

## БУДОВА ТА СИНТОПІЯ СТРУКТУР РОТОВОЇ ДІЛЯНКИ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Н.М.Гузик*

**Резюме.** Методами препарування, комп'ютерної томографії та морфометрії простежено будову і синтопічні особливості структур ротової ділянки у плодovому періоді онтогенезу людини. Зміна синтопічних та морфометричних параметрів структур ротової ділянки у пізніх плодів засвідчує, що наприкінці внутрішньоутробного періоду розвитку формування їх не закінчується.  
**Ключові слова:** ротова ділянка, плід, людина.

## THE STRUCTURE AND SYNTOPY OF THE STRUCTURES OF THE MOUTH REGION DURING THE FETAL PERIOD OF HUMAN ONTOGENESIS

*N.M.Guzik*

**Abstract.** By means of the methods of preparation, computer tomography and morphometry the structure and syntopical peculiarities of structures of the oral region during the fetal period of human ontogenesis have been investigated. Changes in the syntopic and morphometric parameters of the structure of the oral region in late fetuses show that their formation doesn't finish by the end of the intrauterine period of human ontogenesis.

**Key words:** mouth region, fetus, human.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 04.10.2005 р.

© Польова С.П.

УДК 618.1-002.5-089

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

*С.П.Польова*

*Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. О.М.Юзько) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

В умовах погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу жіночих статевих органів (ТЖСО) чітко проявилася недостатня ефективність консервативної терапії [1-3]. Останнім часом переглядається тактика лікування пацієнток з ТЖСО щодо активного оперативного втручання залежно від віку, клініко-анатомічних форм захворювання, фази туберкульозного процесу, особливостей клінічного перебігу та функціональних розладів [4-6]. Впровадження відеолапароскопії в гінекологічну практику дало змогу проводити на якісно новому рівні ранню діагностику ТЖСО та оперативну корекцію анатомічних порушень жіночих статевих органів з подальшим гістологічним, цитологічним та мікробіологічним дослідженням біопсійного матеріалу [7]. Своєчасне оперативне втручання забезпечує ефективне і повноцінне лікування

пацієнток, особливо у тих, ТЖСО в яких виявляється як знахідка [8].

**Мета дослідження.** Визначити місце і радикальність оперативних втручань з приводу ТЖСО.

**Матеріал і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 80 історій хвороби пацієнток репродуктивного віку, які лікувалися в гінекологічному відділенні з приводу ТЖСО упродовж 1960-1963 рр. та 31 історію хвороби пацієнток з підозрою та наявністю ТЖСО, які лікувалися впродовж 2002-2005 рр. Проаналізовано методи і обсяг оперативних втручань та ефективність лікування ТЖСО за умов застосування новітніх методів діагностики та лікування. Використані архівні, анамнестичні дані, загальноклінічні методи обстеження, рентгенологічні, мікробіологічні, гістологічні дослідження, протоколи оперативних втручань.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз історій хвороби пацієнток, хворих на

ТЖСО, за період 1960-1963 рр. показав, що вік пацієнток коливався від 32 до 37 років, переважна більшість хворих працювали у сільському господарстві – 47 жінок, службовці – 18, робітниця – 13 та 2 студентки. Оперативні втручання з приводу ТЖСО проведено у 68 жінок (85%), з них у 9 (11,2%) – туберкульоз виявлено як знахідку під час операції. Переважна більшість (51 жінка) оперована після встановленого діагнозу та тривалого протитуберкульозного лікування органів дихання та жіночих статевих органів.

Оперативне втручання виконувалося за допомогою нижньої середньої лапаротомії у 43 жінок (65,2%), лапаротомії за методом Пфанненштіля – у 25 пацієнток (36,7%), з них у 9 пацієнток (13,2%) проведена діагностична лапаротомія. Серед всіх пацієнток кісти яєчників виявили у 23 (33,8%) хворих, фіброміому матки – у 14 (20,5%), туберкульозний перитоніт – 9 (13,2%), гострий живіт – 7 (10,2%), гідросальпінкси – 5 (7,4%), перекручення придатків матки – 5 (7,4%), позаматкову вагітність – 4 (5,8%), нориці – 1 (1,4%). Яєчник і маткова труба видалені у 31 (45,6%) пацієнтки, обидві маткові труби – 14 (20,5%) жінок, надпихову ампутацію матки з лівими або правими придатками проведено у 13 жінок, екстирпацію матки з придатками з приводу туберкульозного перитоніту – 8 жінок. Одужала 61 (76,2%) пацієнтка. Значне покращання загального стану та статевої функції після оперативного втручання настало у 16 (20,0%) жінок. Серед всіх оперованих 7 (8,0%) пацієнток померло внаслідок тяжких ускладнень туберкульозу та занедбаних станів. Післяопераційні гнійно-септичні ускладнення спостерігалися у третини хворих, особливо тих, що оперовані з приводу перитоніту та в ургентному порядку. Всім пацієнткам після оперативного втручання призначали консервативну протитуберкульозну терапію, проте у значній частині пацієнток (37) залишилися післятуберкульозні дефекти жіночих статевих органів.

