

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Произведен анализ 140 случаев микрохирургических операций на маточных трубах. На основании полученных результатов делается вывод, что использование микрохирургической техники оправдано при операции интрамуральной реканализации, наложении тубо-тубарного анастомоза и фимбриопластике. В то же время, трубное бесплодие при наличии длительно текущих воспалительных процессов с вовлечением значительного длинника трубы и тем более с формированием мешотчатых образований не подлежит микрохирургической коррекции в связи с малым количеством наступивших маточных беременностей. Таким образом применение микрохирургической техники показано у высоко мотивированных больных с учетом предлагаемых автором противопоказаний.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анатомические параметры маточной трубы, диаметр ее просвета, наличие нежных и «мелких» образований - фимбрий, необходимость точного соединения частей труб, высокий риск травматизации органа требуют применения совершенных способов хирургического лечения трубного бесплодия, таких как микрохирургия. Впервые микроскоп для операций на маточных трубах использовал W. Walz в 1959 г. Впоследствии была показана значимость микрохирургии в предупреждении спайкообразования [4]. С семидесятых годов использование микрохирургии в гинекологии резко возросло, особенно при наложении анастомоза и при операциях на фимбриях. Представляют интерес данные A. Seigler и V. Kontopoulos (1979), проанализировавших результаты 160 операций (80 макро- и 80 микрохирургических), описавших тип операции и локализацию оперированного трубного сегмента. По их суммарным данным, при макрометодом доношенная маточная беременность составила 12.5%, трубная - 17%, при микрохирургическом методе соответственно 31% и 11%. H. Osada в книге «Реконструктивная хирургия в гинекологии» указывает на успехи микрохирургии маточных труб, ссылаясь на результаты различных типов микрохирургических операций у 312 пациенток: беременность после вмешательства возникла у 132 (45%).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Микрохирургические операции на маточных трубах выполнены нами у 140 женщин с различными

формами трубного бесплодия. Были произведены следующие типы операций: сальпингоэостомия, фимбриопластика, сальпинго-сальпингоанастомоз, реканализация интрамуральной маточной трубы, органосохраняющие операции при трубной беременности. Возраст женщин составил от 19 до 38 лет. Катамнез у больных прослежен от 2 до 8 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Операция ампулярной сальпингоэостомии выполнена 60 пациенткам, из них 21 - терминальная сальпингоэостомия, 29 - трансверзальная и 10 - сочетанные операции. Результатами операций явились 9 беременностей (15%), причем после терминальной сальпингоэостомии - 5 беременностей (23.8%), после трансверзальной - 4 (13.8%), после сочетанных операций беременностей не отмечалось. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что использование микрохирургического метода в сравнении с макрохирургическим при сальпингоэостомии не дает ощутимого улучшения результатов в плане возникновения беременностей (15% по сравнению с 12 - 14% при макрометодом). Очевидно, это связано с тем, что операции подобного рода производятся слишком поздно - при уже необратимых дистрофических изменениях маточной трубы. При этом длительность бесплодия в этой группе больных составила достаточно большой промежуток времени - в среднем 6 лет.

Операции анастомозирования маточных труб выполнены 14 женщинам, из них 8 - анастомоз накладывался в случае трубной не-

Тип операции	Количество оперированных женщин	Маточные беременности	Эктопические беременности
1. Сальпингонеостомия	60	9 (15%)	1
2. Тубо-тубарный анастомоз	14	6 (42.9%)	
3. Интрамуральная реканализация	20	8 (40%)	1
4. Фимбриопластика	18	6 (33.3%)	
5. Грубая беременность	28	11 (39.3%)	
5.1 Трубное кесарево сечение	5	1	
5.2 Трансверзальная неостомия	11	5	
5.3 Истмико-истмический анастомоз беременной трубы	3	3	
5.4 Сочетан. операции на беременной и противопол. трубе	9	2	
5.4.1 Неостомия берем. трубы и фимбриопластика противоп.	6	2	1
5.4.1 Анастомоз берем. трубы и неостомия противоп.	3		
Всего	140	40 (28.6%)	3

проходимости истмического или истмико-ампулярного отдела и при трубной беременности, у 6 женщин анастомозирование сочеталось с другими типами операций на маточных трубах. Беременности после операций отмечены у 6 (42.9%) женщин. Анализ полученных результатов показал, что анастомозирование маточной трубы является продуктивным способом, однако следует отметить, что наилучший результат в плане восстановления фертильности достигается у женщин с не пораженными на всем протяжении воспалительным процессом маточными трубами.

Фимбриопластика и фимбриопластика в сочетании с сальпинголизисом и овариолизисом выполнена 18 женщинам. Результатом после произведенных операций явились 6 (33.3%) беременностей. Причем отрицательный результат отмечался у женщин с более выраженным спаечным процессом с вовлечением яичника с одной или обеих сторон и более длительным периодом бесплодия.

При интрамуральной непроходимости маточных труб мы применяли разработанный нами тип операции реканализации интрамурального отдела, подробно описанный в «Журнале акушерства и

женских болезней» №1 за 1997г. Данным способом прооперировано 20 женщин, из них 10 женщинам была показана и произведена только интрамуральная реканализация и 10 - одновременно выполнялись сочетанные операции на других пораженных участках маточных труб. Из 10 прооперированных женщин 1-й группы забеременели и родили 7 (т.е., 70% беременностей), из 10 женщин 2-й группы - 1, что суммарно составило 40 % маточных беременностей.

