

УДК 618.12-089 (575.2) (04)

ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ БЕСПЛОДИЯ

А.С. Турдиева – аспирант,

Т.А.Сарымсакова – канд. мед. наук, доцент

Рассматривается применение реконструктивно-пластических операций у женщин репродуктивного возраста с трубным фактором бесплодия.

Ключевые слова: трубно-перитонеальный фактор бесплодия; репродуктивная хирургия.

В структуре этиопатогенетических причин бесплодия трубно-перитонеальный фактор занимает первое место и составляет 40–60% всех случаев женского бесплодия [1–3]. Данная проблема требует к себе пристального внимания. В медицине было выделено отдельное направление – репродуктивная хирургия, которая прочно заняла свои позиции.

Женское бесплодие часто обусловлено невыявлением, поздней диагностикой и несвоевременным лечением у юных женщин и женщин репродуктивного возраста таких острых состояний, как воспалительные процессы в малом тазу, аппендицит, внематочная беременность и т.д. К этому следует добавить недостаточно обоснованные вмешательства, излишне объемные и/или чрезмерно травматичные операции, результатом чего становятся неполноценность либо утрата нормальных репродуктивных органов и возникновение послеоперационных спаек [3–5].

Цель исследования: выявление причин возникновения трубно-перитонеального фактора бесплодия и определение перспективности хирургического лечения данной группы больных.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 30 пациенток, госпитализированных в клинику профессора Асымбековой для проведения реконструктивно-пластических операций в 2006–2007 гг., показанием для которых явилось трубно-перитонеальное бесплодие.

Предварительное обследование пациенток с целью определения генеза бесплодия было проведено в амбулаторных условиях по месту жительства и включало в себя: совокупность данных анамнеза, общеклинических методов исследования, ПЦР-диагностика, бактериоско-

пические методы и ИФА-исследования, а также гормональный скрининг с целью исключения гормонального генеза бесплодия. Оценку состояния маточных труб проводили по результатам гистеросальпингографии и ультразвуковому исследованию органов малого таза.

Все больные имели показания для проведения реконструктивно-пластических операций с лечебной целью. Предоперационная подготовка включала клинико-лабораторные обследования.

Результаты исследования и обсуждения. Все больные лечились в других лечебных учреждениях, длительность предыдущего лечения составила от 3 до 8 лет ($5,7 \pm 2,1$). Основной контингент – женщины в возрасте от 21 до 42 лет ($32,4 \pm 5,3$), имеющие бесплодие в течение 3–13 лет ($5,0 \pm 2,2$). В результате проведенного обследования установлено, что трубно-перитонеальный фактор бесплодия первичного генеза был у 11 (36,7%) и 19 (63,3%) женщин со вторичным соответственно. По нозологическим формам больные распределились следующим образом: хронический сальпингоофарит выявлен у 10 (33,3%) пациенток, гидросальпинкс – 6 (20,0%), сактосальпинкс – 6 (20%), аденомиоз – 3 (10%), отсутствие трубы с одной стороны или с двух сторон у 2 (6,6%), отсутствие яичника с одной стороны у 1 (3,3%) (табл. 1).

Степень распространенности спаечного процесса определяли по классификации S.Hulkas (1978) [6]. I–II степени распространенности спаечного процесса выявлены у 8 (26,7%) исследуемых пациенток, III–IV – 22 (73,3%) женщин, что напрямую связано с количеством оперативных вмешательств на брюшной полости и органах малого таза.

Цель оперативного вмешательства – состояния маточных труб, определение степе-

ни распространения спаечного процесса и реконструктивно-пластические мероприятия.

Таблица 1
Нозологические формы трубно-перитонеального фактора бесплодия

Показатель	Абс.	%
Хронический сальпингоофарит	10	33,3
Сактосальпинкс	7	23,3
Гидросальпинкс	7	23,3
Аденомиоз	3	10,0
Отсутствие яичника с одной стороны	1	3,3
Отсутствие трубы с одной или двух сторон	2	6,7
Всего	30	100

Анализ возможных причин формирования трубно-перитонеальной формы бесплодия показал, что у женщин с первичным бесплодием данный процесс явился результатом перенесенных в прошлом операций на органах брюшной полости и малого таза (71%), а также следствием воспалительных заболеваний гениталий (25,7%) и аномалии развития маточных труб (3,3%). Ведущей причиной вторичного бесплодия были оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости, воспалительные заболевания после перенесенных ранее искусственных и самопроизвольных аборт. Нельзя не отметить, что в последнее время усилилась роль вялотекущих процессов, вызываемых такими микробными факторами, как хламидии, уреоплазмы, микоплазмы. Отсутствие острой клинической картины в анамнезе наблюдается почти у половины пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Данные процессы считаются наиболее опасными в связи с тем, что от момента заражения до обращения в ЛПУ проходят годы, в течении которых заболевание не диагностируется и не лечится [1–3, 7].

