

но, это связано с функциональным состоянием маточных труб и частотой в этом возрасте воспалительных заболеваний маточных труб. На мой взгляд, обнаружение сирозных кист на маточных

трубах диктует необходимость их удаления, так как они могут нарушать нормальное функционирование труб и быть причиной бесплодия.

THE UTEROTUBAL TUMORS IN GIRLS

N.I. Kuzmina, V.S. Grigoreva, E.A. Sukhovirskya

(Irkutsk State Medical University)

The results of laparoscopy have been analysed in girls with the abdominal painful syndromes. The uterotubal tumors were revealed.

Литература

1. Аветисова Л.Р., Волков Н.И., Пшеничникова Г.Я. Лапароскопия в диагностике гинекологических заболеваний у девочек и девушек // Акуш. и гинекол. - 1987. - №3. - С.19-23.
2. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология. - СПб., 1999.
3. Дронов А.Ф., Кузнецова М.Н., Оника М.Д. Лапароскопия в диагностике воспалительных процессов

в малом тазу у девочек // Акуш. и гинекол. - 1987. - №3. - С.26-28.

. Хирургия мочевых и половых органов. Руководство практической хирургии. - М., 1931. - 323 с.

. Ярославский В.К., Гуркин Ю.А. Неотложная гинекология детей и подростков. - СПб.: Гиппократ, 1997. - 224 с.

Q ГОНЧИГСУРЭН Д., ПУРЭВСУХ е., МЕНХБААТАР Д., ТЕГСЖАРГАЛ П., ОТГОНТУЯА Ц. -

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Д. Гончигсурэн, С. Пурэвсүх, Д. Менхбаатар, П. Тегсжаргал, Ц. Отгонтуяа.

(Монгольский государственный медицинский университет, ректор - д.м.н., проф. Ц. Лхагвасурэн, кафедра рентгенологии и радиологии, зав. - к.м.н. Д. Гончигсурэн)

Резюме. Нами проведена реканализация 59 маточных труб, у 35 больных. Реканализация маточных труб имеет такие очевидные преимущества, как лучшая результативность, малая степень осложнений, дешевизна по сравнению с пластической операцией, возможность 2-3 кратного повторного лечения. Больным причиняет меньше проблем. А также наряду с лечением она имеет большое диагностическое значение в выявлении многих патологий интерстициальных и истмических частей труб.

Ключевые слова: бесплодие, маточные трубы, реканализация.

Диагностирование патологии маточных труб (МТ) при помощи гистеросальпингографии, гистероскопии и других радиологических методов. Лечение ее под их прямым контролем, включая томографию с магнитным резонансом в настоящее время имеют еще важное значение в диагностике и лечении вторичного бесплодия [1,2]. При гистеросальпингографическом (ГСГ) исследовании, проводимом с целью диагностирования патологии матки и маточных труб (МТ), нередко обнаруживается (10-20%) непроходимость перешейки матки или истмических частей маточных труб [3-5].

В случае подозрения на непроходимость МТ для подтверждения данного диагноза по показаниям нередко проводится лапароскопия или лапаротомия. Однако с 1999 года нами впервые начата реканализация МТ через шейку матки. С внедрением данного метода создана возможность выяснения причин образования непроходимости МТ без проведения лапароскопии и лапаротомии с последующим зондированием непроходимости под рентгеновским контролем.

Материалы и методы

В 1999-2002 годах нами была проведена селективная гистеросальпингография (ГСГ) у 35

женщин (средний возраст 34), у которых из-за воспалительных заболеваний придатков и матки образовалась непроходимость в маточных трубах, вызвавшая вторичное бесплодие. В результате установления локализации непроходимости МТ нами осуществлялась реканализация их через шейку матки. До лечения у 11 больных наблюдалась односторонняя непроходимость, а у 24 - двусторонняя.

Реканализация проводилась в первые 5 суток после окончания менструации. С целью профилактики инфекционных осложнений накануне реканализации вечером, назначалась антибактериальная терапия, которая продолжалась 5 суток после реканализации.

До реканализации всем больным применялось с целью анестезии болеутоляющее средство (Fentanyl 100 mg), так как при введении в полость матки контрастного вещества происходит расширение матки, которое у большинства больных сопровождается болью.

Для реканализации маточных труб применялся гибкий зонд с изогнутым концом 4-5 French (Fr). При устранении непроходимости МТ вводился через маточно-трубный канал проводник с тефлоновой оболочкой диаметром 0,41-0,89 мм J-Те-

gumo (Japan). Реканализация проходила под контролем рентгеновского аппарата Medix-130 (Hitachi, Japan). При невозможности применения тefлонового зонда J-Teguma нами использовался сверхтонкий проводник диаметром 0,018 мм (Target Therapeutics, Santa Monica, CA) вместе с микрозондом диаметром 3 Fr.