Основным видом лечения трубной беременности в настоящее время остается радикальный хирургический метод. Однако многие авторы отмечают большое преимущество щадящих операций при трубной беременности перед традиционным подходом [1]. Всего по поводу трубной беременности нами прооперировано 28 женщин. Суммарные данные по органосохраняющим операциям при трубной беременности (таблица) показали оправданность использования микрохирургической техники в лечении этой патологии в связи с достаточно большой частотой последовавших маточных беременностей (39.3%).

Подводя итог проведенным микрохирургическим операциям на интрамуральном, истмическом, ам-

пулярном и фимбриальном отделах маточных труб, при различных патологических процессах их поражающих (как локальных - в интрамуральном отделе, нодозном сальпингите истмического отдела, слипчивом процессе в фимбриальном отделе, прогрессирующей или нарушенной трубной беременности в истмическом или ампулярном отделе, так и распространенных - хронический сальпингит с вовлечением в процесс большей протяженности длинника маточной трубы), можно сделать заключение об эффективности микрохирургического метода, однако наилучший результат восстановления фертильности при трубном бесплодии и трубной беременности наблюдается при локальном поражении маточной трубы.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании проведенной работы можно сделать следующие выводы :

1. Успех применения микрохирургического метода при трубном бесплодии обеспечивается не только наличием адекватного инструментария, шовного материала и оптических средств, а также определенными навыками хирурга, но и в значительной степени зависит от правильного отбора больных

для операций (с обязательным использованием лапароскопической диагностики).

2. Использование микрохирургической техники при слипчивом процессе в области фимбрий (фимбриопластика), а также при органосохраняющих операциях при трубной беременности является оправданным в связи с достаточно большой частотой последовавших маточных беременностей, соответственно - 33.3% и 39.3%.

3. При непроходимости маточных труб в интрамуральном отделе в качестве альтернативного варианта к операции имплантации труб в матку нами предложена операция интрамуральной реканализации, обеспечивающая высокий уровень возникновения беременности, достигающий до 70% при адекватном отборе пациенток.

4. Операция сальпингонеостомии при наличии воспалительных длительно текущих процессов с вовлечением значительного длинника трубы и тем более с формированием мешотчатых образований, даже при применении микрохирургической техники, не является целесообразной в связи с малым количеством наступивших беременностей (15%). Пациенткам с указанной патологией следует рекомендовать экстракорпоральное оплодотворение.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Накопленный нами опыт, включающий подробный анализ каждого случая в плане возраста пациенток, длительности бесплодия, характера и длительности предшествовавшей консервативной терапии (особенно гидротубаций), данных ГСГ и лапароскопии, внешнего вида маточных труб в момент операции, морфологической картины операционного материала позволил расширить перечень противопоказаний для реконструктивно-пластических операций на маточных трубах. Кроме ранее известных (генитальный туберкулез, эндометриоз, инфантилизм, стойкая ановуляция, поро-

ки развития матки, сочетающиеся с изменениями маточных труб), противопоказаниями следует считать:

1) наличие воспалительных мешотчатых образований маточных труб, независимо от их размеров;

2) длительное применение гидротубаций (2-3 курса по 10 и более манипуляций) при ампулярной окклюзии, а также гидротубации, повлекшие обострение хронического сальпингита;

3) распространенный спаечный процесс органов малого таза с вовлечением ампулярных отделов труб и 2/3 поверхности яичников;

4) наличие двух участков непроходимости в одной маточной трубе при непроходимости другой даже в одном отделе;

5) возраст женщины старше 30 лет;

6) кистозная дегенерация яичников;

7) длительность непрерывного консервативного лечения более 2 лет;

8) бесплодие свыше 5 лет.

Первые 4 из указанных противопоказаний мы относим к абсолютным, и наличие у пациентки с трубным бесплодием хотя бы одного из них свидетельствует о бесперспективности операции. Остальные 4 противопоказания являются относительными, наличие любых трех из них свидетельствует о нецелесообразности оперативного вмешательства.

Литература

1. Hohl M.K., Schneider W., Haberle M., Hendry M. Mikrochirurgie in der Gynäkologie - Indikationen, Ergebnisse und Grenzen. - Ther. Umschau, 1987, 44, Nr 5, 350-357.

2. Osada H. Diagnosis and Reanastomosis of the Occluded Interstitial of the Fallopian Tube. In - «Reconstructive Surgery in Gynecology». Ed. by Knapstein P.G., Friedberg V., Sevin B. - U. 1990, New-York, p. 141-149.

3. Seigler A.M., Kontopoulos V. An analysis of macrosurgical and microsurgical techniques in the management of the tuboperitoneal factor in infertility. - Fertil. Steril., 1979, Vol. 32, Nr 9-10, p. 377-383.

4. Swolin K. Fertility operations: 1. Literature and methods. - Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1967, 46, 2, p. 234-239.

5. Walz W. Sterilitätsoperationen an der Tube mit Hilfe eines Operationsmikroskopes. - Z. Geburtshilfe Gynaecol., 1959, 153, 49-53.