

В. Ф. БЕЖЕНАРЬ, А. С. МАКСИМОВ

Кафедра акушерства и гинекологии
Российской Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург**ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ БЕСПЛОДИЕ.
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Проведенный анализ позволяет сделать заключение о высокой эффективности малоинвазивных методов хирургической коррекции у больных с ТПБ и свидетельствует о целесообразности проведения исследований по их оптимизации и дальнейшей разработке.

Проблема фертильности и ее нарушений привлекала внимание врачей-исследователей во все времена. Впервые понятие перитонеальная форма бесплодия появилось в отечественной литературе в работах М.Н.Побединского в 1949 году. В наш век женское бесплодие не менее значимый вопрос, который становится все более актуальным. В начале века первоочередное значение в этиологии бесплодия придавали воспалительным заболеваниям. Так, еще в 1909 году Н.М. Горизонтов писал, что среди всех воспалительных заболеваний половых органов туберкулез составляет от 4,5% до 9,5%. В более поздних публикациях сообщалось, что туберкулезная этиология воспалительных процессов придатков матки наблюдается у 10% больных. В 1964 году М.С.Ерминой туберкулез половых органов у женщин, страдающих бесплодием, был выявлен в 15% случаев. По данным А.И.Мацуева (1970) у 560 обследовавшихся женщин, страдающих бесплодием, у 80,3% оно развивалось после воспалительного процесса половых органов. Из этого числа лишь у 22,3% было острое воспаление, большинство женщин (52,9%) с самого начала отмечали хроническое, торпидное течение заболевания, а 24,8% считали себя здоровыми и лишь целенаправленный анамнез позволил предположить у них наличие в прошлом воспалительного процесса.

Многочисленные исследования посвящены роли гонорейной инфекции в развитии трубно-перитонеальной формы бесплодия.

Так, по данным различных авторов, трубно-перитонеальное бесплодие развивалось у больных, перенесших гонорею, в 45,8% - 48,7% случаев [Туранова Е.Н.1971; Частикова А.В., 1971] При этом женское бесплодие в браке составляло 70-87,8% [Давыдов С.Н., 1977].

Если разделить все виды женского бесплодия на функциональные и на обусловленные выраженными анатомическими изменениями, то их частота соответственно составляла 15% и 70%. Сочетанные причины наблюдались у 15% больных. Среди различных факторов, обуславливающих развитие бесплодия у женщин, ведущее значение принадлежит патологическим изменениям маточных труб. Выделяются три основных вида данной патологии: 1) полная или частичная окклюзия; 2) резкое нарушение функций трубы по перемещению яйцеклетки на фоне дисфункции системы гипоталамус-гипофиз-яичники или в результате перитубарных изменений; 3) сочетание различных видов анатомических изменений. Данная патология труб, определяющая трубно-перитонеальное бесплодие, выявлялась в 55% - 85% случаев, особенно велики эти цифры при вторичном бесплодии [Давыдов С.Н., 1977].

В начале 70-х годов на базе Всесоюзного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии по инициативе и при поддержке ВОЗ была создана лаборатория репродукции человека под руководством профессора И.А.Мануйловой. Затем

Журнал
акушерства
и женских
болезней



в 1980 г создано первое специализированное научное подразделение по бесплодию под руководством профессора Т.Я.Пшеничниковой. 6000 супружеских пар, обследованных по стандартному протоколу (из 30 тысяч обратившихся за помощью) длительное время оставались бесплодными. В среднем такая пара затрачивала на обследование $7,5 \pm 2,5$ года. Лишь 8,3% женщин и 51% мужчин из числа обследованных в центре были здоровы и фертильны, у остальных выявлено от 1 до 5 факторов бесплодия. По данным 6000 лапароскопий, у 43,5% женщин преобладал трубноперитонеальный фактор, обусловленный поствоспалительными изменениями маточных труб. За последнее десятилетие актуальность данной проблемы несколько не уменьшилась, так как частота бесплодного брака составляет в среднем по России 10%-12% и достигает 20%-24% [Нажимова ГГ., 1987; Тарасова Л.Б., 1991], что имеет не только медицинское, но и социальное значение. Причем, по данным Н.М. Побединского (1988), частота женского бесплодия составляет в среднем 70%. При женском бесплодии частота трубного фактора встречается в 40-55% случаев по сравнению с другими причинами, а частота больных бесплодием с патологией маточных труб составляет 72,1-74% [Нажимова ГГ., Пшеничникова Т.Я., 1988]. Снижение рождаемости ухудшает демографические показатели и значительно повышает число разводов в бесплодных семьях. Важность решения этой проблемы поддерживается целевой программой, принятой ВОЗ по исследованиям в области регуляции генеративной функции человека, в которой диагностике и лечению бесплодия уделяется особое внимание. Поэтому проблема эффективности лечения трубноперитонеальной формы бесплодия является одной из приоритетных в современной гинекологии.

В литературе нами обнаруже-

но более 60 причин трубноперитонеальной формы бесплодия, основными из которых являются: двухсторонняя окклюзия маточных труб; рубцово-спаечный процесс органов малого таза; приобретенная трубная и яичниковая патология; генитальный и экстрагенитальный эндометриоз; патология матки и шейки матки; врожденные аномалии гениталий; аменорея различного генеза; гипофизарный уровень нарушений; гиперпролактинемия; туберкулез; ятрогенные причины.

