

*Т.А.Смирнова,  
Н.Н. Романенко*

## **Хирургические методы лечения бесплодия воспалительной этиологии**

*Белорусский государственный медицинский университет*

В статье проанализированы истории болезней 50 пациенток, страдающих трубным бесплодием. Женщинам выполнялись хирургические операции. 36 пациенткам-реконструктивная микрохирургическая коррекция, 14 женщинам-лапароскопия. При неэффективности консервативного лечения в течение 1-1,5 лет больным необходимо проводить хирургическую коррекцию маточных труб. Ключевые слова: трубное бесплодие, реконструктивная микрохирургия, лапароскопия, лечение бесплодия.

Бесплодие – серьезная социальная проблема, поскольку ведет к снижению рождаемости в стране[6]. Частота бесплодных браков составляет до 12 % и имеет тенденцию к росту. Брак считается бесплодным, если в течение 1 года регулярной половой жизни без применения контрацепции беременность не наступает. У 30% здоровых супружеских пар беременность наступает в первые 3 месяца совместной жизни без использования контрацепции, у 60%-в течение 7 последующих месяцев, у 10%-через 11-12 месяцев[1,7].

Основной причиной нарушения репродуктивной функции у женщин является непроходимость маточных труб[5]. Поражение маточных труб (у 29,5 — 70% бесплодных женщин) обычно имеет двухсторонний характер; часто патологические изменения захватывают трубу на всем протяжении, что затрудняет коррекцию и отрицательно сказывается на репродуктивной функции[2]. В подавляющем большинстве случаев заболевания маточных труб связаны с воспалением. Сальпингит вызывается организмами, попадающими в маточную трубу восходящим путем через полость матки и влагалище, либо из соседних органов брюшной полости, или по лимфатическим сосудам. Среди основных возбудителей инфекции органов малого таза следует отметить гонококки, хламидии и микоплазмы, герпес и папилломавирусную инфекцию[3,5,9]. В этиологии нарушения проходимости маточных труб имеют большое значение послеродовая и послеабортная инфекция. Образование перитубарных спаек может быть результатом не только операций на органах малого таза, но и других абдоминальных вмешательств. Из причин трубного бесплодия также следует отметить применение внутриматочных противозачаточных средств, перенесенный туберкулез, эндометриоз органов малого таза. По данным некоторых авторов, в 2,6% случаев причина непроходимости маточных труб остается невыясненной [4].

Выраженность спаечного процесса в малом тазе коррелирует со степенью спаечной болезни в брюшной полости и зависит от объема проведенного вмешательства. При незначительных изменениях в малом тазе (I-II степени спаечного процесса) эффективность восстановления репродуктивной функции после эндоскопических операции достаточно высока – 25-45%. У больных с I степенью распространенностью спаечного процесса и при отсутствии сопутствующих причин бесплодия (неполноценность спермы мужа) реконструктивные операции были эффективны у 40 – 45% пациенток, при II степени выраженности спаечного

процесса – у 30 – 35% больных, при III – у 15% пациенток, при IV – лишь у 8% [1,5,7,8,10].

#### Материал и методы

Нами были проанализированы истории болезней 50 пациенток, прооперированных в 2006 году по поводу трубного бесплодия, 36 (72%) из них была выполнена микрохирургическая реконструктивная операция и 14 (28%) пациенткам лапароскопия.

#### Критерии отбора пар:

1. Подтверждение фертильности партнера.
2. Доказанная одним из инструментальных методов обследования непроходимость маточных труб (гистеросальпингография).
3. Отсутствие беременности в течение 1 – 1,5 года половой жизни без применения контрацепции.

Все пациентки были разделены на две группы: I группа-прооперирована путем лапаротомического доступа (реконструктивная микрохирургия) и II группа-путем лапароскопии.

До проведения операции женщины страдали трубным бесплодием  $4,92 \pm 0,75$  года. Средний возраст больных оперированных в I и II группе соответственно составил  $30,44 \pm 1,48$  лет и  $30,4 \pm 2,31$  лет.

Среди анализируемых историй болезней первичное бесплодие встречалось в 24 (48%) случаях, а вторичное – у 26 пациенток (52%).

Сопутствующая экстрагенитальная патология наблюдалась в 7 (19,4%) случаях: пролапс митрального клапана 1 ст., хронический пиелонефрит, нарушение жирового обмена 2 ст. и операции на органах брюшной полости.

