

шениями — 36,0%, прогрессивное течение было у 4,0% детей.

В контрольной группе — детей, рожденных через естественные родовые пути, регрессирующее течение выявлено в 51,2% случаев, регрессирующее с легкими неврологическими нарушениями — в 30,2%, прогрессивное течение — в 18,6%.

Таким образом, установлено, что в группах экстренного кесарева сечения и родоразрешения через естественные родовые пути распределение детей с ГИЭ по вариантам клинического течения оказалось практически равнозначным. При сравнении групп выявлено, что в случае повторных плановых кесаревых сечений наблюдается наибольшая частота регрессирующего течения. Установлено, что прогноз благоприятен у больных с

гипоксически-ишемической энцефалопатией 1-2 степени с регрессирующим течением и неблагоприятен при регрессирующем с легкими неврологическими нарушениями и прогрессивном течении ГИЭ.

Кроме того, выявлено, что среди групп оперативного родоразрешения наиболее благоприятным является плановое повторное кесарево сечение, так как в указанной группе наблюдается наименьшее число случаев прогрессивного течения ГИЭ. Можно полагать, что это связано с подготовкой к плановому родоразрешению, стабилизацией состояния матери и плода.

Установлено, что родоразрешения путем операции кесарева сечения, проведенные в плановом порядке, улучшают прогноз течения ГИЭ у доношенных новорожденных.

PREVALENCE, RISK FACTORS AND VARIANTS OF CLINICAL COURSE OF A HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY IN MATURE NEWBORNS TAKEN BY OPERATION OF CAESAREAN SECTION

E. M. Tsibulova

(Republic Perinatal Center, Ulan-Ude)

Influence of type of delivery on occurrence and prevalence of hypoxic-ischemic defeats of nervous system in newborns is studied. Major factors of risk of development of a hypoxic-ischemic encephalopathy in the newborns who have born by operation of caesarean section are revealed. Three variants of clinical course hypoxic-ischemic encephalopathy has been studied and allocated. It is established, that prognostically adverse is progressive course of hypoxic-ischemic encephalopathy.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ахмадеева Э.Н.* Клинико-физиологическая характеристика процессов адаптации и научные основы организации выхаживания новорожденных, извлеченных кесаревым сечением: Автореф. дисс...д-ра мед. наук. — М., 1999. — 135 с.
2. *Барашичев Ю.И.* Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных: вклад перинатальных факторов, патогенетическая характеристика и прогноз // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1996. — № 2. — С.29-35.
3. *Барашичев Ю.И.* Достижения и проблемы перинатальной медицины: перинатальные потери и смерть мозга новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1997. — №2. — С.29-35.
4. *Володин Н.Н.* Классификация перинатальных поражений нервной системы у детей первого года жизни // Российский Вестник перинатологии и педиатрии. — 2003. — №4. — С.41-44.
5. *Пальчик А.Б., Шабалов Н.П.* Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. — СПб.: Питер, 2000. — 219 с.
6. *Савельева Г.М., Сичинава Л.Г., Блошанский О.Т.* Перинатальная заболеваемость и смертность. Пути ее снижения // Вопросы охраны материнства и детства. — 1999. — № 1. — С.3-8.
7. *Чернуха Е.А.* Кесарево сечение — настоящее и будущее. Показания к операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 5. — С.22.
8. *Volpe J.J.* Neurology of the newborn. — 4-th. Ed. — Philadelphia: WB Saunders., 2000. — 235 p.

© ГОРИН В.С., МАЛЬТИНСКАЯ Н.А., БУДАЕВ А.И., МАЛЬТИНСКИЙ М.Л., АРАКЕЛЯНС.Г. — 2007

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОСАЛЬПИНКОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

В.С. Горин, Н.А. Мальтинская, А.И. Будаев, М.Л. Мальтинский, С.Г. Аракелян

(Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.В. Колбаско)

Резюме. С целью повышения эффективности реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза выполнен проспективный анализ у 124 пациенток с дистальной окклюзией маточных труб, оперированных эндоскопическим доступом с применением круговой биполярной поверхностной коагуляцией серозного покрова дистального отдела маточных труб и с фиксацией эвертированной слизистой маточной трубы швами. Восстановление проходимости маточных труб при I-II степени выраженности спаечного процесса в малом тазе составило 62,2%, при III-IV степени спаек — 52,9%; наступление маточной беременности после сальпингостомии при I-II степени спаечного процесса составило 37,5%, а при III-IV степени спаек — 29,4%. Использование эндоскопических реконструктивно-пластических операций с фиксацией эвертированной слизистой маточной трубы швами у больных с бесплодием трубно-перитонеального генеза позволяет повысить восстановление маточных труб на 27,6% и увеличить наступление беременности на 14,5% в сравнении с общепринятой методикой эндохирургического лечения трубной окклюзии.

