

Б. Н. МГЕЛАДЗЕ,  
Н. А. ТАТАРОВА, Л. А. СУСЛОПАРОВ  
Кафедра акушерства и гинекологии № 2  
Санкт-Петербургской  
государственной медицинской  
Академии им. И. И. Мечникова

## СПОСОБ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПРИ ТРУБНОМ БЕСПЛОДИИ У ЖЕНЩИН

**Предложен оригинальный метод операции реканализации интрамурального отдела маточной трубы, отличающийся от применявшихся ранее сохранением полной длины трубы, ее максимального кровоснабжения и иннервации, а также естественного канала в ее интрамуральном отделе.**

**Представлены результаты 20 операций. Эффективность операций по уровню возникновения беременностей при рациональном отборе больных достигает 70%.**

*Интрамуральный отдел маточной трубы отличается от всех прочих ее отделов наименьшим просветом (около 0,4 мм в диаметре) и расположением в толще стенки матки, что не позволяет проследить за его ходом и ограничивает операционный доступ к нему.*

*Вследствие этого единственным хирургическим способом ликвидации интрамуральной окклюзии до настоящего времени считается утеротубарная имплантация, при которой указанный участок либо иссекается, либо обходится [1, 2, 3, 4, 5]. В литературе описаны и в практической деятельности хирургов применяются различные варианты утеротубарной имплантации, которые характеризуются достаточно высокой травматичностью и сравнительно малым процентом восстановления проходимости интрамурального отдела и возникновения беременности. В связи с этим, нами предложен новый способ реканализации интрамурального отдела маточной трубы.*

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Маточную трубу рассекают, отступая от угла матки на 5-7 мм, поперечным разрезом, который производится до середины мышечного слоя нижней части трубы. Такое «неполное» пересечение маточной трубы сохраняет ее анатомическое кровоснабжение и иннервацию и позволяет в последующем максимально точно сопоставить и сшить однородные ткани микрохирургическими швами. Существенным моментом является сохранение проксимального отрезка трубы длиной 5-7 мм; если указанный отрезок ока-*

*жется меньшим — возникнут затруднения в наложении микрохирургического анастомоза из-за сокращения мышечного слоя трубы, если большим — могут встретиться сложности в проведении зонда-проводника через этот участок, не исключается возможность образования ложного хода.*

*Следующим этапом операции является перевод больной в положение для влагалищных операций, расширение цервикального канала расширителями Гегара до № 12 и используя метод гистероскопии, введение через цервикальный канал и полость матки в устье маточной трубы, и далее через ее интрамуральный отдел, специального изогнутого пуговичного зонда, повторяющего изгиб полости матки в сторону устья маточной трубы. Участок непроходимости секторально иссекается лезвием. Далее, к пока завшемуся из просвета трубы носику зонда присоединяют биологически инертную полипропиленовую нить толщиной 0,3 мм (рис. 1), расширяют интрамуральный отдел до 0,5 — 0,7 мм, проводя зонд несколь-*



Рис. 1.  
К носику зонда, проведенного через устье маточной трубы в ее интрамуральный отдел, после иссечения «фиброзной пробки» привязана полипропиленовая нить.

ко вперед (эта манипуляция необходима для наложения в последующем адаптированного микрохирургического анастомоза) и беспрерывно протягивают нить через матку и влагалище, извлекая зонд наружу. Через фимбриальный конец трубы проводят более короткий зонд аналогичной формы до места ее пересечения.

Свободный конец нити присоединяют к кончику зонда (рис. 2), протягивают через маточную трубу и выводят через ее абдоминальное отверстие с последующей фиксацией на передней брюшной стенке (рис. 3).

Проведение нити-протектора



при данной операции необходимо, так как протектор позволяет точно сопоставить концы сшиваемого эндосальпинкса и предохраняет от возникновения новой обтурации в период регенерации эпителия в месте анастомоза.

Операцию заканчивают наложением микрохирургического анастомоза «конец в конец» двурядным швом (4-5 мышечно-подслизистых

и 5-6 серозно-мышечных швов) (рис. 4).

Таким образом, преимуществами



операции реканализации интрамурального отдела маточной трубы перед другими операциями по ликвидации интрамуральной непроходимости являются:

1. Сохранение максимально возможного естественного кровоснабжения и иннервации маточной трубы.
2. Сохранение трубно-маточного угла как связующего анатомо-физиологического звена маточной трубы и матки, а также естественного канала в интрамуральном отделе маточной трубы.
3. Сохранение полной длины трубы.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Операция реканализации интрамурального отдела маточных труб была произведена 20 пациенткам, разделенным условно на 2 группы: в 1-ю группу вошли 10 женщин, которым производилась исключительно интрамуральная реканализация, причем одной из них — на единственной трубе, 2-ю группу составили 10 женщин, которым одновременно выполнялись сочетанные опе-

рации на других отделах маточных труб. Возраст всех женщин 1-й группы находился в пределах 26-30 лет. Анализ анамнестических данных показал, что у 1 женщины беременностей не отмечалось вообще, у 7 — единственная беременность закончилась неосложненным абортom, у 1 были роды и аборт и еще одна — имела аборт и трубную беременность. Аднексит зарегистрирован только у 1 пациентки. Длительность бесплодия колебалась от 5 до 9 лет, консервативное лечение составило от 3 до 5 лет. Девяти женщинам была произведена операция двусторонней реканализации интрамурального отдела маточных труб, одной пациентке — операция на единственной трубе. Лапароскопическая картина, полученная до операции, а затем и операционная картина обнаружили визуальную интактность маточных труб, отсутствие или минимальные проявления спаечного процесса. Послеоперационное течение у всех женщин протекало гладко. Катамнез прослежен в течение 1-4 лет. У 6 женщин с бесплодием, возникшим после единственного аборта, и у пациентки, операция которой производилась на единственной трубе, через 6 месяцев — 1,5 года после операции наступили беременности, закончившиеся срочными родами.

