

- tides during human pregnancy and labour // *Reproduction*. — 2002. — Vol. 124, № 3. — P.323-329.
51. Hurlley Timothy J., Miller C., O'Brien T. J., et al. Maternal serum human chorionic gonadotropin as a marker for the delivery of low-birth-weight infants in women with unexplained elevations in maternal serum "alfa"-fetoprotein // *J. Maternal-Fetal Med.* — 1996. — Vol. 5, № 6. — P.340-344.
 52. Inglis S.R. Biochemical markers predictive of preterm delivery: Pap. 2nd Int. Symp. Immunopathogen. Pregnancy, Neuilly-sur-Seine, Dec.6-7. 1997 // *Infect. Diseases Obstet. and Gynecol.* — 1997. — Vol. 5, № 2. — P.158-164.
 53. King J., Frenady V. Antibiotics for preterm labour with intact membranes // *The Cochrane Library*, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software. Search date 1999; primary source Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register.
 54. Kutteh W.H. Современное состояние проблемы невынашивания беременности // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 1999. — http://www.mariamm.ru/doc_566.htm (28 апр. 2008).
 55. Lamont Ronald F. Looking to the future // *1 International Preterm Labour Congress*, Montreux, June, 2002 // *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* — 2003. — Vol. 110. — P.131-135.
 56. LaShay N., Gilson G., Joffe G. Will cervicovaginal interleukin-6 combined with fetal fibronectin testing improve the prediction of preterm delivery // *J. Maternal-Fetal Med.* — 2000. — Vol. 87. — P.151-155.
 57. Leitich H., Kaidler A. Fetal fibronectin - how useful is it in the prediction of preterm birth? // *1 International Preterm Labour Congress*, Montreux, June, 2002 // *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* — 2003. — Vol. 110. — P.66-70.
 58. Lu G.C., Goldenberg R.L., Cliver S.P., et al. Vaginal fetal fibronectin levels and spontaneous preterm birth in symptomatic women // *Obstet. Gynecol.* — 2001. — Vol. 97, № 2 — P.225-228.
 59. Lumley J. Defining the problem: The epidemiology of preterm birth // *1 International Preterm Labour Congress*, Montreux, June, 2002 // *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* — 2003. — Vol. 110. — P.3-7.
 60. Ma Li, Cheng Ya, Zhang Rong, Hu Xiang-yun Di-san junyi daxue xuebao *Acta acad. med. mil. tertiae* // *Acta acad. med. mil. tertiae.* — 2002. — Vol. 24, № 9. — P.1081-1083.
 61. Martin J.A., Hamilton B.E., Ventura S.J., et al. Births: final data for 2001 // *Natl Vital Stat. Rep.* — 2002. — Vol. 51. — P.1.
 62. McCormick M.C. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity // *N Engl. J. Med.* — 1985. — № 312. — P.82-90.
 63. McGrath S., Smith R. Prediction of preterm delivery using plasma corticotropin-releasing hormone and other biochemical variables // *Ann. Med. — Gr. Brit.* — 2002. — Vol. 34, № 1. — P.28-36.
 64. McGregor J.A. Recognition of preterm labour as a set of "complex diseases" increases efficacy of tocolytic treatment // *1 International Preterm Labour Congress*, Montreux, June, 2002 // *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* — 2003. — Vol. 110. — P.86-87.