Ключевые слова: бесплодие, гидросальпинкс, эндохирургическое лечение.

Разработка эффективных методов диагностики и лечения бесплодия в браке занимает одно из главных мест в гинекологии.

Лечение трубно-перитонеального бесплодия, явля-

ющегося самым частым фактором отсутствия беременности, представляет определенные трудности. В настоящее время проблему бесплодия, обусловливаемого непроходимостью маточных труб на фоне спаечного

процесса в области придатков или их изменений по типу гидросальпинксов, возможно, разрешать путем применения эндоскопических реконструктивно-пластических операций [1,2,3]. Но, несмотря на совершенствование доступа и техники выполнения реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, использование различных реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде частота реокклюзии маточных труб остается достаточно высокой и колеблется от 43 до 96% [2,4,5]. Повышение эффективности реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза явилось целью настоящего исследования [6].

Материалы и методы

Обследование 124 пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия показало, что средняя продолжительность бесплодия составила $6,0 \pm 2,1$ лет. Первичное бесплодие было у 56,5% пациенток, вторичное — у 43,5%. Средний возраст женщин составил $27,6 \pm 4,1$ лет. На догоспитальном этапе все пациентки проходили обследование с целью исключения других факторов бесплодия. Мужской фактор исключен на основании исследования спермы мужа. При изучении клинко-анамнестических данных отмечено, что у всех обследованных пациенток имела типичная клиническая картина хронического сальпингоофорита и спаечного процесса в малом тазе, проявляющаяся болями внизу живота, нарушением менструальной и половой функций, нарушение функции соседних органов. У 53,2% женщин в анамнезе операции на органах брюшной полости и органах малого таза, что, несомненно, является одним из важных факторов в формировании спаечного процесса в малом тазе. В анамнезе обращает на себя внимание высокий процент хронических экстрагенитальных заболеваний, как правило, инфекционной этиологии. Это указание, во многом, предполагало ведущую роль трубно-перитонеального фактора в генезе бесплодия у данной категории больных. Диагноз трубно-перитонеального бесплодия был подтвержден на основании данных гистеросальпингографии, эхогидротубации и исключения других факторов, способных привести к нарушению репродуктивной функции.

Оперативное лечение было проведено в первую фазу менструального цикла, что является профилактикой эндометриоза, позволяет избежать травматизации желтого тела и своевременно приступить к проведению послеоперационных реабилитационных мероприятий. Все оперативные вмешательства выполнены эндоскопическим доступом с использованием эндоскопического оборудования фирмы «Karl Storz».

При проведении диагностической лапароскопии было выявлено, что маточные трубы непроходимы в ампулярных отделах у 124 женщин. У 102 пациенток сактосальпинксы были небольшого диаметра (до 2 см) с нормальным цветом серозного покрова и складчатой структурой слизистой оболочки, а также с обычной макроскопической картиной цилиндрического эпителия после создания неостом, а у остальных 22 женщин маточные трубы были либо толстостенными на всем протяжении, либо с утолщениями. В тех случаях, когда диаметр сактосальпинксов превышал 2 см, они были тонкостенными с атрофичным эпителиальным слоем эндосальпинкса и отсутствием складчатости ампулярного сегмента.

Любые вмешательства на маточных трубах с целью восстановления их проходимости начинались после тугого заполнения их метиленовым синим. После сальпингооариолизиса, при проведении терминальной сальпингостомии, вскрывали ампулярный отдел маточной трубы с использованием микробиполяра и ножниц. Размеры разреза были адекватными для выполнения эверсии серозной оболочки трубы. Эверсия производилась путем захвата щипцами слизистой оболочки маточной трубы на расстоянии примерно 1 см от края разреза, вторыми щипцами в это время заворачивались края в виде «розетки».