Во 2-й группе (10 женщин) 3 женщины были в возрасте до 30 лет, 7 — после 30 (30-36). В этой группе больных беременности в анамнезе отмечались у всех женщин, кроме того, у 8 из 10 женщин диагностировался хронический аднексит, по поводу которого они неоднократно находились на амбулаторном, стационарном и санаторно-курортном лечении. Длительность бесплодия составляла от 6 до 12 лет. В данной группе больных вмешательства на маточных трубах сочетались следующим образом: у 6 женщин реканализация интрамурального отдела маточных труб сочеталась с терминальной сальпингоэостомией, у 3 — с трансверзальной сальпингоэостомией и у 1 женщины — с истмико-истмическим анастомозом. Операционная картина обнаружи-

ла отсутствие спаечного процесса только у 2 из 10 пациенток, распространенность и выраженность его отмечались в гораздо большей степени, чем у женщин первой группы. Маточные трубы у большинства больных носили следы перенесенного воспалительного процесса (были утолщены, плотные или, наоборот, вялые, тусклые, сероватого цвета) с измененными ампулярными или фимбриальными отделами.

Послеоперационный период у всех женщин протекал гладко. Катамнестические данные выявили наступление беременности только у 2 женщин с сочетанной операцией (реканализация интрамурального отдела одной маточной трубы и истмико-истмического анастомоза другой). Одна беременность явилась маточной, наступила через 8 месяцев после операции, родоразрешение произведено кесаревым сечением. Вторая беременность оказалась трубной и возникла через 4 месяца после операции. Женщина была нами оперирована. Локализация плододвместилца отмечена в области интрамурального отдела оперированной ранее трубы, что по всей видимости связано с погрешностями при наложении анастомоза.

#### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Анализируя данные анамнеза, операционной картины, катамнеза больных с интрамуральной непроходимостью, мы пришли к выводу о принципиальной неоднородности этой патологии. Если в одних случаях интрамуральная непроходимость первична, то есть наступила в интактной до того маточной трубе вследствие, например, абортa, и, скорее всего даже без выраженных воспалительных изменений (как это было у больных 1-й группы), то в других случаях непроходимость интрамурального отдела возникла на фоне длительного воспалительного процесса маточной трубы, захватившего все ее отделы.

С этой точки зрения становятся понятными полученные нами результаты: из 10 прооперированных женщин 1-й группы забеременели и родили 7, из 10 прооперированных женщин 2-й группы — 1.

Данные ГСГ, произведенной женщинами через 6 месяцев — 1 год после операции, лишний раз подтверждают перспективность операции реканализации интрамурального отдела маточных труб, не пораженных хроническим воспалительным процессом. В противном случае, даже при сохранении проходимости интрамурального отдела маточной трубы, возможны повторные окклюзии ее дистальных участков.

Таким образом, несмотря на то, что коррекция интрамуральной непроходимости с помощью предложенной нами операции реканализации эффективна в плане восстановления естественной проходимости маточной трубы (80%), прогноз восстановления фертильности женщины во многом зависит от причины интрамуральной обтурации, длительности бесплодия, степени «залеченности» больной.

Указанные моменты диктуют необходимость тщательного и углубленного анализа анамнестических данных пациенток с интрамуральной непроходимостью, своевременного направления их на лапароскопическое обследование. Особенно важно это для больных, у которых бесплодие наступило после аборта (часто единственного). В этом случае незамедлительное оперативное вмешательство с наибольшей вероятностью приведет к восстановлению их детородной функции.

При длительном воспалительном процессе, затрагивающем маточную трубу на всем ее протяжении, методом выбора следует считать экстракорпоральное оплодотворение.

#### Литература

1. Кипарский Р. В. Оперативное лечение женского бесплодия. // Труды 7-го съезда акушеров и гинекологов. — Л. — 1926. С. 837-839.
2. Левит И. Б. Техника гинекологических и акушерских операций. — М. — Л. — 1949. — С. 186-192.
3. Osada H. Diagnosis and Reanastomosis of the Occluded Interstitialis of the Fallopian Tube // Reconstructive Surgery in Gynecology (Eds. Knapstein P.G., Friedberg V., Sevin B.U.). — New-York. — 1990. — P. 141-149.
4. Watkins R. Implantation of the Fallopian Tube into the Uteris. // West. J. Clin. Surg. — 1932. — Vol. 40. — P. 463-469.
5. Winston R.M.L. Microsurgical Tubocornual Anastomosis for Reversal of Sterilisation. // Lancet. — 1977. — Vol. 1, N 8006. — P. 284.