

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

**КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ**

**На правах рукописи
УДК 617+618.1-089+618.177+618.13**

АНАРБАЕВ АСЫЛБЕК АНАРБАЕВИЧ

**РЕКОНСТРУКТИВНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ
ТУБОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ**

**14.00.01 – Акушерство и гинекология
14.00.27 – Хирургия**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Бишкек – 2004

Диссертация выполнена в Кыргызской Государственной Медицинской Академии.

Научные руководители: Доктор медицинских наук, профессор Г.У.Асымбекова, Доктор медицинских наук, профессор Х.С.Бебезов.

Официальные оппоненты: Л.Д.Рыбалкина - д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки; Дж.С.Рафибеков - д.м.н., профессор.

Ведущая организация: Рязанский государственный медицинский университет.

Защита диссертации состоится «__» _____ 2004 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 14.04.237 при Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии МЗ КР (720040, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке КНИИАиП

Автореферат разослан «__» _____ 2004 года

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А.Б.Фуртикова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Проблема лечения больных, страдающих трубным бесплодием, имеет давнюю историю (В.С.Крылов с соавт., 1984; Э.А.Казачкова, Л.Б.Тарасова, 1988; Гаспаров А.С., 1997; Dubuisson J.V. et al., 1997; ; Pouly J.L. et al., 1998).

Патология маточных труб по данным различных авторов составляет от 30% до 40% среди всех причин бесплодия (Э.А.Казачкова, Л.Б.Тарасова, 1988; Н.А.Радченко и соавт., 1995; Pouly J.L. et al., 1998).

Многочисленные методики, разработанные для лечения рассматриваемого заболевания, не дали полного разрешения этой сложной патологии, что связано, в первую очередь, с многообразием причин и форм трубного бесплодия, особенностями строения маточных труб и их функционирования (А.С.Гаспаров, 1997). Не определены четкие показания к видам операций.

По данным литературы (Кулаков В.И. и соавт., 1996; Dubuisson J.V. et al., 1997), наихудшие результаты лечения отмечаются при использовании неосальпингостомий при локализации поражения в терминальном отделе маточных труб, что связано с перерастяжением стенок, дегенеративными изменениями и нарушением их функции. Таким образом, поиск новых решений при этой патологии является весьма актуальным.

Разноречивы данные литературы по вопросу использования трубных протекторов в ходе реконструкции маточных труб (Л.С.Алисултанова и соавт., 1995).

Наилучшие результаты оперативных вмешательств отмечают после операций сальпинго-сальпингоанастомозов с целью восстановления проходимости труб у больных после хирургической стерилизации. Это связано с отсутствием нарушения функции маточных труб при минимальном спаечном процессе. Тем не менее, разработка новых подходов и тактики при этой форме поражения также требует дальнейших уточнений.

В целом, рассматривая эволюцию хирургических методов лечения женского трубного бесплодия, следует отметить постепенный переход от рутинных методов оперативных вмешательств к наименее травматичным и эффективным способам – микрохирургическим методам (Т.А.Федорова и соавт., 1993; М.А.Сейсембаев и соавт., 1996; Prapas Y. et al., 1995 Kasia J.M. et al., 1998). В этих условиях представляется особенно важным определение роли микрохирургии в комплексном лечении женщин, страдающих трубными формами бесплодия. Многообразие женского трубного бесплодия является основой и исходной базой для выработки оригинальных методических рекомендаций с учетом локальных особенностей и специфики. Необходима разработка унифицированных схем отбора больных для микрохирургической коррекции, послеоперационного поведения пациенток, рекомендаций для заинтересованных учреждений.

Вышеперечисленные проблемы определили актуальность проведения настоящего исследования.

Цель исследования: разработать эффективные методы микрохирургической реконструкции трубного бесплодия в зависимости от локализации непроходимости.

Задачи исследования

- 1) Разработать общие показания к лечению трубного бесплодия с применением микрохирургических методов.
- 2) Определить тактику хирургического лечения больных с трубной непроходимостью в терминальном отделе.
- 3) Разработать способы микрохирургического восстановления проходимости маточных труб в среднем и в истмо-интерстициальном отделах.
- 4) Изучить отдаленные результаты использования микрохирургических методов коррекции трубного бесплодия.

Научная новизна

- Научно и клинически обоснована эффективность реконструкции терминального отдела маточных труб способом сальпингостоматоластики, приоритетность которого подтверждена авторским свидетельством на изобретение (№1674800 от 8 мая 1991г.).
- Доказано, что новый метод выполнения атравматического шва на стенках маточных труб с последующей перитонизацией сальпингоанастомоза способствует созданию условий для нормального пассажа яйцеклетки по маточной трубе, предупреждению возможности рубцовых изменений и снижению травматичности операций.
- Разработана оригинальная атравматичная методика проведения через брюшную стенку внутритрубного протектора, позволяющего контролировать проходимость маточных труб и вводить через него лекарственные вещества.
- Впервые с целью устранения несоответствия положения яичника и неостомы предложен способ овариотубопексии, что устраняет возможность дистопии яичника вследствие рубцовых изменений после операции.
- Разработаны дифференцированные показания к использованию микрохирургических методов коррекции трубной непроходимости, определены оптимальные сроки проведения реконструктивных операций и удаления трубных протекторов.

Практическая значимость

- Разработаны и внедрены для клинического использования специальные карты предоперационного обследования для поликлинических подразделений родовспомогательных учреждений типа "Брак и семья", способствующих предварительной селекции больных, страдающих трубным

бесплодием, для направления в стационар.