1. С целью осмотра полости матки и проходимости маточных труб в шейке матки устанавливается липкая конусообразная каннюля с баллончиком (Bard, Billerica, MA), через отверстие которого в полость матки внедряется зонд диаметром 5 Fr, через который вводится контрастное вещество (Urographin, Ultravist).
2. Если же при ГСГ выявляются признаки непроходимости, то в отверстие маточной трубы, имеющей патологию, внедряется зонд с изогнутым концом диаметром 5 Fr, при помощи которого вводится контрастное вещество. После этого проводится селективная ГСГ.
3. При значительной степени непроходимости в истмической части маточной трубы или шейке матки через канал зонда диаметром 5 Fr проводится тонкий зонд диаметром 3 Fr. через который осуществляется реканализация при помощи проводника диаметром 0,018 мм.
4. Проводник диаметром 0.018 мм легко продвигается вперед через истмическую часть, а вдоль него вводится микрозонд. После глубокого его внедрения в маточную трубу проводник удаляется. Затем вводится контрастное вещество, при помощи чего проверяются крайняя и срединная части маточной трубы и производится рентгенография. Процедура в среднем длилась 30 минут, после чего больной в течение часа находился под наблюдением. При отсутствии же каких-либо жалоб и/или объективных признаков осложнений больной выписывался.

Результаты и обсуждение

Нами проведена реканализация 59 маточных труб у 35 больных. Среди них у 11 была односторонняя непроходимость, у 24 - двусторонняя. В результате лечения полностью восстановлена проходимость в 51 (86,4%) маточных труб. Реканализация была невозможна в 8 (13,5%) случаях. Среди последних у 2 из 8 была односторонняя непроходимость маточных труб, а у 6 - двусторонняя. У двух из 6 больных двусторонняя непроходимость осталась не устраненной, а в 4 случаях удалось открыть только одностороннюю непроходимость маточных труб. В 3 случаях реканализация была проведена повторно.

При введении микропроводника в маточные трубы, последняя подвергалась деформации и в большинстве случаев приобретала прямую или дугообразную форму. При селективной ГСГ (Ostial Salpingography) 6 маточных труб, которые были диагностированы как непроходимые при стандартной ГСГ, проведенной под рентгеновским контролем, в 4 случаях МТ были ясно видны и установлена полная их проходимость. Полученные

нами данные подтвердили верность результатов исследования A.S. Thurmond с соавт. (1987). По их данным проверка маточных труб до реканализации, при помощи селективной ГСГ, имеет большое диагностическое значение, так в 3 раза выше ее диагностические возможности, по сравнению с проводимой стандартной ГСГ. Как показывают результаты исследования L. Mashan с соавт. (2002), в 25% случаев маточные трубы, подвергшиеся реканализации, через 6 месяцев вновь становятся непроходимыми. По сему, если за этот срок не произошло оплодотворение, то необходимо повторить диагностику проходимости маточных труб и ее реканализацию. Нами осуществлена была реканализация у 3 больных, у которых не произошло оплодотворение за 6 месяцев, после первой реканализации. При этом у 2 из них маточные трубы были непроходимы, однако они легко поддались открытию при повторной реканализации.

В 8 (13,5%) случаях из 59 маточных труб, подвергшихся нами реканализации, присутствовали объективные причины, препятствующие проведению реканализации. V.R. Somesh'var с соавт. (1995) провел реканализацию у 147 больных, в результате чего у 141 из них была устранена непроходимость маточных труб как односторонняя, так и двусторонняя. Однако у 11 (7,4%) женщин данное лечение не принесло ожидаемых результатов.

Если при исследованиях, проведенных E.K. Land (1997), L.S. Mashan с соавт. (2002), встречались такие осложнения как перфорация маточных труб (1-3%), внематочная беременность (1%), боли (16,7%), пельвиоперитонит (1%), то при нашем же исследовании наблюдались только боли легкой степени в 8,4% случаев, несовместимость к контрастным веществам - в 1,6%, высокая температура в первые сутки после лечения - в 3,4%. Таких осложнений, как внематочная беременность, перфорация маточных труб, кровотечение, отмечено не было.

При стандартной ГСГ не было возможности верифицировать непроходимость маточной трубы из-за спазма шейки матки механической причине. Вообще при стандартной ГСГ весьма затруднительно уточнить причину непроходимости маточной трубы, такие как незначительные спайки, которые требуют микрооперации. Однако, несмотря на это, в 30-50% случаев причины непроходимости маточных труб удается диагностировать при помощи стандартной ГСГ [9].

Согласно современной тактике лечения больных, имеющих непроходимость маточных труб, диагностированную при помощи селективной ГСГ, особенно если она двусторонняя, прибегают в основном к хирургической коррекции.