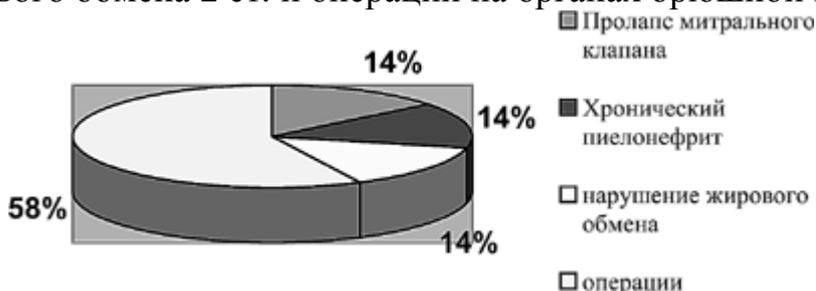


Рис. 1. Сопутствующая экстрагенитальная патология в группах обследованных пациенток.

Сопутствующая гинекологическая патология встречалась у 28 (80,5%) пациенток: фолликулярные кисты яичников, синдром поликистозных яичников, внематочная беременность, стерилизация, резекции яичников, инфекции, передающиеся половым путем, эрозия шейки матки и др.

Все операции выполнялись в первую фазу менструального цикла. При этом удается избежать травматизации желтого тела, а также выполнение операции в 1 фазу цикла является профилактикой эндометриоза, и это позволяет рано приступить к проведению послеоперационных реабилитационных мероприятий [1,2,6,10].

С целью профилактики спаечного процесса в послеоперационном периоде, в конце операции органы малого таза орошали физиологическим раствором (400мл физиологического раствора + 5 тысяч единиц гепарина), так как данный состав снижает концентрацию перитонеальных макрофагов, способствует

физиологическому заживлению тканей[1,2,6,8].

Для активации обменных процессов в тканях могут использоваться био-иммунностимуляторы различного происхождения (вобэнзим, иммунал, полиоксидоний, эхинацея, композитум «С», лизоцим), способствующие их быстрейшему заживлению и для стимуляции иммунной системы. Эти препараты обладают бактерицидной и бактериолитической активностью, повышают фагоцитоз, антителообразование, гуморальный иммунитет и способствуют профилактике спаечной болезни[2,5,6,7].

Статистическая обработка проводилась с помощью параметрического метода с использованием t-критерия Стьюдента. Полученные различия считались достоверными при  $P < 0,05$ .

Результаты и обсуждение

Структура оперативных вмешательств, выполненных пациенткам, страдающим трубным бесплодием, приведена в таблице №2 и №3 соответственно. Таблица 1

Сопутствующая гинекологическая патология в I и II группах обследованных женщин

Нозологическая форма	I группа		II группа	
	Абс.число	%	Абс.число	%
Фолликулярные кисты яичников	4	22,2	2	10
Синдром поликистозных яичников	1	5,55	3	15
Внематочная беременность	3	16,7	5	25
Стерилизация	3	16,7	1	5
Резекции яичников	.		2	10
Инфекции, передающиеся половым путем	2	11,1	-	-
Эрозия шейки матки	5	27,8	4	20
Гипоплазия яичников	-	-	1	5
Седловидная матка	-	-	1	5
Рубцовая деформация шейки матки	-	-	1	5
Всего	18	100	20	100

Примечание: \*-гидрохромотубация и сальпингоовариолизис выполнялись как этапы операций, что объясняет их преобладающее количество.

Таблица 2

Микрохирургические операции при трубном бесплодии (I группа)

Наименование операции	Виды бесплодия		
	первичное	вторичное	Всего
Сальпингоовариолизис	13	14	27(32,14%)*
Ампулярная неосальпингостомия	9	11	20(23,81%)
Трубно-трубный анастомоз	1	6	7(8,3%)
Маточно-трубный анастомоз	1	1	2(2,38%)
Фимбриопластика	2	1	3(3,6%)
Комбинированные операции	11	14	25(29,76%)
Всего	37	47	84(100%)

Примечание: \*-необходимо учитывать, что сальпингоовариолизис выполняется как один из этапов операции.