Вариантом фиксации эвертированной слизистой для профилактики реокклюзии являлась круговая биполярная поверхностная коагуляция серозного покрова дистального (ампулярного) отдела маточных труб в виде манжетки шириной 4–6 мм. Такой подход, позволял достаточно эф-

фективно, за счет сокращения тканей, достигать адекватного выворачивания эндосальпинкса. Учитывая высокий процент реокклюзии ампулярных отделов маточных после проведения сальпингостомии по данным некоторых авторов [2,5,6], был использован другой вариант фиксации эвертированной слизистой эндосальпинкса, при котором ампулу трубы осторожно вскрывали ножницами, что давало свободный ток раствора синего красителя, затем проводили эверсию слизистой маточной трубы по методике, описанной выше. Затем вывернутую слизистую ампулы фиксировали путем подшивания края фимбрии к серозной оболочке ампулы с помощью швов с интракорпоральным наложением узлов (с использованием тонкой атравматичной рассасывающейся синтетической нити — «викрил 6-0»). Один из важных моментов — мягкое завязывание узла с формированием небольшого, но достаточно крепкого узла. Для оценки эффективности выполнения терминальной сальпингостомии тем или иным вышеуказанным способом и для оценки полученных результатов, женщин, подвергнутых восстановлению маточных труб в дистальных отделах, мы разделили на две клинические группы — с фиксацией эвертированной слизистой биполярно (контрольная, $n=64$) и с фиксацией эвертированной слизистой швами (основная, $n=60$). У 41 пациентки основной группы выявлена I-II степень спаечного процесса в полости малого таза, а у 19 — III-IV степень выраженности спаек. В контрольной группе степень спаечного процесса распределилась следующим образом: I-II степень — у 40 пациенток, III-IV степень — у 24 ($p>0,05$).

При сравнительной оценке анамнеза, возрастного распределения, длительности бесплодия, соматического статуса, факторов, способствующих возникновению трубно-перитонеальной формы бесплодия, предшествующих методов лечения и результатов клинко-лабораторных обследований больных основной группы и группы сравнения достоверных различий ни по одному из определяемых параметров не выявлено ($p>0,05$).

В послеоперационном периоде у пациенток обеих групп использовали методы экстракорпоральной гемокоррекции, включающие ультрафиолетовое облучение крови, мембранный плазмаферез и инкубацию аутогенной клеточной массы с антибиотиком и глюкокортикоидом, гидротубации, физиолечение с использованием магнитолазера [6].

Статистическая обработка результатов проведена с использованием показателей вариационной статистики. Для оценки достоверности различий применялся критерий согласия χ^2 (хи-квадрат). При параметрическом распределении был использован t -критерий Стьюдента, при непараметрическом распределении — критерий Манна-Уитни для несвязанных и критерий Уилкоксона для связанных выборок. При $p<0,05$ различия между группами рассматривались как статистически достоверные.

Результаты и обсуждение

Для оценки проходимости маточных труб в период от 3 до 12 мес. после операции всем обследованным женщинам произведена гистеросальпингография, а 45 пациенткам — контрольная лапароскопия с хромогидротубацией, в этот же период 9 пациенток были оперированы по поводу трубной беременности (все пациентки оперированы эндоскопическим доступом, 7 проведена туботомия и удаление плодного яйца, а двум — сальпингэктомия). Кроме того, повторное оперативное лечение перенесли 3 женщины, его причиной были кисты яичников, в обоих случаях операция проведена эндоскопическим доступом. Из протоколов всех этих процедур получены подробные результаты о состоянии оперированных маточных труб и других органов малого таза и брюшной полости.

Общая частота восстановления проходимости маточных труб при I-II и III-IV степени выраженности спаек в малом тазе составила в основной и контрольной группе после сальпингостомии — 39 (60,9%) и 24 (40,0%) соответственно ($p<0,05$). Восстановление проходимости маточных труб при III и IV степени выраженности спаечного процесса в малом тазе в основной группе со-

ставила 25 (64,1%), в контрольной – 9 (42,8%). Наглядным также явилось значительное отличие в восстановлении маточных труб после сальпингостомии при III-IV степени выраженности спаечного процесса, в основной группе, где использована фиксация эндосальпинкса к серозе маточной трубы швами, процент восстановления проходимости маточных труб составил 52,0 (13), а в группе сравнения 28,6 (8) ($p < 0,05$).