- Разработана специальная схема послеоперационного поведения для больных, перенесших микрохирургические операции на маточных трубах.
- Предложены и апробированы в клинической практике новые приемы проведения трубных протекторов, сальпингоовариолизиса при сочетанном тубоперитонеальном бесплодии.
- Разработано и внедрено в клиническую практику устройство для фиксации маточных труб, значительно облегчающее микрохирургический этап оперативного вмешательства.

Внедрение результатов работы

Результаты исследования внедрены в практику работы отделения микрохирургии Национального госпиталя Минздрава Кыргызской Республики, консультации "Брак и семья" Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии и гинекологических отделений родильных домов г. Бишкек. Внедрение осуществлялось путем выполнения микрохирургических операций, чтения лекций в соответствующих учреждениях, подготовки методических рекомендаций.

Положения, выносимые на защиту

1. Основным показанием к микрохирургическому восстановлению проходимости маточных труб является наличие первичной или вторичной трубной непроходимости.
2. Наиболее рациональным микрохирургическим методом восстановления проходимости маточных труб в терминальном отделе является авторский способ сальпинголастики.
3. При проведении реконструктивных операций с непроходимостью труб в проксимальном и среднем отделах следует использовать предложенный способ перитонизации и введения трубного протектора.
4. Использование предложенных усовершенствований методов лечения трубной непроходимости способствует повышению благоприятных исходов оперативных вмешательств в ближайшем и отдаленном периодах.

Личный вклад соискателя

Набор материала, все оперативные вмешательства, анализ результатов выполнены соискателем. Обобщение, выводы, разработка нового способа проведения хирургической операции и усовершенствования ранее применяемых также выполнены диссертантом.

Апробация работы

Материалы исследования доложены и обсуждены на:

- Юбилейной конференции «Развитие хирургии в Киргизии» к 80-летию акад. И.К.Ахунбаева. – Бишкек, 1988.

- 1 республиканском съезде акушеров-гинекологов. – Бишкек, 1990.
- 2 съезде хирургов Кыргызстана. – Бишкек, 1995.
- Юбилейной конференции «Развитие хирургии в Кыргызстане» к 90-летию акад. И.К.Ахунбаева. – Бишкек, 1998.
- Заседании кафедры общей хирургии, анестезиологии и реаниматологии Кыргызской государственной медицинской академии. – Бишкек, 2001.
- Заседании межкафедрального совета КГМА в 2002г.
- Заседании ученого совета КНИИАиП в 2003г.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 17 научных статей, получено 1 авторское свидетельство на изобретение, внедрено 7 рационализаторских предложений, подготовлен 1 научный видеофильм, разработано 2 методических письма.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 143 страницах компьютерного набора в формате "World 97", состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственного материала, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, содержащего 253 литературных источника, из них 154 - ближнего и 99 - дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 43 рисунками и 11 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Характеристика клинического материала

В основу исследования легли результаты оперативного лечения 65 женщин, находящихся на лечении в отделении пластической и реконструктивной микрохирургии и хирургии кисти Национального госпиталя Минздрава Кыргызской Республики за период с 1988 по 2001 годы.

Таблица 1

Возрастная структура исследуемого контингента женщин, страдающих первичным и вторичным бесплодием

Вид бесплодия	Возрастные группы						Всего	%
	До 25 лет		25-29 лет		30 и старше			
	n	%	n	%	n	%		
Первичное	1	50,0	9	30,0	3	11,1	16	24,6
Вторичное	4	50,0	21	70,0	24	88,9	49	75,4
Всего	8	12,3	30	46,2	27	41,5	65	100,0

Из таблицы 1 следует, что в возрастной структуре исследуемого контингента первое место занимали женщины в возрасте 25 - 30 лет - 30 (46,2%); второе - в возрасте 30 лет и старше - 27 (41,5%); третье место - в возрасте до 25 лет - 8 (12,3%).

При более глубоком исследовании установлено, что удельный вес первичного бесплодия в общей совокупности изучаемого контингента составлял 24,6% (16), вторичного - 75,4% (49), т.е. в 3,1 раза больше, чем первичного.

При определении указанных коэффициентов в возрастном аспекте установлена определенная закономерность:

- в возрастной группе до 25 лет доли первичного и вторичного бесплодия равны (50,0 и 50,0 %);

- в возрастной группе 25-29 лет доля вторичного бесплодия в 2,3 раза больше, чем первичного;

- в возрасте 30 лет и старше доля вторичного бесплодия в 8 раз больше, чем первичного (88,9 против 11,1 %).

Среди основных причин первичного бесплодия наблюдалась непроходимость маточных труб вследствие ранее перенесенной гонорей в 50,0% (8 больных) случаев, хламидийной инфекции - в 37,5% (6); другие причины отмечены у 2 больных, т.е. в 12,5% наблюдений. Во всех случаях первичного бесплодия оперативному лечению подвергались больные, предварительно получившие курс лечения от инфекции, явившейся возможной причиной основного заболевания.

Наиболее частыми причинами вторичного бесплодия являлись перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - острый и хронический аднексит, эндометрит, которые были отмечены у 20 больных (40,8%). Осложнения после родов и аборт наблюдали у 18 женщин (36,7%). Хирургическая стерилизация ранее была выполнена 2 женщинам (4,1%), прочие причины - у 3 (6,2%).

Сопутствующие заболевания гениталий (кисты яичников, миомы матки и др.) наблюдались у 7 больных с первичным и у 23 женщин, страдающих вторичным бесплодием (59,7%).