 65. McNamara H.M. Problems and challenges in the management of preterm labour // *1 International Preterm Labour Congress*, Montreux, June, 2002 // *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* — 2003. — Vol. 110. — P.79-85.
 66. Meczekalski B., Seremak-Mrozikiewicz A., Kaluba-Skotarczak A., et al. Role of corticotropin-releasing factor (CRH) in preterm labor // *15 International Congress of the Polish Pharmacological Society*, Poznan, Sept. 12-14, 2004 // *Pol. J. Pharmacol.* — 2004. — Vol. 56. — P.163-164.
 67. Menon R., Fortunate S.J. Fetal membrane inflammatory cytokines: A switching mechanism between the preterm premature rupture of the membranes and preterm labor pathways // *J. Perinat. Med.* — 2004. — Vol. 32, № 5. — P.391-399.
 68. Noia G., Romano D., De Santis M., et al. Gli antiossidanti (coenzima Q10) nella fisiopatologia materno-fetale // *Minerva ginecol.* — 1999. — Vol. 51, № 10. — P.385-391.
 69. O'Connor A.R., Stephenson T., Johnson A. Long-term ophthalmic outcome of low birth weight children with and without retinopathy of prematurity // *Pediatrics.* — 2002. — № 109. — P.12-18.
 70. Paternoster D.M., Bertoldini M., Pignataro R., et al. Analisi comparativa dei inaricatori di parto pretermine // *Acta biomed. Ateneo parm.* — 2000. — Vol. 71. — P.331-356.
 71. Drife J. Mode of delivery in the early preterm infant (<28 weeks) // *3 International Preterm Labour Congress «Reducing the Burden of Prematurity: New Advances and Practical Challenges»* // *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* — 2006. — Vol. 113, № 3. — P.81-85.
 72. Saigal S., Stoskopf B., Streiner D., et al. Growth trajectories of extremely low birth weight infants from birth to young adulthood: a longitudinal, population-based study // *Pediatr. Res.* — 2006. — № 60. — P.751-758.
 73. Sebire N.J. Choriodecidual inflammatory syndrome (CDIS) is the leading, and under recognised, cause of early preterm delivery and second trimester miscarriage // *Med. Hypotheses.* — 2001. — Vol. 56, № 4. — P.497-500.
 74. Saunders K.J., McCulloch D.L., Shepherd A.J., et al. Emmetropisation following preterm birth // *Brit. J. Ophthalmol.* — 2002. — Vol. 86, №9. — P.1035-1040.
 75. Swamy G.K., Simhan H.N., Gammil H.S., et al. Clinical utility of fetal fibronectin for predicting preterm birth // *J. Reprod. Med.* — 2005. — Vol. 50, №11. — P.851-856.
 76. Tucker J.M., Goldenberg R.L., Davis R.O., et al. Haith Etiologies of preterm birth in an indigent population: is prevention a logical expectation? // *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* — 1991. — Vol. 77. — P.343-347.
 77. Winkler M. Role of cytokines and other inflammatory mediators // *1 International Preterm Labour Congress*, Montreux, June, 2002 // *BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* — 2003. — Vol. 110. — P.118-123.
- Адрес для переписки:
664079, Россия, г. Иркутск, мкр Юбилейный, 100,
Протопопова Наталья Владимировна — заведующая кафедрой, доктор медицинских наук, профессор, E-mail:
doc_protoporova@mail.ru