Во время лапаротомии больным проводили сальпингоовариолизис в 98% случаев, сальпингостомию одностороннюю – 43,3% и двухстороннюю – в 56,7%, сальпингоанастомоз – в одном случае, фиксацию правого яичника к левой маточной трубе – в одном случае.

Важное значение в успехе оперативного лечения имеет степень распространенности спаечного процесса. Известно, что при I–II степени, когда спайки пленчатые, легко разрываемые, восстановление проходимости труб происходит в

1,5–2,0 раза чаще, чем при III–IV степени, когда спайки плотные, снабжены сосудами, трудно разделяемы, в спаечный процесс вовлечены не только гениталии, но и кишечник [2, 3]. Конечно, спаечный процесс напрямую зависит от наличия оперативных вмешательств как на брюшной полости, так и на органах малого таза. В ходе подробного анамнеза выявлено: наличие предыдущих операций кесарева сечения – у 4 (12%) женщин, внематочных беременностей – 8 (23%), пластики маточных труб – 2 (6%), цистэктомий – 6 (18%), тубэктомий – 2 (6%), консервативной миомэктомии – 2 (6%), овариоэктомий – 1 (3%), перфорация матки – 1 (3%), диагностических и лечебных лапароскопий – 2 (6%), аппендэктомий – 6 (23%), холецистэктомий – 2 (6%) женщин (табл. 2).

Таблица 2

Виды оперативных вмешательств брюшной полости и органах малого таза в анамнезе

Вид	Абс.	%
Внематочная беременность	8	23
Аппендэктомия	6	18
Кистэктомия	6	17
Кесарево сечение	4	12
Диагностическая лапароскопия	2	6
Пластика маточных труб	2	6
Тубэктомия	2	6
Холецистэктомия	2	6
Овариоэктомия	1	3
Перфорация матки	1	3
Всего	34	100

Таким образом, практически все женщины в анамнезе имели от 1 до 4 эпизодов вхождения в брюшную полость. Это обстоятельство ухудшает прогноз возникновения спонтанной беременности. По ходу оперативного вмешательства кроме реконструктивно-пластических операций были проведены: консервативная миомэктомия – в 5 случаях, резекция яичника – 4, удаление очагов эндометриоза – 3 пациентки, удаление кисты бартолиновой железы – у 1 пациентки. Течение послеоперационного периода протекало гладко, без осложнений. Заживление швов на передней брюшной стенке – первичным натяжением. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в среднем составила 3–5 дней.

Полученные результаты: из 30 женщин в одном случае после двухсторонней сальпинго-

стоимии получена спонтанная беременность, закончившаяся самостоятельными родами (длительность бесплодия – 6 лет); у 14 – коррекция гормонального фона в анамнезе, у 10 – от момента операции не прошло 6 месяцев, у 5 – параллельно проводится лечение супруга.

Мы считаем, что период ожидания спонтанной беременности после реконструктивно-пластической операций не должен превышать одного года. Более длительное ожидание нецелесообразно, поскольку отсутствие беременности свидетельствует о повторном нарушении проходимости маточных труб и возобновившемся спаечном процессе [4, 5].

Таким образом, восстановление репродуктивной функции напрямую зависит от возраста женщины, особенностей предыдущего лечения и степени выраженности нарушения репродуктивной системы. Конечно, данный метод лечения оправдывает себя благодаря научно-техническим достижениям, однако эффективность реконструктивно-пластических операций снижается вследствие неадекватных травматичных вмешательств, продолжающихся длительное время. Необходимо усовершенствовать систему оказания медицинской помощи детям женского пола, девочкам-подросткам, а также

женщинам детородного возраста и преемственность в работе врачей акушеров-гинекологов и врачей других специальностей хирургического профиля.

Литература

1. Кулаков В.И. Восстановления репродуктивной функции у пациенток с бесплодием // Пробл. репрод. – 1999. – №2. – С. 6–10.
2. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Пробл. репрод. – 1999. – №5. – С. 43–44.
3. Давыдов С.Н. Основные принципы хирургического лечения трубного бесплодия // Акуш. и гинек. – 1972. – №6. – С. 30–34.
4. Gomel V. Reproductive surgery // *Minerva Ginecologica Venice*. – 2005. – V. 57. – №1. – P. 21–28.
5. Gomel V. Reconstructive surgery of the oviduct // *Reproductive Medicine*. – 1977. – № 18. – P. 90.
6. Кулаков В.И., Леонов Б.Б. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия. – М., 2000.
7. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. Значение лапароскопии в клинике бесплодия: структура и частота патологии; эффективность лечения // Пробл. репрод. – 1996. – №2. – С. 35–37.