Важнейшим показателем, характеризующим трубное бесплодие в плане показаний к его хирургическому лечению, является наличие и степень спаечного процесса в малом тазу. В нашем исследовании спаечный процесс различной степени выраженности отмечался у всех 65 женщин.

При этом установлено преобладание спаечного процесса II-III степени у больных с вторичным бесплодием, в то же время выявлен больший удельный вес спаечного процесса III-IV степени у пациенток, страдающих первичным бесплодием.

Оперативному лечению, в основном, подвергались больные с длительностью бесплодия от 3 до 8 лет. Это было связано, как правило, с поздним

направлением больных в стационар для микрохирургической коррекции после неоправданно длительного, порой в течение нескольких лет, консервативного лечения гидротубациями и рассасывающей терапией при уже констатированной полной непроходимости маточных труб. Было отмечено, что консервативная терапия лишь ухудшала прогноз, так как приводила к перерастяжению стенок труб и развитию дегенеративных изменений в ее стенках.

Наиболее часто, по нашим данным, встречалась непроходимость маточных труб в абдоминальном отделе (42 наблюдения), у 15 женщин было поражение истмоинтерстициального отдела, у 6 больных констатирована комбинированная, сочетанная непроходимость, т.е. двойная непроходимость с одной стороны и в истмическом отделе – с другой. У 2 женщин после ранее произведенной хирургической стерилизации отмечалась непроходимость в среднем отделе маточных труб (табл. 2).

Таблица 2

Распределение исследуемого контингента женщин по месту локализации непроходимости маточных труб

Уровень непроходимости	Вид бесплодия					
	Первичное		Вторичное		Всего	%
	п	%	п	%		
Дистальный отдел	12	75,0	30	61,2	42	64,6
Истмоинтерстициальный	2	12,5	13	26,5	15	23,1
Средний отдел	-		2	4,1	2	3,1
Сочетанная непроходимость	2	12,5	4	8,2	6	9,2
Всего	16	24,6	49	75,4	65	100,0

Методы исследования

Нами была разработана схема обследования и отбора больных для микрохирургической реконструкции при патологии маточных труб, которая рассылалась в женские консультации и гинекологические отделения. В целом, она основывалась на общепринятых критериях обследования больных с трубным бесплодием и включала:

- общеклинические исследования (общий анализ крови и мочи, рентгеноскопия органов грудной клетки, электрокардиография и т.д.);
- график ректальной температуры не менее, чем за 3 менструальных цикла;
- гистеросальпингографию водным раствором на 18-23 день менструального цикла;

- гистероскопию;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- спермограмму мужа (дважды, с перерывом в 2 недели);
- анализ суточной мочи на 17-кетостероиды на 7-9 день цикла;
- мазки на степень чистоты из цервикального канала и уретры после комбинированной провокации и посев флоры с определением чувствительности к антибиотикам.

Все остальные обследования выполнялись по общепринятым методикам у всех больных и имели лишь вспомогательный характер.

Статистическую обработку производили методом вариационной статистики с вычислением коэффициента Стьюдента.

Результаты собственных исследований

В ходе проведения исследования была усовершенствована методика отбора больных для реконструктивных операций на маточных трубах, которая, учитывая общепринятые принципы, а также локальную специфику, сформулирована следующим образом.

Показания:

Микрохирургической коррекции подлежат больные с первичным и вторичным трубным бесплодием.

Противопоказания:

- Туберкулез половых органов и других систем.
- Острый воспалительный процесс в малом тазу, перенесенный в ближайшие шесть месяцев.
- Пороки развития матки.
- Длительность бесплодия свыше двух лет в возрасте 30-35 лет.
- Гормональные нарушения, не поддающиеся коррекции.
- Миома матки значительных размеров.
- Двусторонняя непроходимость маточных труб в виде сактосальпингсов больших размеров с остатком непораженной части трубы менее 6 см.
- Соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказанием к беременности.

Оперативное вмешательство выполняли на 8-12 сутки после начала менструации, т.е. в регенеративную фазу цикла, так как именно в эти сроки наблюдается наибольшее очищение гениталий и брюшной полости от остатков крови. Во время операции осуществляли открытую ревизию, выполняли сальпингоовариолиз с освобождением матки, маточных труб, яичников из спаек, используя при этом предельно осторожную, прецизионную технику. Маточные трубы фиксировали специально разработанными нами зажимами для проведения реконструктивных операций (рационализаторское

предложение N 484 от 28 марта 1988 года). Целесообразность данной разработки была обусловлена тем, что во время операции необходимо достичь стабильности маточных труб при наименьшей травматичности и возможно более поверхностного их расположения. Использование его показало высокую эффективность в ходе проведения микрохирургической реконструкции проходимости маточных труб. При микрохирургическом этапе операции применяли операционный микроскоп "Opton - 04" с увеличением от x8 до x32, специальный набор инструментария и синтетический шовный нерассасывающийся материал фирм "Ethicon" и "Sharpoin" 7/0 - 10/0. В течение операции постоянно увлажняли операционное поле физиологическим раствором для предупреждения высыхания серозных оболочек. В ходе восстановления проходимости маточных труб у всех больных использовали протекторы, которые представляли собой полихлорвиниловые или силиконовые трубки диаметром 0,8 мм. Протекторы устанавливали по оригинальной методике (рационализаторское предложение N 492 от 22 декабря 1988 года).

Модификация данной методики заключается в проведении протектора через просвет маточной трубы в полость матки и выведении его дистального конца через переднюю брюшную стенку с помощью пункционной методики скольжения по проводнику, что способствует наименьшей травматичности его проведения и последующего удаления; создает возможность введения лекарственных веществ и осуществления контроля за проходимостью маточных труб после операции с помощью рентгенологических методов и хромотеста.