Аналіз оперативного лікування пацієнток, хворих на ТЖСО, впродовж 2002-2005 рр. показав, що захворювання частіше виявляється випадково під час операції. У 27 пацієнток (87,0%), хворих на ТЖСО, проведена діагностична та оперативна лапароскопія, у 4 (12,9%) – конверсія лапароскопії у лапаротомію у зв'язку з розширенням обсягу оперативного втручання внаслідок туберкульозного перитоніту. Сучасний рівень

ендоскопічної хірургії дозволяє обмежити обсяг оперативних втручань і розширити обсяг діагностичних заходів з метою виявлення ТЖСО. Проведено лапароскопічну хірургічну корекцію у 19 пацієнток (61,2%) з безплідністю, порушенням менструальної функції – 9 (29,0%), больовим синдромом – 3 (9,7%), внаслідок перенесеного туберкульозного ураження. Під час лапароскопії у 9 (29,0%) пацієнток виявлено кісту яєчника з туберкульозним аднекситом, у 7 (22,5%) пацієнток – кісту яєчника з туберкульозним гідросальпінгітом, у 7 (22,5%) – туберкульозний сальпінгоофорит з перитонітом, у 2 (6,4%) пацієнток – туберкульозний перитоніт з асцитом. Обсяг оперативного втручання різноманітний – від біопсії (11 пацієнток, 35,4%) до екстирпації матки (2, 6,4% хворих). У 29 (93,5%) пацієнток оперативні втручання були органозберігальними. Сальпінгооваріолізис виконали 26 (83,8%) жінкам, однобічну тубектомію – 11 (35,5%), вилучення кісти яєчника з сальпінгооваріолізисом – 9 (29,0%), двобічну тубектомію – 7 (22,5%). Радикальні оперативні втручання (видалення яєчника з матковою трубою та надпихова ампутація матки) проведено у 2 (6,4%) пацієнток внаслідок післятуберкульозних казеозних уражень труб і суміжних органів. У 13 (41,9%) пацієнток, яким проводилася діагностична лапароскопія, візуальні форми туберкульозного ураження маткових труб, яєчників, очеревини виявлено вперше. Інтраопераційно проведено цито-тест-діагностику на туберкульоз, який у 11 (35,4%) жінок виявився позитивним і у 2 (6,4%) – сумнівним. Біопсійний матеріал, отриманий під час лапароскопії, гістологічно підтвердив наявність ТЖСО. Особливістю клінічного перебігу туберкульозу в сучасних умовах є його схильність до ексудативних процесів, наявність розповсюджених форм, поєднання з неспецифічними гінекологічними захворюваннями, особливо з хламідіозом, генітальним герпесом та уреоплазматичною інфекцією. Тому за наявності значного спайкового процесу в малому тазу, вільного ексудату в очеревинній порожнині та інших візуальних анатомічних змін жіночих статевих органів проводимо комплексну інтраопераційну цито-тест-діагностику на хламідіоз, туберкульоз, герпес, ВІЛ інфекцію, що сприяє ранньому виявленню ТЖСО серед інших інфекційних захворювань, які передаються статевим шляхом. У 6 (19,3%) пацієнток з туберкульозним ураженням матки виконано

діагностично-оперативну гістероскопію, прицільну біопсію та розділення синехій. Діагностична лапароскопія проведена повторно у 9 (29,0%) пацієнток, у 7 (22,5%) випадках – для візуального контролю за ефективністю протитуберкульозного лікування, у 2 (6,4%) – у зв'язку з появою гідросальпінксів.