После введения метиленового синего через шейку в матку производится лапароскопия. Если лапароскопия не возможна, то применяется лапаротомия, осуществляется открытие маточных труб, возможное место непроходимости реканализируется или промывается [9]. Более эффектив-

ным является проведение органосохраняющей микрооперации. У больных, перенёсших подобную операцию, вероятность оплодотворения равняется 50-70% (10). Операцию необходимо проводить под общим наркозом, с последующим лечением в условиях стационара на протяжении 7-10 дней, т.к. возможно образование спаек.

У всех больных в конце каждой реканализации было выполнено повторное гистеросальпингографическое исследование с соответствующей проверкой проходимости маточных труб.

Литературные данные свидетельствуют, что процент оплодотворения у женщин после реканализации значительно колеблется от 9 до 47% и в среднем равняется 30% [2,3,5]. Исследователи считают, что это связано с такими преобладающими причинами, как заболевания дистальных частей маточных труб, патологией образования яйцеклеток и сперматозоида и др.

Исследователь S.D. Shetty с соавт. (1998) отмечают, что реканализация маточных труб имеет абсолютное преимущество над операционным методом, особенно при реканализации непроходи-

мости ее истмической или проксимальной частей. Так, данные авторы в 40% случаев у 35 женщин, которым они провели реканализацию маточных труб, через год наблюдали оплодотворение. На сегодняшний день в 31,4% случаев у женщин, которым была нами проведена реканализация, произошло нормальное оплодотворение.

Таким образом, применяемый нами метод реканализации маточных труб через шейку матки является надёжным методом, предоставляющим возможность диагностировать и полностью излечить непроходимость без применения лапароскопии и лапаротомии. Реканализация маточных труб имеет такие очевидные преимущества, как лучшая результативность, малая степень осложнений, дешевизна, по сравнению с пластической операцией, возможность 2-3-кратного повторного воспроизведения реканализации. Кроме того, этот метод лечения малотравматичен и у больных редко бывают осложнения. А также, наряду с лечением она имеет большое диагностическое значение в выявлении многих патологий матки, срединных и крайних частей маточных труб.

TRANSCERVICAL RECANALIZATION OF FALLOPIAN TUBE OBSTRUCTION

D. Gonchigsuren, S. Purevsukh, D. Munkhbaatar, S. Tugsjargal, Ts. Otgontuya

(Health Sciences University of Mongolia)

Transcervical tubal recanalization was performed in 35 patients with unilateral (11) or bilateral (24) tubal obstruction. Transcervical recanalization with selective salpingogram is effective and cost-effective treatment, than tubal plastic and microsurgery for tubal inflammatory occlusion. Microcatheter technique is effective method of treatment and diagnosis for female infertility and other tubal diseases.

Литература

1. Гончигсурэн Д., Пурэвсүх С., Мөнхбаатар Д. К вопросу о реканализации маточных труб через шейку матки. Учёные записки - 42 // Тезисы докладов. - УБ., 2000. - С.183-184 (на монгольском языке).
2. Choyke P.L., Hricak H., Kenney P.J. et al. The Future of Research in Genitourinary Radiology, through the looking Glass-A view from the Society of Uroradiology // Radiology. - 1998. - Vol.207. - P.03-09.
3. Houston J.G., Mashan L.S. Salpingitis isthmica nodosa: technical success and outcome of fluoroscopic transcervical fallopian tube recanalization // Cardiovasc. Intervent Radiology. - 1986. - Vol.21. - P.31-35.
4. Lang E.K., Dunaway H.J. Transcervical Recanalization of Inflammatory occlusion of the Fallopian tube: Long-term follow-up // 97th Annual Meeting of the American Roentgen Ray Society // Programm. - 1997. - P.81.
5. Mashan L.S. Selective Salpingography and Fallopian Tube Recanalization. Handbook of Interventional Radiologic Procedures // Lipponcott. - 2002. - P.372-376.
6. Park S.W., Choi J.C., Kim C.J., Cha I. The result of transcervical Recanalization with selective salpingogram and the efficacy of the Microcatheter technique using a Hair Wire // American Journal of Reontgenology. - 1999. - Vol.172 (supp.). - P.52-53.
7. Shetty S.D., Lakhkar B. Fallopian tube recanalization. The 8th Asian & Oceanian Congress of Radiology. Kobe, Japan // Program / Abstracts, - 1998. - P.250.
8. Someshwar V.R., Waradekar G.M. Role of fallopian tube recanalization in the treatment of Infertility. 49th National Congress of the Indian Radiological & Imaging Association. - Bangalore, India. Souvenir. - 1996. - P.184.
9. Trumond A.S., Novy M. Uchida BT, Rosh J. Fallopian tube obstruction: selective salpingography and recanalization. Radiology. - 1987 - Vol.163. - P.511-514.
10. Trimbo-Kemper T.C.M., Trimbo J.B., Hall EV. Adhesion formation after tubal surgery: result of the eighth-day laparoscope in 188 patients // Fertil. Steril. - 1985. - Vol.44. - P.704-706.