Основной целью установления протектора была профилактика реокклюзии труб. Его удаляли на 3-4 сутки после окончания очередной менструации, т.е. в период наименьшего риска возникновения воспалительных явлений в гениталиях.

Во всех случаях операцию завершали введением в полость малого таза раствора полиглокина для профилактики образования спаек, проведением теста хромпертубации для контроля проходимости восстановленных маточных труб.

Все мероприятия в послеоперационном периоде были направлены на предупреждение инфекции, развития спаек в полости малого таза и склеротических процессов в зоне реконструкции. С этой целью были разработаны методические рекомендации (схема) по поведению больных после операций на маточных трубах:

- Раннее вставание больных после операции.
- Минимальные физические нагрузки.
- Проведение профилактической противовоспалительной и рассасывающей терапии (антибиотики, лидаза, гинекомассаж).
- Половые отношения с использованием одного из методов барьерной контрацепции в течение 2-3 месяцев после операции в зависимости от тяжести

реконструкции.

- Предупреждение вероятности возникновения общих инфекционных заболеваний (грипп, ангина и т.д.).
- Контрольная гистеросальпингография через 2,5 - 3 месяца после операции.

- Контрольное УЗИ через 2-3 недели в случае задержки менструации.

Методические разработки были утверждены лечебно-профилактическим Управлением Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и были разосланы во все гинекологические учреждения.

Непроходимость маточных труб в терминальном отделе встречается достаточно часто и представляет собой наиболее неблагоприятный вид бесплодия, плохо поддающийся как консервативному, так и хирургическому лечению по ряду причин. Во-первых, свободное расположение ампулярных отделов маточных труб в брюшной полости способствует развитию спаечного процесса вследствие воспалительных явлений и хирургических вмешательств. Во-вторых, длительное консервативное лечение с использованием гидротубаций приводит к перерастяжению стенок маточной трубы и дегенеративным изменениям в ее мышечном слое, наиболее важном в функциональном отношении. Все это определяет особую сложность проблемы лечения больных с трубным бесплодием этой локализации.

По нашим данным, непроходимость в дистальной части маточных труб отмечена у 42 больных (64,6%). Средний возраст больных в этой группе составил $26,9 \pm 3,15$ лет. Чаше дистальная непроходимость отмечалась у больных с вторичным бесплодием и выявлена у 30 больных (71,4%), с первичным бесплодием — у 12 (28,6%). Всем им неоднократно до поступления в стационар проводились гидротубации от 2 до 5 лет с сопутствующей консервативной терапией, которые не принесли эффекта.

23 пациентки (54,8%) этой группы оперированы с использованием сальпингостомии по обычной методике формирования 4 лепестков из стенок маточной трубы с микрохирургическим ушиванием краев лоскутов. 15 больным (35,7%) выполнена сальпингостоматопластика по предложенной нами оригинальной методике. Фимбриолиз и фимбриопластика произведены 4 женщинам (9,5%).

Сравнительная характеристика пациенток, страдающих трубным первичным и вторичным бесплодием вследствие непроходимости в дистальном отделе, в зависимости от метода лечения, представлена в табл. 3.

Таблица 3

Сравнительная характеристика реконструктивных операций больных с первичным и вторичным бесплодием в дистальном отделе

Вид операции	Вид бесплодия				Всего	%
	Первичное		Вторичное			
	п	%	п	%		
Фимбриолизис и фимбриопластика	3	75,0	1	25,0	4	9,5
Обычная сальпингостомия	8	34,8	15	65,2	23	54,8
Оригинальная сальпингостомия	1	6,7	14	93,3	15	35,7
Всего	12	28,6	30	71,4	42	100,0

Как уже было указано, по обычной методике В.С.Крылова с соавт. (1985) оперированы 23 больных с непроходимостью в дистальном отделе маточных труб. Данная патология, как правило, встречается при спаечном процессе П-III степени. При этом виде поражения фимбрии не идентифицируются. Целью операции является создание нового ампулярного отверстия маточной трубы и возможность укрывания мышечного и подслизистого слоев маточных труб, предупреждение образования новых спаек и «слипания» лепестков между собой с сохранением внутреннего пространства маточных труб на более длительный срок.

Достаточно большое количество осложнений при использовании этой операции побудило нас к разработке и усовершенствованию существующих методов реконструкции при непроходимости маточных труб в ампулярном отделе. Оригинальная методика сальпингостоматоластики была использована у 15 больных (авторское свидетельство СССР № 1674811 от 8 мая 1991 г.). Способ осуществляли следующим образом. Под углом в 45° производили два косых разреза на нижней поверхности маточной трубы. Выкраивали треугольный лоскут, основанием направленный к проксимальной ее части. При разворачивании оставшихся углов маточной трубы формировали трапециевидный лоскут на верхней поверхности. Края лоскутов тщательно прошивали погружными серозно-слизистыми швами микрохирургической нитью 8/0 под оптическим увеличением. При этом сначала захватывали слизистую оболочку, отступя от края 0,5 мм, производили выкол, затем вкол и выкол на серозной оболочке на расстоянии 0,5 мм от края (рационализаторское предложение № 483 от 25 марта 1988). При завязывании такого шва подслизистый и мышечный слои полностью погружаются внутрь и покрываются серозной оболочкой. Основными преимуществами предложенного нами шва, по сравнению с известными методиками, являлось снижение травматичности операции и профилак-

тика послеоперационных рубцовых осложнений в зоне шва.