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© ХАДБААТАР Р., ФЛОРЕНСОВ В.В., БАРЕВА О.Е. — 2009

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Р. Хадбаатар², В.В. Флоренсов¹, О.Е. Баряева¹

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов; ²Больница «Баянгол», Улан-Батор, Монголия)

Резюме. Оптимизация методики реконструктивно-пластических операций у женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия остается сложной проблемой оперативной гинекологии. Представлены результаты лечения 111 женщин с дистальной окклюзией маточных труб, которым эндоскопическим доступом был проведен сальпинговариолизис, фимбриопластика и сальпингостомия. Восстановление проходимости маточных труб при I-II степени выраженности спаечного процесса в малом тазе составило 76,1%, при III-IV — 61,1%; наступление маточной беременности при I-II степени спаечного процесса составило 47,6%, при III-IV — 30,5%. Проведение эндоскопических реконструктивно-пластических операций с минимальным повреждением тканей маточных труб в комплексе с противоспаечными

тельными мероприятиями в послеоперационном периоде при трубно-перитонеальной форме бесплодия способствует увеличению частоты наступления беременности на 17,1%.

Ключевые слова: бесплодие, окклюзия маточных труб, эндохирургическое лечение.

MODERN PRINCIPLES OF THE TREATMENT OF TUBE-PERITONEAL STERILITY IN WOMEN

R. Hadbaatar², V.V. Florensov¹, O.E. Barjaeva¹

(¹Russia, Irkutsk State Medical University; ²Mongolia, Ulan Bator, Hospital «Bajangol»)

Summary. Optimization of a technique of reconstructive-plastic operations in women with the tube-peritoneal form of sterility remains a challenge of operative gynecology. Results of treatment of 111 women with a distal occlusion of the uterine tubes are presented, by which endoscope access have been spent salpingoovariolysis, fimbrioplasty and a salpingostomy. Restoration of passableness of uterine tubes at I-II degrees of expression of adherent process in a small basin has made 76,1%, at III-IV degrees – 61,1%; uterine pregnancy offensive at I-II degrees of adherent process has made 47,6%, at III-IV degrees – 30,5%. Carrying out of endoscope reconstructive-plastic operations with the minimum damage of tissues of uterine tubes to a complex with anti-inflammatory actions in the postoperative period at tube-peritoneal to the sterility form promotes augmentation of frequency of pregnancy to 17,1%.

Key words: occlusion uterus tubes, endosurgical treatment.

Внедрение в клиническую практику с начала 80-х годов метода диагностической и хирургической лапароскопии явилось новой вехой в лечении трубно-перитонеальных форм бесплодия [1,3]. Лапароскопические операции на маточных трубах при бесплодии позволили добиться восстановления их проходимости в 70% наблюдений, а наступления маточной беременности более чем у 50% больных [5]. В то же время остаются дискуссионными вопросы разработки критериев отбора больных с хроническими воспалительными процессами маточных труб для выполнения реконструктивных операций с учетом возраста, активности, выраженности и локализации воспалительного процесса [4]. Повышение эффективности реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза является сложной задачей современной оперативной гинекологии [2,6], что определило цель нашего исследования.

Материалы и методы

В результате обследования 111 женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия установлено, что первичное бесплодие имело у 52,2% больных, вторичное – у 47,8%. Средний возраст обследованных женщин составил $26,5 \pm 2,2$ лет, продолжительность бесплодия – $5,4 \pm 1,3$ лет. В амбулаторных условиях до поступления в стационар было выполнено обследование для исключения других факторов бесплодия. Изучение клинико-анамнестических сведений показало, что среди обследованных больных 57,6% женщин в прошлом перенесли медицинские аборт и 14,4% – операции по поводу внематочной беременности. Подавляющее большинство больных имели клиническую картину хронического сальпингоофорита и спаечного процесса малого таза, что проявлялось болями внизу живота, нарушением менструальной и репродуктивной функции. Наличие трубно-перитонеального бесплодия подтверждено данными гистеросальпингографии, эхогидросальпингоскопии и эндоскопической хромосальпингоскопии. Оперативные вмешательства выполнены эндоскопическим доступом с использованием эндоскопического оборудования фирмы «Karl Storz».

Эндохирургическое лечение маточных труб с целью их реканализации проводилось в соответствии с принятой методикой [7] после выполнения сальпингоовариолизиса и заполнения маточных труб метиленовым синим. При терминальной сальпингостомии вскрывали ампулярный отдел маточной трубы с использованием ножниц и биполярного электрода. Величина разреза для выполнения эверсии серозной оболочки трубы соответствовала толщине маточной трубы. Далее щипцами производился захват слизистой оболочки маточной трубы на расстоянии примерно 1 см от края разреза, а вторыми щипцами края разреза заворачивались в виде «розетки». Фиксация эвертированной слизистой маточной трубы с целью профилактики реокклюзии проводилась с помощью круговой биполярной поверхностной коагуляции серозного покрова ам-

пулярного отдела маточных труб шириной до 5 мм. После проведения сальпингостомии с целью исключения возможной травмы тканей маточных труб при электрокоагуляции, нами использован ниже следующий вариант фиксации эвертированной слизистой эндосальпинкса. При этом ампулу трубы осторожно вскрывали ножницами, это позволяло свободно вытекать раствору метиленового синего, а затем проводили эверсию слизистой маточной трубы по методике, описанной выше. Вывернутую слизистую ампулы фиксировали путем подшивания края ампулярного отдела к серозной оболочке трубы с помощью тонкой рассасывающейся синтетической нити «викрил 6-0» с интракорпоральным наложением узлов.

