

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ  
ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ

Одной из актуальных проблем современной гинекологии является лечение перитонеальной формы бесплодия, обусловленной перенесенным воспалительным процессом или оперативным вмешательством на органах малого таза [1]. Спаечному процессу органов малого таза отводится весьма важное место в структуре нарушения репродуктивной функции и причинах бесплодия. Частота его колеблется, по данным различных авторов, от 11 до 65% [2, 3]. При данном виде патологического процесса спайки способствуют изменению анатомического и функционального состояния внутренних половых органов, что приводит к нарушению механизма овуляции, восприятия яйцеклетки и ее транспорта. По этой причине вопросы диагностики и лечения спаечного процесса приобретают общемедицинское значение.

С внедрением в клинику эндоскопических методов исследования значительно улучшилась диагностика спаечного процесса в малом тазу, анатомо-топографических и функциональных изменений внутренних половых органов женщин, страдающих бесплодием, у которых применение общепринятых методов обследования (гистеросальпингография, биконтрастная гинекография, кимографическая пертубация) патологических изменений не выявило [3, 4]. С этой целью все чаще и с успехом применяют лапароскопию, которая представляется наиболее информативным методом в оценке спаечного процесса, его роли при бесплодии и позволяет производить необходимые оперативные вмешательства. По данным различных авторов, после лечения перитонеальной формы бесплодия методом оперативной лапароскопии маточная беременность наступает у 18—57% больных, трубная—у 2,6—15% [5].

В данной работе представлена сравнительная оценка эффективности операций, произведенных во время эндохирургического лечения перитонеальной формы бесплодия.

С этой целью нами проведен анализ данных анамнеза, общего статуса и лапароскопии у 80 пациенток. С целью исключения мужского бесплодия проводился анализ спермы и посткоитальный тест. Состояние яичников изучалось с помощью тестов функциональной диагностики, при необходимости определялись гормоны в крови (Prl, T, P), а также содержание 17-кетостероидов в суточной моче. Анатомо-функциональное состояние матки и маточных труб определяли методом гистеросальпингографии, лапароскопии. Степень распространения спаечного процесса в малом тазу, анатомо-топографическое состояние матки, яичников и маточных труб оценивали при лапароскопии с одновременной хромогидротубацией.

Средний возраст больных составил 29 лет. Первичное бесплодие наблюдалось у 50 больных, вторичное—у 30. Длительность бесплодия

составляла 2—16 лет, в среднем—9,3 года. Искусственные аборт в анамнезе—у 16, самопроизвольные выкидыши—у 10, роды—у 4 пациенток. Регулярный ритм менструаций отмечен у 88% пациенток, олигоменорея—у 12%. Экскреция 17-кетостероидов с мочой соответствует норме.

При обследовании 80 женщин, страдающих перитонеальной формой бесплодия, установлено, что 35 пациенткам произведены операции на органах брюшной полости, а у 26 женщин, по данным анамнеза, можно было предположить о наличии сальпингоофорита, который имел стертое или бессимптомное начало. Всем больным ранее неоднократно проводилась медикаментозная противовоспалительная терапия, включая и курсы гидротубаций. Применялись различные физические лечебные факторы, направленные на устранение воспалительного процесса в гениталиях, спаечного процесса в малом тазу.

Лапароскопию проводили всем больным с помощью комплекса аппаратуры фирмы «Storz» (Германия). К лапароскопии больных готовили так же, как и к лапаротомии. Операцию производили с применением общего обезболивания (эндотрахеальный наркоз).

Во время лапароскопии были выполнены следующие операции: сальпинголизис, овариолизис, сальпингоовариолизис, фимбриолизис, сальпингостомия. Тонкие бессосудистые спайки рассекали ножницами. Если же спайки были васкуляризованы, то их рассекали после обязательной предварительной коагуляции.

Фимбриолизис производили при фимозе фимбрий. К этому этапу операции приступали после полного высвобождения из спаек маточной трубы. При этом на фоне введенной синьки четко видна звездчатая структура рубца и место заполненного устья маточной трубы. Ампулярный отдел маточной трубы захватывали атравматическими щипцами и точечным коагулятором производили коагуляцию стенки трубы в области центра звездчатого рубца и поверхностную коагуляцию вдоль радиальных рубцов. После максимально возможного рассечения рубцов в области склеивания фимбрий браншу упругих атравматических щипцов вводили в просвет маточной трубы и расширяли сделанное отверстие.

При производстве операции сальпингостомии все вышеперечисленные процедуры повторяют, а затем на расстоянии 0,5—0,7 см от края устья трубы по его периметру производят точечную эндокоагуляцию брюшины. Вследствие эндокоагуляции наружные слои стенки трубы сокращаются и края стомы заворачиваются наружу, что препятствует их склеиванию в послеоперационном периоде.

Сочетание наружного генитального эндометриоза со спаечным процессом в малом тазу нами отмечено у 15 больных. Это говорит о том, что к развитию спаечного процесса приводят не только воспалительные процессы в области внутренних гениталий, но и наружный генитальный эндометриоз.

Для профилактики образования спаек в послеоперационном периоде больным по завершении операции в брюшную полость вводили 400 мл теплого физиологического раствора и гидрокортизона с по-

следующим дренированием брюшной полости. При сальпингостомии с 3-го дня послеоперационного периода назначали гидротубации. Всего на курс 6 процедур. В состав лекарственной смеси включали лидазу, гидрокортизон, антибиотик и 20 мл физиологического раствора. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Длительность наблюдения за больными в послеоперационном периоде составила 1,5 года. Из 80 женщин, которым была произведена лапароскопия, беременность наступила у 30, из коих у 7—внематочная. Родами в срок она закончилась у 18, у остальных—прогрессировала.

По нашему мнению, при более широком применении лапароскопии и разумном подходе к продолжительности консервативного лечения длительность бесплодия может быть значительно сокращена.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать вывод о большой информативности и лечебной ценности лапароскопии при лечении трубно-перитонеальной формы бесплодия.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ЕрМИ,  
РАГНЛ комплекс Минздрава РА

Поступила 6/II 1993 г.

Ա. Ֆ. Դրամբյան, Ռ. Ա. Աբրահամյան, Ս. Պ. Ֆիլյան

ԱՆՊՏՆՈՒԹՅԱՆ ՓՈԳՍԱՆՈՐՈՇՄԱՆ ԶԵՎԻ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ՈՒ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ցույց է տրված փոխ-որովայնամզային անսպողության տարբեր ձևերի ախտորոշման և բուժման մեջ պերիտոնոսկոպիայի դերը: Ներկայացված է էնդոպերիտոնոսկոպիայի բուժման ժամանակ կատարվող վիրահատությունների համեմատական գնահատականը:

A. F. Drampian, R. A. Abramian, S. P. Filjan

## Diagnosis and Treatment of Tuboperitoneal Form of Sterility

The significance of pelviscopy in diagnosis and treatment of different forms of tuboperitoneal infertility is shown in the paper. The comparative evaluation of the surgical interventions, conducted in case of endosurgical treatment is given.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пшеничникова Т. Я., Кузнецова Т. В., Пуганова Н. Л. и др. Сб.: Современные аспекты изучения репродуктивной функции женщины. М., 1982, с. 83.
2. Савельева Г. М. Эндоскопия в гинекологии. М., 1983.
3. Cognat. Audebert *Gynecologie*, 1982, t. 3, 537.
4. Semm K. *Operationslehre für endoskopische Abdominal Chirurgie*, 1984.
5. Semm K. *Pelviskopie ein operativer Leitfadens*, 1991, 95.