Верхушку треугольного лоскута подшивали одним швом к нижней поверхности маточной трубы (со стороны мезосальпинкса) слизистой оболочкой наружу, образуя ложе. Углы трапециевидного лоскута захватывали одним швом и этой же нитью фиксировали в верхней части маточной трубы в точке, диаметрально противоположной месту фиксации треугольного лоскута, также слизистой оболочкой наружу.

С целью устранения несоответствия положения яичника и стомы, нами был предложен способ овариотубопексии (рационализаторское предложение № 768). Мобилизовывали собственную связку яичника, а последний фиксировали тремя микрошвами к сформированному ложу у основания треугольного лоскута в преддверии сальпингостомы. Преимуществом предложенного нами способа считаем устранение возможности дистопии яичника вследствие рубцовых изменений после операции.

Сравнительный анализ результатов использования обычной методики сальпингостоматоластики и оригинального способа показал некоторые преимущества последнего. Так, проходимость маточных труб в сроки более 3 месяцев после обычной стоматоластики наблюдалась у 18 из 23 больных (78,3%) и в 12 из 15 наблюдений (80,0%) при использовании оригинальной методики.

Четверо из 42 больных (9,5%) с поражением в ампулярном отделе маточных труб были оперированы с использованием фимбриолиза и фимбриопластики. У всех этих больных непроходимость маточных труб возникла лишь за счет слипания и рубцовой деформации бахромок, что создавало наиболее благоприятные условия для восстановительной операции. Операции фимбриолиза и фимбриопластики заключались в аккуратном, тщательном разделении всех спаек с использованием микрохирургического инструментария.

По результатам проведенного исследования проходимость маточных труб через 3 месяца отмечалась у всех 4 пациенток, а маточная беременность наступила у троих. Случаев внематочной беременности не было. Столь хорошие результаты в этой группе больных мы объясняем минимальным поражением концевого отдела маточных труб и использованием микрохирургической техники.

По нашим данным, непроходимость маточных труб в среднем и истмоинтерстициальном отделах отмечена у 17 больных (26,2%), комбинированная, сочетанная непроходимость – у 6 (9,2%). Средний возраст больных в этой группе составил 28,7±3,24 лет. В большем количестве случаев непроходимость отмечалась в истмическом отделе – 20 больных (87,0% наблюдений), у 2 пациенток – в среднем отделе (8,7%) и у 1 женщины окклюзия локализовалась в интерстициальном отделе (4,3% наблюдений). Все больные до поступления в стационар лечились у гинеколога с использованием консервативной терапии

от 2 до 8 лет без эффекта.

2 больных этой группы оперированы по поводу ранее произведенной хирургической стерилизации с использованием методики восстановления проходимости маточных труб наложением сальпинго-сальпингоанастомоза, 20 больным при окклюзии в истмическом отделе произведена реконструкция с использованием тубокорнуального анастомоза и у 1 женщины выполнена имплантация маточных труб в матку при непроходимости в интерстициальном отделе.

Сравнительная характеристика пациенток, страдающих трубным первичным и вторичным бесплодием вследствие непроходимости в среднем и истмоинтерстициальном отделах, в зависимости от оперативного вмешательства, представлена в табл. 4.

Таблица 4

Сравнительная характеристика реконструктивных операций больных с первичным и вторичным бесплодием в проксимальном и среднем отделах

Вид операции	Вид бесплодия					
	Первичное		Вторичное		Всего	
	п	%	п	%	абс.	%
Тубокорнуальный анастомоз	2	14,3	12	85,7	14	60,9
Имплантация трубы в матку	-	-	1	-	1	4,3
Сальпинго-сальпингоанастомоз	-	-	2	-	2	8,7
Сочетанная реконструкция	2	33,3	4	66,7	6	26,0
Всего	4	17,4	19	82,6	23	100,0

Как уже было отмечено выше, восстановление маточных труб в среднем отделе путем наложения сальпинго-сальпингоанастомоза было произведено у 2 женщин после хирургической стерилизации. С использованием оптического увеличения идентифицировали и определяли локализацию и протяженность окклюзированного участка трубы. Выполняли иссечение всех измененных участков до здоровых тканей. Производили сближение обработанных концов маточных труб с использованием специальных инструментов и наложением послабляющих швов на мезосальпинкс. В проксимальный и дистальный концы маточной трубы проводили трубный протектор по оригинальной методике, описанной выше. В поперечном направлении на брыжейке маточной трубы выкраивали четырехугольный лоскут с сохранением питающих сосудов (рационализаторское предложение № 767) для последующей перитонизации анастомоза, который ушивали в два слоя, без захвата слизистой оболочки, нитью

8/0. Первый слой накладывали путем вкола через мышечную оболочку с выколом вблизи слизистой, но без ее захвата. Особое внимание уделяли тому, чтобы концы нитей не попадали в просвет маточной трубы. Вторым рядом швов также накладывали нитью 8/0 на серозную оболочку маточной трубы. После наложения двухрядного циркулярного шва производили поворот лоскута мезосальпинкса на 90°, окутывая им зону анастомоза. Вторичный дефект брыжейки маточной трубы ушивали микрохирургическими швами 7/0.

По нашему мнению, предложенным способом перитонизации достигается положительный эффект по сравнению с известными методиками: уменьшается травматичность операции за счет изоляции зоны анастомоза брыжейкой маточной трубы, предупреждается вероятность ее перегиба в зоне шва и возможность рубцовых изменений анастомоза, что создает условия для нормального пассажа яйцеклетки. Во всех наблюдениях использовали трубные протекторы по описанной выше методике с проведением теста хромпертубации.