Оценка эффективности реканализации маточных труб при выполнении сальпингостомии проведена в группах сравнения в зависимости от выбранной методики фиксации слизистой указанными выше способами.

В основную группу (n=57) вошли женщины, которым после сальпингостомии фиксация эвертированной слизистой производилась с помощью наложения хирургических швов, а в группе клинического сравнения фиксация эвертированной слизистой осуществлялась методом электрокоагуляции (n = 54). У 21 больной основной группы имела I-II степень выраженности спаечного процесса в полости малого таза, а у 36 – III-IV степень. В контрольной группе I-II степень спаечного процесса отмечена у 22 больных, а III-IV степень – у 32, что свидетельствует о численной сопоставимости групп сравнения (p>0,05).

С целью профилактики спаечного процесса в послеоперационном периоде у больных обеих групп проводилась реабилитационная терапия. В основной группе лечебные мероприятия проводились по методике З.А. Чиладзе и соавт. модификации Н.В. Яковлевой и соавт. [8]. При этом в течение двух часов после операции, когда исчезали признаки наркотической депрессии, проводили эксфузию 6-7% (400 мл) объема циркулирующей крови. При этом кровь больной поступала через одноразовую систему и проточную кварцевую кювету в два стерильных флакона по 200 мл – флакон №1 и флакон №2 с 5 тыс. ед. гепарина на 50 мл физиологического раствора. При прохождении через кювету кровь подвергалась облучению ртутной лампой типа ДРБ-8 с расстояния 30 мм. Длина волны – 254 нм, мощность облучения – 20 Вт/м, общее время эксфузии составляло 15 мин. Затем проводили центрифугирование крови при 2000 об/мин. (700 г) в течение 15 минут с последующим удалением плазмы. Следующим этапом являлось внесение в клеточную массу крови каждого флакона 1 мл АТФ и разовой дозы антибиотика широкого спектра действия, разрешенного для внутривенного введения. Во флакон №2 добавляли 30 мг преднизолона; инкубация полученных смесей осуществлялась при температуре 18–24°C в течение 20 минут с периодическим осторожным перемешиванием смесей. Затем проводили последовательное введение, сначала клеточной массы с антибиотиком, затем клеточной массы с преднизолоном при сохранении сосудистого доступа. В период экстракорпоральной обработки крови осуществляли капельное введение 300–400 мл кристаллоидных растворов. Время проведения процедуры составляло 1,5 часа. Курс лечения – 4–5 сеансов через 24 часа.

У больных основной группы параллельно с проведением экстракорпоральной гемокоррекции в комплекс лечения

включали инфузионную терапию, витаминотерапию, обезболивающие препараты, физиолечение с использованием двух преформированных факторов: переменное магнитное поле и электрофорез тиосульфата натрия 5% на низ живота.

В группе сравнения проводилась традиционная терапия, включающая внутримышечное применение антибиотика и глюкокортикоида (преднизолона) в течение 5 дней, инфузионную, десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, обезболивающие препараты, физиолечение. Физиолечение по виду преформированного физического фактора и срокам назначения, длительности использования, а также назначение инфузионной, обезболивающей и витаминотерапии, не отличалось от основной группы.

Для оценки проходимости маточных труб в период от 3 до 12 месяцев после операции всем обследованным женщинам произведена гистеросальпингография. Кроме этого 38 больным выполнена контрольная хромосальпингоскопия. Оценка состояния репродуктивной функции после проведенного хирургического лечения прослеживалась в течение 18 месяцев. Статистическая обработка результатов проведена с использованием показателей вариационной статистики. Для оценки значимости различий средних показателей использовали t-тест Стьюдента для парных связанных вариантов. При $p < 0,05$ различия между группами рассматривались как статистически значимые.

Результаты и обсуждение

Количество и характер проведенных операций в

Таблица 1

Количество и характер проведенных операций по группам в зависимости от степени выраженности спаечного процесса в полости малого таза

Операция	Количество проведенных операций			
	основная группа		группа сравнения	
	I-II ст.	III-IV ст.	I-II ст.	III-IV ст.
Сальпингоовариолизис	8	7	7	6
Фимбриопластика	5	12	6	11
Сальпингостомия	8	17	9	15

группах сравнения в зависимости от степени выраженности спаечного процесса в полости малого таза представлен в таблице 1.

