційної дії в результаті аварії на ЧАЕС, наступають зміни не тільки загального стану, але і специфічних функцій організму, причому у жінок, які постійно проживають на забруднених територіях ці зміни виражені в більшій мірі.

Застосування інструментальних методів дослідження органів малого тазу, проведення лапароскопії та гістероскопії дозволило уточнити причину неплідності і в ряді випадків провести біопсію або хірургічне втручання у жінок з неплідністю, які проживають на контрольованих територіях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Федорова М.В., Краснопольский В.И., Лягинская А.М. Репродуктивное здоровье женщин и потомство в регионах с радиоактивным загрязнением (последствия аварии на ЧАЭС). - М.: Издательский дом "Парад", - 1997. - 400 с.
2. Агаджанян Н., Кулаков В., Зангиева Т., Атанязова О. Экологические факторы и репродуктивная функция // Р-раг. - 1994. - № 6. - 50 с.
3. Лягинская А.М., Осипов В.А., Овдиенко Н.И. // Актуальные проблемы влияния ионизирующего излучения на репродуктивную функцию. Обинск., - 1992. - С. 44-45.
4. Добровольский Л.А. Особенности хронического сочетанного действия некоторых инкорпорированных бета-излучателей и высокой температуры воздуха на репродуктивную функцию самок и гигиеническое нормирование // Актуальные проблемы влияния ионизирующего излучения на репродуктивную функцию. Обнинск., - 1992. - С. 22-24.
5. Фадеева Н.И. Влияние комбинированного воздействия экологических факторов на формирование здоровья матерей и новорожденных в Алтайском крае // Вестник Рос. ассоц. акуш.-гин., 1996, № 2, - С. 19-24.
6. Москалев Ю.И. Отдаленные последствия ионизирующих излучений. - М.: Медицина, 1991. - 464 с.

SUMMARY

PECULIARITIES OF REPRODUCTIVE SYSTEM DIAGNOSTICS IN INFERTILE WOMEN AFTER CHERNOBYL ACCIDENT

Ivanyta L.I., Dubchak A.E., Belis N.I., Raksha I.I.

It have been found changes in common health and in special function of organism in infertile women exposed to radiation. These changes were more significant in infertile women lived in radio-controlled territories. Using of instrumental methods of study of small pelvis organs, laparoscopy and histeroscopy give a chance to determine cause of infertility and in some cases to make biopsy and surgical treatment in infertile women lived in radio-controlled territories.