

И.Д. Евтушенко, С.В. Рыбников, В.А. Артамонов
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск
Железнодорожная больница,
г. Кемерово

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

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: трубно-перитонеальное бесплодие, реконструктивно-пластические операции.

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.

Key words: tubo-peritoneal infertility, reconstructive-plastic operations.

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

Лечение трубно-перитонеального бесплодия, являющегося самым частым фактором отсутствия беременности, представляет определенные трудности. В настоящее время проблему бесплодия, обуславливаемого непроходимостью маточных труб на фоне спаечного процесса в области придатков или их изменений по типу гидросальпинксов, возможно решать 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 является **целью настоящего исследования** [6, 7].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследование 142 пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия показало, что средняя продолжительность бесплодия составила $6 \pm 2,1$ лет, частота первичного бесплодия составила 54,1 %, вторичного — 45,9 %, средний возраст женщин — $27,6 \pm 4,1$ лет.

На догоспитальном этапе все пациентки проходили обследование с целью исключения других факторов бесплодия. Мужской фактор исключен на основании исследования спермы мужа. При изучении клинико-anamnestических данных отмечено, что у всех обследованных пациенток имела типичная клиническая картина хронического сальпингоофорита и спаечного процесса в малом тазе, проявляющаяся болями в низу живота, нарушением менструальной и половой функций, нарушением функции соседних органов. Важным фактором формирования спаечного процесса в малом тазе явилось наличие в анамнезе у 53,5 % женщин операций на органах брюшной полости и органах малого таза. Из

анамнестических данных 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 и исключения других факторов, способных привести к нарушению репродуктивной функции.

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

Маточные трубы были непроходимы в ампулярных отделах у 142 женщин. У 123 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. У остальных 19 женщин маточные трубы были либо толстостенными на всем протяжении, либо с утолщениями. В большинстве случаев, когда диаметр сактосальпинксов превышал 2 см, они были тонкостенными с атрофическим эпителиальным слоем эндосальпинкса и отсутствием складчатости ампулярного сегмента.

Любые вмешательства на маточных трубах с целью восстановления их проходимости мы начинали после тугого заполнения их метиленовым синим. После сальпингоовариолизиса, 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 эффективно, за счет сокращения тканей, достигать адекватного выворачивания эндосальпинкса. Учитывая высокий процент реокклюзии ампулярных отделов маточных труб после проведения сальпингостомии, по данным многочисленных авторов, мы использовали другой вариант фиксации эвертированной слизистой эндосальпинкса [2, 5, 6, 7]. Ампулу трубы осторожно вскрывали ножницами. Результатом этого являлся свободный ток раствора синего красителя. Проводили эверсию слизистой маточной трубы по описанной выше методике, вывернутую слизистую ам-

пулу фиксировали путем подшивания края фимбрии к серозной оболочке ампулы с помощью швов с интракорпоральным наложением узлов, (мы используем тонкую атравматичную рассасывающуюся синтетическую нить «викрил 6-0»). Весьма важно было проводить мягкое завязывание узла, формировать небольшой, но достаточно крепкий узел. Для оценки эффективности выполнения терминальной сальпингостомии тем или иным вышеуказанным способом и для удобства оценки полученных результатов, женщин, подвергнутых восстановлению маточных труб в дистальных отделах, мы разделили на две клинические группы — с фиксацией эвертированной слизистой биполяром (контрольная группа, $n = 72$) и с фиксацией эвертированной слизистой швами (основная группа, $n = 70$). У 41 пациентки основной группы выявлена I-II степень спаечного процесса в полости малого таза, у 29 женщин — III-IV степень выраженности спаек. В контрольной группе степень спаечного процесса распределилась следующим образом: I-II степень — у 44 женщин, III-IV степень — у 28 пациенток ($p > 0,05$).

При сравнительной характеристике анамнестических данных, возрастного распределения, длительности бесплодия, соматического статуса, факторов, способствующих возникновению трубно-перитонеальной формы бесплодия, предшествующих методов лечения и результатов клинико-лабораторного обследования больных основной группы и группы сравнения, достоверных различий ни по одному из определяемых параметров не выявлено.

В послеоперационном периоде у пациенток обеих клинических групп мы использовали методы экстракорпоральной гемокоррекции, включающие ультрафиолетовое облучение крови, дискретный плазмаферез и совместную 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 нами применялся критерий согласия χ^2 (хи-квадрат). При параметрическом распределении был использован t -критерий Стьюдента, при непараметрическом распределении — критерий Манна-Уитни для не связанных и критерий Уилкоксона для связанных выборок. При $p < 0,05$ различия между группами рассматривались как статистически достоверные.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для оценки проходимости маточных труб в период от 3-х 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 эндоско-

пическим доступом, у 7 женщин проведена туботомия и удаление плодного яйца, у двух — 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 мы получили 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 в основной и контрольной группах после сальпингостомии составила 60 % (42 женщины) и 40,3 % (29 женщин), соответственно ($p < 0,05$). Восстановление проходимости маточных труб при I-II степени выраженности спаечного процесса в малом тазе в основной группе составила 65,8 % (27 чел.), в контрольной — 45,6 % (21 чел.). Наглядным также явилось значительное отличие в восстановлении маточных труб после сальпингостомии при III-IV степени выраженности спаечного процесса в основной группе, где мы применяли фиксацию эндосальпинкса к серозе маточной трубы швами. Процент восстановления маточных труб составил 51,7 % (15 чел.), а в группе сравнения — 28,6 % (8 чел.) ($p < 0,05$).

Таким образом, восстановление маточных труб у пациенток основной группы после проведенного хирургического лечения с фиксацией эвертированной слизистой маточной трубы швами незначительно снижалось с ростом выраженности спаечного процесса в малом тазе; повышалось по сравнению 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 34,5 % случаев (49 женщин), у 40 женщин (28,2 %) беременность была маточной, у 9 женщин (6,3 %) 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 2,7 % случаев (2 женщины), а при III-IV степени — в 5,6 % случаев (4 женщины). В основной группе частота наступления внематочной беременности составила 1,4 % (1 чел.) и 2,9 % (2 чел.), соответственно.

Наступление маточной беременности после сальпингостомии при I-II степени спаечного процесса в основной группе и в группе сравнения отличалось незначительно, и составило 36,6 % (15 женщин) и 27,3 % (12 женщин), соответственно, а при III-IV степени выраженности спаечного процесса, там, где мы использовали фиксацию эвертированной слизистой трубы швами, наступление беременности было значительно чаще, и составило 27,6 % (8 женщин) против 10,7 % (3 женщины), 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 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.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Стрижаков, А.Н. Оперативная лапароскопия в гинекологии /Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. — М., 1995.
2. Современное лечение бесплодия //Мед. кафедра. — 2002. — № 1. — С. 81-83.
3. Diamond, M. Operative Gynecology /Diamond M. — Philadelphia, 1993.
4. Кулаков, В.И. Послеоперационные спайки (этиология, патогенез и профилактика) /Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. — М., 1998. — С. 1-528.
5. Рыбников, С.В. Комплексное применение эндоскопических операций и методов экстракорпоральной гемокоррекции при бесплодии трубно-перитонеального генеза /С.В. Рыбников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 2001. — 25 с.
6. Цраева, И.Б. Восстановление репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью при лечении плазмаферезом и эндодоскулярным лазерным облучением крови /И.Б. Цраева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 1998. — 24 с.
7. Di Zerega, G.S. //Phertil. Steril. — 1994. — Vol. 61. — P. 219-235.

* * *