

УДК 618.177-089

Г.В. Брагина

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНАЛЬНОЙ ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ**

Городская клиническая больница №40

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья является важнейшей медицинской задачей, которая отражена в Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг.

Считается, что если частота бесплодных браков достигает 12-15%, то проблема бесплодия приобретает государственное значение. В связи с этим проблема диагностики и лечения бесплодия в браке является крайне актуальной.

Патология маточных труб является распространенной причиной infertility женщины репродуктивного возраста. Изменения в трубах обнаруживаются у 30-74% больных с бесплодием, из них у 30-70% имеет место первичное бесплодие и у 42-83% - вторичное [2].

Основная репродуктивная функция маточных труб - обеспечение капилитации сперматозоидов, оплодотворения яйцеклетки, жизнедеятельности эмбриона на ранних стадиях развития и осуществление переноса его в полость матки. Этому способствует слаженная работа рецепторного аппарата эпителия гладкой мускулатуры [1,2]. Секреторные клетки трубного эпителия вырабатывают вещества особенно в лютеиновую фазу цикла, которые необходимы для жизнедеятельности яйцеклетки и эмбриона, регуляции процессов оплодотворения и ранних стадий развития эмбриона.

Благодаря анатомическим и функциональным особенностям маточной трубы яйцеклетка может задержаться в ампулярном отделе на 12 ч, чтобы дожидаться оплодотворения. Мерцательная активность эпителия маточных труб также обеспечивает транспорт яйцеклетки и зародка [3,4]. В течение 4 суток эмбрион на стадии морулы постукает в полость матки.

Из факторов, поражающих эпителий маточных труб, большое значение придается инфекционному фактору. Так, выраженные поражения эпителия наблюдаются при гонорее, хламидиозе, микоплазмозе. У женщин, использующих внутриматочные контрацептивы, число мерцательных клеток уменьшается в 2 раза. Стерилизация путем перевязки маточных труб вызывает дистрофию эпителия в пределах 0,5 см от наложения лигатуры.

Кроме функции переноса эмбриона цилиндрический транспорт играет роль "дворника" эндосальпинкса. Маточная труба очищается от секрета попавших в нее микроорганизмов, менструальных выделений, благодаря бенигну ресничек. Неадекватное "очистение" маточной трубы приводит к проникновению микроорганизмов в ампулярную и фимбриальную части маточной трубы и далее - в брюшину малого таза [5,6,7].

Отвстная воспалительная реакция трубы в виде образования спаек препятствует дальнейшему распространению микроорганизмов и развитию пельвиоперитонита, но в ряде случаев это происходит. Имунная система маточной трубы реагирует экзудативным и инфилтративным процессом. Начинаются процессы рубцевания и склероза, приводящие к развитию окклюзии и непроходимости маточной трубы. Чаще всего облитерация просвета происходит в истмической части трубы. Это связано с более узким просветом в данном отделе, меньшим количеством мерцательного эпителия.

Повреждение трубного эпителия приводит к возникновению внематочной беременности, если произошла имплантация в стенку трубы, если имплантация не произошла, то зародыш гибнет на ранней стадии развития.

Может существовать функциональная непроходимость, когда задержка продвижения яйцеклетки приводит к прерыванию беременности еще до имплантации [8,9].

Поэтому внедрение в практику эндоскопических методов с середины 80 годов является важнейшим этапом, обеспечивающим эффективность диагностики и лечения бесплодия, выявления и ликвидации патологических изменений при сохранении репродуктивных органов и репродуктивной функции в целом. Постоянно усовершенствующиеся методы, позволяющие уточнить локализацию и характер поражения маточных труб.

Так, в настоящее время получил распространение метод интраоперационного исследования слизистой трубы - фаллопоскопия. Дополняя лапароскопию, фаллопоскопия позволяет выявить проходимость маточной трубы с диагнозом проксимальной окклюзии, а также получить дополнительную информацию о состоянии дистальных отделов маточных труб.

**Материал и методы исследования**

За 1998-2001 гг. в гинекологической клинике обследованы 58 женщин от 24 до 38 лет (средний возраст 31 год), с длительностью бесплодия от 2 до 10 лет. Это были пациентки с трубно-перитонеальной формой бесплодия, которым была произведена лапароскопия, из них у 22 - фаллопоскопия. У 21 пациентки было диагностировано первичное бесплодие, у 37 - вторичное. По нозологическим формам больше распределялись следующим образом: хронический сальпингоофорит у - 30% (18), гидросальпинкс у - 32% (19), сактосальпинкс у - 38% (21).

Степень распространения спаечного процесса определялась по классификации J.Hulka. Спаечный процесс 1-2 степени распространения был выявлен у 62% (36) пациенток, 3-4 степени - у 38% (22). У женщин с первичным бесплодием спаечный процесс являлся результатом перенесенных в прошлом операций на органах брюшной полости и малого таза у (4%), а также вследствие воспалительных заболеваний матки и придатков и экстрагенитальных заболеваний у (3%). Ведущей причиной вторичного бесплодия трубно-перитонеального характера явились воспалительные заболевания после перенесенных аборт (41%).