Таким образом, восстановление проходимости маточных труб у пациенток основной группы после проведенного хирургического лечения с фиксацией эвертированной слизистой маточной трубы швами значительно снижалось с ростом выраженности спаечного процесса в малом тазе; повышалось в сравнении с группой традиционного хирургического лечения при I-II ст. спаечного процесса и было значительно выше при III-IV ст. спаечного процесса.

Как известно, основным критерием эффективности реконструктивных вмешательств на маточных трубах является наступление маточной беременности. Характер репродуктивной функции после проведенного хирургического лечения прослеживался в течение 12-18 месяцев.

Наступление беременности у обследованных пациенток наблюдалось в 44 (35,5%) случаев, у 37 (29,8%) женщин беременность была маточной, а у 8 (6,4%) – наступившая беременность была внематочной. Отмечено увеличение числа случаев внематочной беременности при массивных спайках в малом тазе в группе сравнения, так при I-II степени выраженности спаек в малом тазе внематочная беременность наступила в 2 (2,7%) случаев, а при III-IV степени – отмечена в 4 (5,6%) случаев. В основной группе частота наступления

внематочной беременности составила 1 (1,4%) и 2 (2,9%) соответственно.

Наступление маточной беременности после сальпингостомии при I-II степени спаечного процесса в основной группе и группе сравнения отличалось незначительно и составило 15 (36,6%) и 12 (27,3%) соответственно, а при III-IV степени выраженности спаечного процесса, где использована фиксация эвертированной слизистой трубы швами, наступление беременности было значительно выше и составило 8 (27,6%) против 3 (10,7%) соответственно ($p < 0,05$).

Сравнительно небольшое число случаев наступления беременности у наших пациенток после сальпингостомии было обусловлено сочетанием у подавляющего числа больных тяжелых повреждений дистального отдела маточных труб и спаечного процесса в малом тазе. Характерным, в равной степени для обеих клинических групп, также явилось сочетание отсутствия спаечного процесса в малом тазе или наличие единичных спаек и реокклюзия дистального отдела трубы после проведенной сальпингостомии.

Таким образом, использование эндоскопических реконструктивно-пластических операций с фиксацией эвертированной слизистой маточной трубы швами позволило уменьшить реокклюзию маточных труб при I-II степени спаек в малом тазе; значительно повысить восстановление проходимости маточных труб и наступление беременности при III-IV степени выраженности спаечного процесса в полости малого таза, и тем самым, позволило улучшить результаты эндоскопического хирургического лечения больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия.

ENDOSURGICAL TREATMENT TECHNIQUES OF FEMALE INFERTILITY OF TUBO-PERITONEAL GENESIS

V.S. Gorin, N.A. Maltinskaja, A.I. Budaev, M.L. Maltinski
(Novokuznetsk Institute of Medical Advanced Studies)

To increase the efficiency of reconstructive-plastic operations on the fallopian tubes in women suffering from infertility of tubo-peritoneal genesis there was worked out prospective analysis of 124 female patients with distal occlusion of the fallopian tubes operated on by endoscopic approach with the application of circular bipolar surface coagulation of serous layer of the distal fallopian tubes portions and with the fixation of everted mucus of the fallopian tubes by sutures. The repair of tubal patency of the I-II degrees of commissure process intensity in the true pelvis is 62,2%, of the III-IV degrees of commissure is 52,9%, uterine pregnancy rate of commissure process is 37,5% and at the III-IV degrees of commissure – 29,4%. The usage of endoscopic reconstructive-plastic operations with the fixation of everted mucus of the fallopian tubes by suture in women suffering from infertility of tubo-peritoneal genesis allows to increase the fallopian tubes repair by 27,6% and to increase the pregnancy rate by 14,5% in comparison with the conventional endosurgical treatment technique of the fallopian tubes occlusion.

ЛИТЕРАТУРА

- Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки (этиология, патогенез и профилактика). – М.: Медицина, 1998. – С.1-528.
- Рыбников С.В. Комплексное применение эндоскопических операций и методов экстракорпоральной гемокоррекции при бесплодии трубно-перитонеального генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Кемерово, 2001. – 23 с.
- Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. – М., 1995.
- Современное лечение бесплодия // Мед. кафедра. – 2002. – № 1. – С.81-83.
- Цраева И.Б. Восстановление репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью при лечении плазмаферезом и эндоваскулярным лазерным облучением крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 22 с.
- Diamond M. Operative Gynecology. – Philadelphia, 1993.