У 20 больных с непроходимостью маточных труб в истмическом отделе, в том числе у 6 из них с сочетанной непроходимостью, была выполнена микрохирургическая реконструкция с использованием тубокорнуальных анастомозов. Операцию производили по следующей методике. С использованием оптического увеличения производили иссечение облитерированного участка маточной трубы в пределах здоровых тканей до появления неизменной слизистой оболочки. Затем подготавливали корнуальный сегмент матки путем иссечения всех рубцовых тканей и проведения трубного протектора по описанной выше методике. Аналогично готовили истмический конец маточной трубы. Для сближения анастомозируемых ее участков и матки накладывали швы нитью 6/0 - 7/0 между мезосальпинксом и серозной оболочкой матки. Затем – наложение двухрядного микрохирургического шва на подслизистомышечный слой и серозную оболочку по методике, аналогичной формированию сальпинго-сальпингоанастомоза.

Проходимость маточных труб после указанной операции в сроки от 3 до 6 месяцев отмечена у 13 больных (65,0% наблюдений).

Имплантация маточных труб в матку была выполнена у 1 больной с непроходимостью в интерстициальном отделе. Методика вмешательства заключалась в следующем. Иссекали под оптическим увеличением облитерированную часть интерстициального отдела маточной трубы. Учитывая выраженный спаечный процесс в области рога матки, производили гетеротопическую имплантацию. Анастомозируемый участок маточной трубы готовили также как при выполнении тубокорнуального анастомоза. Далее, на задней стенке матки, в зоне, наиболее свободной от рубцовых изменений, формировали отверстие, через которое проводили протектор. Концевой участок маточной трубы рассекали на 2 лоскута в продольном направлении, которые прошивали нитью 7/0 через все слои. Конец маточной трубы погружали в сформированную

стому в матке и фиксировали ее к стенке, подшивая изнутри кнаружи во избежание попадания узлов в полость матки и просвет маточной трубы. Описанная выше методика вворачивающего шва, использованная нами в оригинальной модификации (рационализаторское предложение № 764), позволила нам уменьшить риск послеоперационной реокклюзии маточных труб за счет исключения соприкосновения раневых поверхностей резецированного ее участка и краев сформированной в матке стомы, создать возможность наступления нормальной маточной беременности за счет образования гладкой поверхности новообразованного маточно-трубного перехода.

Таким образом, обязательными этапами всех операций при восстановлении проходимости маточных труб в среднем и истмо-интерстициальном отделах должны быть сальпингоовариолиз и применение шадящей микрохирургической техники. Целесообразно наложение двухрядного анастомоза и использование внутритрубных протекторов с целью профилактики реокклюзии маточной трубы после операции.

Ближайшие результаты реконструктивной микрохирургии трубной непроходимости в среднем и истмо-интерстициальном отделах, изученные нами по данным контрольных гистеросальпингографий, продемонстрировали восстановление проходимости маточных труб у 14 из 23 больных (60,9%). Реокклюзия отмечена у 4 больных после наложения тубокарнуальных анастомозов и у 5 - после сочетанной реконструкции.

Отдаленные результаты микрохирургической коррекции различных видов трубного бесплодия были изучены в сроки от 6 месяцев до 5 лет у 65 оперированных женщин (100 %). Отдаленные результаты оценивались при непосредственном обращении к нам больных после операций и по данным анкетирования, с этой целью нами были разработаны специальные анкеты, которые рассылались всем оперированным пациенткам.

В основу изучения отдаленных результатов микрохирургических операций был положен принцип исследования исходов в зависимости от вида бесплодия и локализации поражения.

Сводные данные об отдаленных результатах использования микрохирургических методов коррекции трубного первичного и вторичного бесплодия представлены в табл. 5.

Таблица 5

Отдаленные результаты после микрохирургической реконструкции больных первичным и вторичным бесплодием при различных видах оперативного вмешательства

Вид операции	Вид бесплодия						Всего больных	%
	Первичное		Вторичное		Всего			
	маточ. берем	труб. берем	маточ. берем	труб. берем	маточ. берем	труб. берем		
Фимбриолиз и фимбриопластика	2	-	1	-	3	-	4	6,2
Обычная сальпингостомия	1	2	3	2	4	4	23	35,4
Оригинальная сальпингостомия	-	-	4	1	4	1	15	23,1
Тубокарнуальный анастомоз и имплантация труб	-	-	7	1	7	1	15	23,1
Сальпинго-сальпингоанастомоз	-	-	2	-	2	-	2	3,0
Сочетанная реконструкция	-	1	-	-	-	1	6	9,2
Итого	3	3	17	4	20	7	65	100,0

Как видно из приведенной выше таблицы, маточная беременность значительно чаще наступала у больных с вторичным бесплодием, чем у женщин, страдающих первичным – 17 случаев против 3 соответственно, что составляет $18,8 \pm 1,1\%$ и $34,7 \pm 7,0$ ($p < 0,05$). Этот факт можно объяснить тем, что ранее рожавшие женщины являются более подготовленными к наступлению повторной беременности, а устранение спаечной деформации и окклюзии маточных труб создает более благоприятные условия для зачатия.

Из 42 больных, оперированных по поводу непроходимости маточных труб в терминальном отделе, маточная беременность наступила у 11 женщин (26,2%), а внематочная беременность - у 5 (11,9%) пациенток.

Относительно небольшую частоту наступления беременности в этой группе больных можно объяснить тем, что больные с непроходимостью маточных труб в терминальном отделе поступали к нам после длительного консервативного лечения при наличии выраженного спаечного процесса и нарушения их функции.