37 пациенткам (63%) I группы произведены реконструктивно-пластические операции: сальпингооариоли-

зис, фимбриопластика, сальпингостомия. 12 пациенткам (21%) II группы в связи с наличием в маточных трубах органических изменений произведена сальпингостомия. Этой группе пациенток, дополняя лапароскопическое исследование и лечение, проведена фаллопоскопия, которая подтвердила органические изменения в маточных трубах. У 16% (9 человек) III группы - сальпингоэктомия с одновременным пересечением истмических отделов маточных труб. 21 пациентке II-III группы были рекомендованы вспомогательные методы репродуктивных технологий (ЭКО и ПЭ).

Операция пересечения маточных труб, а также сальпингоэктомия не оказывают отрицательного влияния на ЭКО и ПЭ, что соответствует данным отечественной и зарубежной литературы [10]. Все пациентки, перенесшие реконструктивно-пластические операции, наблюдались в течение года в ГКБ №40. Беременность наступила у 18 женщин. 10 пациенткам после перенесенных реконструктивных операций, у которых не наступила беременность в течение 1 года, была предложена фаллопоскопия для уточнения проходимости маточных труб.

Фаллопоскопия является наиболее эффективным методом для исследования состояния эндотелия на всем протяжении маточных труб, выявления уровня и степени окклюзии и проведения аквадиссекции внутритрубных сращений. В своей работе мы использовали трансвагинальную трубную катетеризацию гистероскопическим методом, который позволяет исключить патологию эндометрия, визуально подтвердить проходимость трубы. Показанием для фаллопоскопии служит проксимальная обструкция маточных труб: функциональный спазм и оранжеская обструкция, наличие в маточной трубе фибриновой пробки, полипа, спаек. Исследования проводились фаллопоскопом фирмы K.Stor.

При фаллопоскопии диагностированы у 4-х пациенток плотные спайки в истмическом отделе маточных труб. Им было предложено ЭКО. У 3-х пациенток диагностирована слизистая пробка и сгустки крови, которые были удалены аква-диссекцией.

А у других 3-х пациенток маточные трубы оказались проходимыми. Им было предложено выбрать методы ИКСИ, ИОСМ или ИОСД. Осложнений при проведении фаллопоскопии не было.

Для снижения вероятности наступления спастической реакции МТ при манипуляции в шейке матки предложено использовать аспирин 0,25 мг в сутки в течение двух дней. Фаллопоскопию выполняли в фолликулярную фазу менструального цикла (6-7 сутки) с обязательным обезболиванием за 30-40' до начала манипуляции 1,0 мл 2% промедола, 2,0 мл реланиума.

#### Результаты исследования и их обсуждение

При эндхирургическом лечении наиболее эффективной была операция сальпингооариолизиса. Она позволяла восстановить проходимость одной из маточных труб. Частота наступления маточной беременности, зарегистрированная в течение двух лет наблюдения после оперативного лечения I и II групп пациенток, составила 36,7%.

При анализе результатов эндхирургического лечения установлено, что из всех случаев маточной беременности, зарегистрированной на протяжении двух лет, их наибольшая частота (76%) отмечена в первый год после операции.

Учитывая средний возраст наших пациенток (31 год), любую терапию, рассчитанную на восстановление фертильности, целесообразно использовать и отслеживать ее результаты не более двух лет. Полученные результаты согласуются с данными авторов, указывающих, что при использовании оперативной лапароскопии у больных с ТПБ в возрасте не старше 32-35 лет вероятность восстановления фертильности наибольшая у пациенток со спаячным процессом I-й степени и длительностью бесплодия не более 5 лет [11,12].

Ожидание позитивного эффекта лечения ТПБ в течение 1-2 лет позволяет предупредить неблагоприятное влияние возрастного фактора на последующее использование ЭКО.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Einspanier R., Laner B., Gabler C., Schams D. Egg-cumulus-oviduct interactions and fertilisation // *Adv. Exp. Med Biol.* - 1997. - P.279-289.
2. Железнов Б.И. Репродуктивные органы репродуктивной системы. Руководство по эндок. гинекологии / Под ред. Е.М.Вихляевой. - М.: МИН, 1997.
3. Talbot R., Knoll M. Oocyte pickup by the mammalian oviduct // *Mol. Biol. Cell.* - 1999. - N10. - P.5-8.
4. Shaoulian R., Kroll M., Magers T., Talbot P. Analysis of ciliary beat frequencius in hamster oviductal explant // *J. Exp. Zool.* - 1995.
5. Me.Comb P., Langley L., Villalon M. The octaductal cilia and kartagener's syndromes // *Fertil Steril.* - 1986. - N46 (3). - P.412-416.
6. Dirksen E.R., Zeira M. Microtubule sliding in cilia of the rabbit trachea and oviduct // *Cell. Motil.* - 1981. - N1(2). - P.39-42.
7. Албертс Б., Брент Д., Авюис Дж., Рэфф М., Робертс К. Молекулярная биология клетки. - М.: Мир, 1994, №1.
8. Кулаков В.И., Воропаева С.Д., Анкярская А.С. Облгаттно-аназробные микроорганизмы при акушерско-гинекологической патологии // *Вестник РАМН* - 1996. - №2. - С.26-29.
9. Стржжаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. - М.: Медицина, 1996.
10. Кулаков В.И., Леонов Б.Б. Экстракорпоральное оплодотворение, его новые направления и лечение женского и мужского бесплодия. - М., 2000.
11. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. // *Проблемы репродукции.* - 1996. - №2. - С.35-38.
12. Селезнева Н.Д. Оперативная гинекология. / Под ред. В.И. Кулакова. - М., 1998. - С.336-342.