Характер выполненных оперативных вмешательств (частота проведения сальпингоовариолизиса, фимбриопластики и сальпингостомии) в сравниваемых группах в зависимости от степени выраженности спаечного процесса значимых различий не имел.

Положительные результаты реканализации маточных труб после эндоскопического лечения трубно-пе-

ритонеального бесплодия при I-II выраженности спаечного процесса малого таза составили в основной группе 16 (76,1%) случаев и в контрольной – 7 (31,8%) ($p < 0,05$). Восстановление проходимости маточных труб при III-IV степени выраженности спаечного процесса в малом таза в основной группе составило 22 (61,1%) случая, в контрольной – 10 (31,2%). В результате проведения эндоскопического оперативного лечения и комплекса реабилитационных мероприятий выраженности спаечного процесса в основной группе удельный вес восстановления проходимости маточных труб составил 66,7%, а в группе сравнения – 31,4% ($p < 0,05$).

Наступление маточной беременности в основной группе обследованных женщин при I-II степени спаечного процесса в основной группе составило 10 (47,6%) случаев и в группе сравнения – 7 (31,8%) ($p > 0,05$). При III-IV степени выраженности спаечного процесса, где использовались фиксация эвертированной слизистой трубы викриловыми швами и комплекс противовоспалительных мероприятий в раннем послеоперационном периоде, сравнительная частота наступления беременности была значительно выше и составила 11 (30,5%) случаев против 4 (12,5%) соответственно ($p < 0,05$).

Наряду с этим, в основной группе наблюдавшихся женщин внематочная беременность при I-II степени спаечного процесса отмечена в 1 (4,7%) случае и при III-IV – 2 (5,5%) . В группе сравнения при I-II степени выраженности спаечного процесса малого таза внематочная беременность наблюдалась в 2 (9,0%) случаях, а при III-IV –

в 3 (9,3%) и значимых различий не имела.

Результаты проведенного исследования показали, что использование эндоскопических реконструктивно-пластических операций с фиксацией эвертированной слизистой маточной трубы швами и проведение комплекса реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде способствует снижению частоты реконструкции маточных труб при лечении больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия и увеличению частоты наступления маточной беременности на 17,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Назаренко Т.А. Эндоскопия в сохранении и восстановлении репродуктивной функции // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – Т. 1, вып. 3. – С.90-95.
2. Горин В.С., Мальтинская И.А., Будаев А.И. и др. Эндоскопическое лечение гидросальпинксов у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза // Сиб. медицинский журнал. – 2007. – № 6. – С.31-33.
3. Зейналов С.М. Малоинвазивная хирургия в диагностике и лечении заболеваний придатков матки // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 2. – С.61-63.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопическая хирургия в гинекологии: состояние и перспективы развития // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – Т. 1, вып. 3. – С.83-89.
5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Кантушева Л.М. и др. Со-

- временные аспекты эндоскопической хирургии в гинекологии // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – Т. 1, вып. 3. – С.19-22.
6. Смирнова Л.Е., Умаханова М.М., Торчинов А.М. Профилактика и лечение спаечной болезни у женщин после операций на органах малого таза // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6, № 5. – С.78-82.
7. Хириш Х., Кезер О., Икле Ф. Оперативная гинекология: Атлас. Пер. с англ. / Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Фёдоровой. – М.: ГЭОТАР - Медицина, 1999. – 656 с.
8. Чиладзе З.А., Чиладзе А.З., Верулашвили И.В., Дзидзигури Т.О. Применение ультрафиолетового облучения аутокрови в комплексном лечении бесплодия воспалительного генеза // Современные вопросы репродуктологии: Тез. докл. юбил. конф., посвящ. 30-летию основания ин-та, 1988. – С.192-193.

Адрес для переписки:

664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1 ИГМУ для Флоренсова В.В. e-mail: barol@bk.ru.