Наилучшие отдаленные результаты в этой группе больных наблюдались после операций фимбриолиза и фимбриопластики, т.е. при минимальном спаечном поражении концевых отделов маточных труб. Так, проходимость труб

через 3 месяца отмечалась у всех 4 пациенток, а маточная беременность наступила у троих. Случаев внематочной беременности не было. Столь хорошие результаты в этой группе больных мы объясняем минимальным поражением концевого отдела маточных труб и использованием микрохирургической техники.

Маточная беременность наступила у 4 из 23 женщин (17,4%), перенесших операции обычной стоматоластики, и у 4 из 15 больных (26,7%), оперированных по оригинальной методике. У одной из 4 женщин, оперированных по обычной методике В.С. Крылова, маточная беременность закончилась выкидышем, что не было связано с погрешностями оперативного вмешательства, а явилось, вероятно, следствием недоучета сопутствующих факторов при постановке показаний к операции и недостаточной послеоперационной коррекции сопутствующих нарушений. Трубная беременность наступила у 4 пациенток (17,4%), оперированных по обычной методике, и у одной (6,7%) – по оригинальному способу.

Относительно небольшой процент наступления маточной беременности при достаточно высоком риске появления внематочной беременности можно объяснить тем, что больные этой категории поступают в специализированную клинику после длительного консервативного лечения при наличии больших сактосальпинксов и дегенеративных изменений в маточных трубах.

Таким образом, статистический анализ результатов показывает преимущества, хотя и незначительные, оригинальной методики выполнения сальпингостоматоластики по сравнению с обычным способом реконструкции.

Из 23 больных, оперированных по поводу непроходимости маточных труб в среднем и истмо-интерстициальном отделах, нормальная беременность, закончившаяся родами, наступила у 9 женщин (39,1%), трубная – была отмечена у 1 пациентки, которая наступала чаще, нежели у больных с поражением маточных труб в дистальном отделе ($p < 0,01$). Внематочная беременность наблюдалась у одной больной после наложения тубокарнуального анастомоза и у одной пациентки с окклюзией истмического отдела с одной стороны и терминального отдела – с другой.

Оценивая ближайшие и отдаленные результаты микрохирургической реконструкции маточных труб при сочетанном поражении, можно сделать ряд заключений. В подавляющем большинстве случаев (5 из 6 наблюдений) уже в ближайшем послеоперационном периоде была отмечена непроходимость маточных труб по данным гистеросальпингографий. В единственном случае, когда после операции наблюдалась проходимость маточных труб, наступила внематочная беременность. Эти факты позволяют сделать заключение, что показания к микрохирургической коррекции сочетанной непроходимости маточных труб должны быть резко ограничены. Необходимо дальнейшее детальное исследование и разработка особой тактики лечения этой категории

больных, возможно многоэтапной и с использованием различных методик – консервативных, микрохирургических и эндоскопических.

У двух больных, оперированных с использованием сальпинго-сальпинго-анастомозов, после ранее произведенной хирургической стерилизации наступила нормальная маточная беременность, завершившаяся родами. Успешные результаты, полученные нами, а также данные, приводимые другими авторами, можно объяснить тем, что именно у этих больных отмечается наименьший спаечный процесс, реконструкция выполняется в наиболее сопоставимом по диаметру отделе маточных труб и отсутствовала отягощающая сопутствующая патология.

Из 14 больных с непроходимостью маточных труб в истмическом отделе, оперированных с использованием тубокарнуальных анастомозов, у 6 женщин наступила маточная беременность и у одной – внематочная. У одной больной с окклюзией маточных труб в интерстициальном отделе наступила маточная беременность. Провести объективную оценку на основании результата лишь одного случая невозможно. Вместе с тем, принимая во внимание достаточно большое количество осложнений после имплантации труб в матку, описанных в литературе, и полученный нами положительный результат, можно сделать предварительное заключение о целесообразности использования предложенной нами модификации этого вмешательства.

Таким образом, подводя итог проведенному нами исследованию, можно сделать заключение, что микрохирургические способы реконструкции трубной непроходимости являются одними из важных звеньев комплексного лечения бесплодия у женщин, однако должны применяться по строгим показаниям и в сочетании с другими методами.

Выводы

1. Хирургическое лечение первичного и вторичного бесплодия, обусловленного непроходимостью маточных труб, должно проводиться в специализированных стационарах с применением прецизионной техники пациентам в возрасте 20 – 35 лет.
2. При проведении реконструкции маточных труб в терминальном отделе целесообразно использовать методику формирования неостомы треугольным и трапециевидным лоскутами, что снижает вероятность реокклюзии просвета и развития осложнений.
3. Восстановление проходимости маточных труб в среднем и проксимальном отделах должно проводиться с обязательным использованием микрохирургической техники, наложением двухрядного микрошва на анастомоз и с применением трубного протектора. При выраженном рубцовом процессе тубокарнуальной зоны методом выбора является гетеротопическая

17. Роль микрохирургии в комплексном лечении больных с непроходимостью маточных труб. // Азиатский вестник акушеров-гинекологов. – Том 9. - Бишкек, 2001.- С. 59-61.

Изобретения

Способ сальпингостоматоластики. (Госкомизобретений СССР от 08.05.1991. Авторское свидетельство №1674811). Москва. Бюллетень изобретений № 33 от 07.09.1991. (Соавт. В.П. Покровский).