Таблица №3

Лапароскопические операции при трубном бесплодии (II группа)

Наименование операции	Виды бесплодия		
	первичное	вторичное	Всего
Сальпингоовариолизис	5	3	8 (18,6%)*
Ампулярная неосальпингостомия	3	3	6(13,9%)
Адгезиолизис	5	1	6(13,9%)
Гидрохромотубация	5	4	9(20,9%)*
Резекция яичника	3	2	5(11,6%)
Комбинированные операции	6	3	9(20,9%)
Всего	27	16	43(100%)

Из данных таблицы видно, что наиболее часто выполняется сальпингоовариолизис – 27 (32,14%) операций; ампулярная сальпингонеостомия 20 (23,81%) случаев и комбинированные операции (сальпингоовариолизис и ампулярная сальпингонеостомия, сальпингоовариолизис и фимбриопластика, ампулярная сальпингонеостомия и трубно-трубный анастомоз и др.)-25 (29,76%)случаев. Данные лапароскопических операций при трубном бесплодии приведены в таблице №3.

При лапароскопических операциях чаще выполнялись гидрохромотубации и комбинированные операции (сальпингоовариолизис, адгезиолизис, гидрохромотубация и резекция яичника ) по 9 (20,9%) операций каждого вида и сальпингоовариолизис, который составил 8 (18,6%) операций.

Уровень кровопотери во время микрохирургических операциях ( I группа)-составил  $89,72 \pm 8,43$ мл, а при лапароскопии ( II группа ) –  $31,3 \pm 17,17$ мл.

Длительность лечения в стационаре составила в I группе  $5,22 \pm 0,73$  койко-дней \*, а во II группе  $6,33 \pm 0,97$  койко-дней.

Примечание: \*-в I группе многие женщины находились в стационаре на платной основе, что заведомо ограничивало срок их пребывания до 2-3 дней.

Послеоперационные осложнения в группах обследованных пациенток приведены в таблице №4.

Таблица№4

Послеоперационные осложнения в I и II группах обследованных больных

Осложнения	I группа		II группа	
	Абсол. число	%	Абсол. число	%
Органы дыхания	3	37,5	2	40
Желудочно-кишечный тракт	1	12,5	1	20
Анемия	2	25	2	40
Органы малого таза	-	-	1	20
Послеоперационная рана	2	25	1	20
Всего	8	100	5	100

Из приведенной таблицы видно, что из осложнений преобладает патология со стороны органов дыхания (37,5%) в I группе пациенток; во II группе-патология со стороны органов дыхания и анемии по 40%.

Эффективность хирургических операций на маточных трубах снижается в зависимости от возраста больной, при длительном бесплодии, выраженном и распространенном спаечном процессе в малом тазу и анатомо-функциональных изменениях маточных труб.

#### Выводы

1. Уровень кровопотери при микрохирургических операциях больше, чем при

лапароскопических операциях.

2. Более благоприятное клиническое течение послеоперационного периода наблюдалось во II группе, по сравнению с I группой.

3. Процент послеоперационных осложнений выше в I группе, по сравнению со II группой.

4. При неэффективности консервативного лечения в течение 1-1,5 лет больных необходимо направлять для хирургической коррекции трубного бесплодия.

### **Литература**

1. Беженарь, В.Ф., Мажимов, А.С. Трубно-перитонеальное бесплодие. Проблемы и перспективы. // Журн. акушерство и женских болезней. – 1999.-№3.- С.48-55.

2. Гришин, И.Н., Подгайский, В.Н., Мечковский, С.Ю. Микрохирургия трубного бесплодия. Минск: Технопринт, 2005.-89с.

3. Дуда, Вл.И., Дуда, И.В., Дуда, В.И. Гинекология. Минск: Харвест, 2004.- с.124-144.

4. Дуда, И.В., Дуда, В.И., Дуда, Вл.И. Оперативная гинекология. Минск: Интерпресссервис, 2003. – 575с.

5. Кулаков, В.И., Корнеева, И.Е. Диагностика и лечение женского бесплодия. Под ред. В.И.Кулакова. М. 2002

6. Мечковский, С.Ю, Подгайский, В.Н. Реконструктивная микрохирургия при трубном бесплодии. Здоровоохранения. – 2002.-№2. – С.44-47.

7. Назаренко, Т.А., Дуринян, Э.Р., Перминова, С.Г. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин. Гинекология 2004 Том 06 №6

8. Смирнова, Т.А. Алгоритм обследования и лечения генитальных инфекций в плане прегравидарной подготовки. Минск: БГМУ, 2003. – 11с.

9. Пшеничникова, Т.Я. Бесплодие в браке. М. 1991. – 256с.

10. Diaz Arguello, D., Barron Vallejo, J., Rojas Pocerros, G. Gynaecologic laparoscopy at the ABC Hospital. Analysis of 882 cases // Gynaecol. Obstet. Mex.-1998.- №66. – P.395-398.