Отже, аналіз оперативного лікування жінок з ТЖСО щодо обсягу та радикальності хірургічної тактики у жінок репродуктивного віку за період 1960-1963 рр. та 2002-2005 рр. показав, що впровадження нових технологій дає змогу проводити хірургічні втручання на якісно новому рівні з максимальним збереженням репродуктивної функції пацієнток, достеменною інформацією щодо туберкульозного ураження та мінімальною кількістю післяопераційних ускладнень. Лапароскопія сприяє індивідуальному визначенню обсягу і радикальності оперативного втручання залежно від хірургічної ситуації, віку пацієнтки, характеру і розповсюдження туберкульозного процесу та поєднаної патології жіночих статевих органів.

**Висновки.** 1. Лапароскопію слід широко застосовувати для диференційної діагностики генітального туберкульозу, особливо у пацієнток зі стертими, атиповими та резистентними формами цього захворювання. 2. Застосування діагностичної лапароскопії з інтраопераційним використанням цито-тесту на туберкульоз забезпечує ранню діагностику туберкульозного ураження жіночих статевих органів, скорочує термін консервативного лікування і дозволяє провести контроль за ефективністю протитуберкульозної терапії, що сприяє збереженню репродуктивної функції жінок.

**Перспективи подальших досліджень.** Зростання захворюваності на туберкульоз жіночих статевих органів з розповсюдженням процесу на очеревину, істотні клінічні і діагностичні зміни в геніталіях, труднощі діагностики та обґрунтування обсягу оперативних втручань (видалення чи збереження органа) диктують необхідність подальшого вивчення цієї проблеми.

#### Література

1. Асмолов А.К., Павлова О.В. Генітальний туберкульоз у жінки // *Укр. мед. часопис.* – 2001. – № 4 (24). – С. 110-114.
2. Жученко О.Г., Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье женщины с легочным и урогенитальным туберкулезом // *Пробл. туб. и болезни легких.* – 2004. – № 7. – С. 58-62.
3. Польова С.П. Репродуктивне здоров'я жінок, хворих на туберкульоз // *Мат. VIII міжнар. наук.-практ. конф. "Наука і освіта 2005".* – Дніпропетровськ, 2005. – С. 16-17.
4. Жученко О.Г., Степанова Т.В., Гулуа И.Р. Генітальний туберкульоз і його хірургічне лікування // *Пробл. туб.* – 2001. – № 9. – С. 53-56.
5. Олейник А.Н., Баринев В.С. Активний туберкульоз жіночих статевих органів з вовлеченням в процес брюшини // *Пробл. туб. и болезни легких.* – 2003. – № 10. – С. 42-43.
6. Особенности хирургии туберкулеза женских гениталий / Семеновский А.В., Туманов И.П., Кутлинская Л.П. и др. // *Пробл. туб.* – 2001. – № 9. – С. 51-53.
7. Соцкая О.Л. Восстановление репродуктивной функции больной с тяжелой формой генітального туберкулеза // *Пробл. туб.* – 1998. – № 5. – С. 19-21.
8. Федун З.В., Калашникова В.Г., Гнатко Е.П. Туберкульоз статевих органів жінки // *Новости мед. и фарм. в Украине.* – 2005. – № 3 (163). – С. 15-18.

#### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

*С.П.Польова*

**Резюме.** Проведено аналіз лікування туберкульозу статевих органів у жінок репродуктивного віку в розрізі підходів до оперативних втручань, обсягу та радикальності хірургічної тактики. Показано перевагу використання нових технологій над традиційною методикою лапаротомії щодо інвазивності оперативного втручання та максимального збереження репродуктивної функції пацієнтки.

**Ключові слова:** туберкульоз геніталій, лапароскопія, лапаротомія, репродуктивна функція.

#### MODERN APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT OF TUBERCULOSIS OF THE FEMALE GENITAL ORGANS

*S.P.Poliova*

**Abstract.** An analysis of the peculiarities of surgical treatment of tuberculosis of the female genital organs in women of reproductive age in the context of approaches to surgical interferences, the extent and radical character of surgical interventions has been carried out. An advantage of using new technologies over the traditional technique of laparotomy pertaining surgical interference invasiveness, a maximum preservation of a patient's reproductive function has been demonstrated.

**Key words:** genital tuberculosis, laparoscopy, laparotomy, reproductive function.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 01.11.2005 р.