Рацпредложения

- | | |
|---|------------|
| 1. № 483 «Способ шва при неосальпингостомии» | 25.03.1988 |
| 2. № 484 «Устройство для стабилизации маточных труб» | 25.03.1988 |
| 3. № 492 «Способ выведения трубного протектора» | 22.10.1988 |
| 4. № 715 «Способ наложения тубокорнуального анастомоза» | 21.11.1997 |
| 5. № 764 «Способ реканализации маточных труб» | 28.06.1999 |
| 6. № 767 «Способ перитонизации сальпингоанастомоза» | 09.07.1999 |
| 7. № 768 «Способ овариотубопексии» | 09.07.1999 |

Аннотация

На диссертацию Анарбаева Асылбека Анарбаевича
«Реконструктивная микрохирургия тубоперитонеального бесплодия»
(14.00.27-хирургия, 14.00.01-акушерство и гинекология)

Ключевые слова: женщины, первичное и вторичное бесплодие, микрохирургическая коррекция, ближайшие и отдаленные результаты.

Объект исследования: 65 женщин с первичным и вторичным трубным бесплодием.

Цель исследования: разработать эффективные методы микрохирургической реконструкции трубного бесплодия, в зависимости от локализации непроходимости.

Методы исследования: общеклинические, лабораторные, хирургические, статистические.

Использовался операционный микроскоп «Opton-04».

В сравнительном аспекте изучены различные методы хирургического лечения в зависимости от локализации процесса. Автором предложен оригинальный микрохирургический метод сальпингостоматоластики, на что получено авторское свидетельство СССР, модифицирован ряд оперативных методик, хирургический инструмент – все это способствовало улучшению результатов микрохирургического лечения трубного бесплодия.

Изучены отдаленные результаты микрохирургических операций. Частота

наступления маточной беременности у основной группы больных значительно выше, нежели при использовании «традиционной» методики. Разработаны показания и противопоказания к микрохирургическим и реконструктивным операциям у женщин при трубном бесплодии.

Корутунду

Анарбаев Асылбек Анарбаевичтин
«Ич көндөйүндөгү жатын түтүкчөсүнүн
тукумсуздугун
хирургиялык калыбына келтирүү»
(14.00.27-хирургия, 14.00.01-акушерство жана гинекология)

Өзөктүү сөздөр: Аялдар, биринчилик жана экинчилик тукумсуздук, микрохирургиялык калыбына келтирүү, жакынкы жана алыс мөөнөттөгү жыйынтыктары.

Изилдөөнүн ченеми: Биринчилик жана экинчилик жатын түтүкчөсүнүн дарты менен жабыркаган 65 аял изилденген.

Изилдөөнүн максаты: Жатын түтүкчөсүндөгү тукумсуздукка алып келген дарттын жайгашуусуна карата түтүкчөнү калыбына келтирүүчү бир топ эффективдүү микрохирургиялык операция жолдорун иштеп табуу.

Изилдөө жолдору: жалпы клиникалык, лабораториялык, хирургиялык, статистикалык жаатта жүргүзүлгөн.

Операция учурунда «Opton-04» операциялык микроскобу колдонулган.

Тукумсуздуктун негизге себептери аныкталган, узак убакыт бою консервативдик ыкма менен дарылоонун, анын хирургиялык дарылоо жыйынтыктарына начар таасирин тийгизээри далилденген.

Автор тарабынан түтүкчөнү калыбына келтирүүчү микрохирургиялык оригиналдуу операция ыкмасы сунуш кылынган, ал үчүн СССРдин автордук күбөлүгү алынган, бир топ операция ыкмалары өркүндөтүлгөн, хирургиялык аспаптар - мунун бардыгы түтүкчө тукумсуздугунун микрохирургиялык дарылоосунун жыйынтыктарын жакшыртууга шарт түзгөн. Автор тарабынан микрохирургиялык операциялардын алыскы жыйынтыктары изилденген.

Негизге топто жатынга бойго бүтүүнүн саны бир топ эсе, адаттагы дарылоо ыкмасына салыштырганда арбын болгон. Эмгекте жатын түтүкчө тукумсуздугун микрохирургиялык калыбына келтирүү операцияларына көрсөтмөлөр жана ага карамакаршылыктар так аныкталган.

Abstract

to the dissertation of Anarbaev Acylbek Anarbaevich
«Reconstructive microsurgery of tuboperitoneal sterility»
(14.00.27-surgery, 14.00.01-obstetrics and gynecology)

Key words: women, initial and second sterile ness, microsurgical correction, nearest and distant result.

Research object: 65 women with initial and second tube sterile ness.

Research aim: to work out effective methods of microsurgical reconstruction and tube sterile ness in dependence with impassability localization.

Research methods: general clinical, laboratory, surgical, statistic.

An operative microscope "Opton-4" was used.

Different methods of surgical treatment in accordance with the process localization is studied in the comparative aspect.

The author suggested an original microsurgical method of salpingostomatoplastics with the author's certificate of the USSA, he modified a number operative methodic, surgical instruments-that all promotes improvements of the microsurgical treatment results of tube sterility.

The author studied the distant microsurgical operative results. Frequency of the uterine pregnancy of the main group of the patients is higher than in using "traditional" methodic. Positive and negative results of the microsurgical reconstructive operations of the patients female with tube sterility are worked out.

Тех.редактор *Курманалиев Б.К.*

Подписано к печати 11.03.2004. Формат бумаги 60x84¹/₁₆.
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,5 п.л. Тираж 100 экз. Заказ 87.

720044, Бишкек, ул. Сухомлинова, 20.
ИЦ "Текник" КТУ, т.: 42-14-55, 54-29-43
E-mail: ict@ktu.aknet.kg, beknur@mail.ru