Воспалительные заболевания придатков матки, которые являются основной причиной ТПБ, занимают первое место среди гинекологических заболеваний. Так, по данным Л.И. Степурко (1987), ведущей причиной вторичного бесплодия (73,7-74,7% случаев) явились воспалительные заболевания после перенесенных ранее искусственных и самопроизвольных абортов; после патологических родов - 15,9-18,0% случаев; при внематочной беременности - 8,3-9,6%. У всех обследованных больных установлен хронический сальпингит, причём изолированно он встречался редко, - лишь у 7,6% женщин. Чаще воспаление маточных труб сочеталось склерокситозом яичников (48,1%); фибромиомой матки, эндометриозом, (7,4%); аномалиями развития матки (2,6%). Причиной же первичного бесплодия, которое наблюдалось у 51% обследованных женщин, явился спаечный процесс после перенесенных в прошлом операций на органах брюшной полости и малого таза: в 3,5% - после микрохирургии и в 68,9% - общей хирургии, а также воспалительных заболеваний гениталий, развившихся на фоне детских инфекций и экстрагенитальных заболеваний (2,7-4,0%).

Учитывая современные представления о сложных патогенетических механизмах изменения эндометрия при трубном бесплодии, данные инструментальных исследований представили Засимовский А.Ю. и Шериневская

Т.В. (1993). Были обследованы 43 пациентки, среди которых у 11 установлено первичное бесплодие, у 32 - вторичное. Строение эндометрия на 15, 17, 29-й день менструального цикла лишь в 4 наблюдениях соответствовало фазе менструального цикла, у 39 отмечено отставание развития структуры элементов эндометрия.

При этом у 10 больных указанные нарушения происходили неравномерно и начались преимущественно с эпителия желез, где секреторные преобразования не были выражены, либо с сосудов и стромы (отсутствие клубков спиральных артерий, децидуоподобной реакции или ее слабые признаки). Описанная картина соответствует представлениям о синхронном и асинхронном развитии эндометрия при недостаточности лютеиновой фазы. При морфометрии свободных клеток в случае синхронного отставания эндометрия содержание лимфоцитов было равным 73,8 у.е., плазматических элементов - 10 у.е. При асинхронном нарушении происходит увеличение количества плазматических элементов до 14,2 у.е. и лимфоцитов - до 90 у.е. Таким образом, результаты морфометрии, приведенные исследователями, дают основание считать, что у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки происходят изменения местного иммунитета эндометрия, которые могут способствовать нарушению репродуктивной функции у женщин как при первичном бесплодии, так и при вторичном.

Заслуживает внимания работа Т.А.Роговской (1986), которая была посвящена роли антиспермальных антител в участии патогенеза репродуктивной функции у женщины, как еще одного возможного фактора развития трубноперитонеальной формы бесплодия. Для женского организма сперматозоиды являются чужеродными клетками. У женщин, так же, как и у мужчин, спермо-

специфические антигены могут вызывать образование антиспермальных антител, снижающих их фертильность. Исследования роли гонадотропных гормонов гипофиза и релизинг-факторов гипоталамуса в иммунологических реакциях позволили установить, что антитела, вырабатываемые В-фракцией хорионического гонадотропина, не предотвращают оплодотворения, а действуют на уже оплодотворенную яйцеклетку, обладая abortивным эффектом. При этом нарушается взаимосвязь нейроэндокринной и иммунологической систем: при нормальном содержании фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина у женщин с бесплодием неясного генеза обнаружено значительное угнетение активности Т-лимфоцитов [Роговская Т.А., 1986]. Кроме того имеются данные, подтверждающие наличие иммунологических конфликтов на уровне яичников - образования аутоантител к зона pellucida яйцеклеток, препятствующих оплодотворению или имплантации. В результате исследования последних лет, проводящихся на кафедре акушерства и гинекологии Харьковского медицинского института, установлено, что значительную роль в развитии иммунологического бесплодия играет наличие локальных антиспермальных антител в цервикальной слизи, так называемый "шеечный барьер" и наличие аутоспермальных антител в сперме мужа. Это позволило авторам предположить, что в ряде случаев антиспермальные антитела могут находиться и в секрете полости матки, и в маточных трубах [Роговская Т.А., Грищенко В.И., 1986]. В 1984-1985 годах было выполнено исследование по изучению смывов из полости матки в целях выявления в них антиспермальных антител. Данные о том, что наличие антиспермальных антител в цервикальной слизи почти в 50% случаев сочетается с их присутствием в смы-

вах из полости матки, позволили предположить о наличии антиспермальных антител и в маточных трубах. Обследованные больные были разделены на две клинические группы. В первую группу были включены 15 женщин, оперированных по поводу спаечного процесса и непроходимости маточных труб; во вторую группу - 5 больных, страдающих эндокринными нарушениями, которым после комплексного обследования был поставлен диагноз синдрома Штейна-Левенталя. Во время лапаротомии был получен аспират из маточных труб. В первой группе агглютинирующие антитела обнаружены у 6 женщин в титре 1:8 и у 2 в титре 1:16; иммобилизирующие антитела у 2 пациенток в титре 1:8 и у 1 женщины в титре 1:16. Во второй группе агглютинирующие антитела найдены у 1 больной в титре 1:8 и у 2 - в титре 1:4. Эти данные позволили предположить, что трубное бесплодие объясняется не только отсутствием непроходимости маточных труб и функциональной активности их, но в некоторых случаях и наличием антиспермальных антител в генитальном тракте [Роговская Т.А., 1986].

Такое огромное количество и разнообразие причин трубноперионеальной формы бесплодия, трудности их выявления требуют изыскания новых и более эффективных методов диагностики и лечения. Выбор тактики лечения при различном уровне поражения труб представляется недостаточным четким, а при сочетанной окклюзии нескольких отделов трубы любые варианты лечения вообще не эффективны. Большинство авторов указывают на полное отсутствие эффекта от консервативной терапии бесплодия, обусловленного обструкцией интерстициального отдела маточных труб. Несостоятельность традиционных способов консервативного лечения непроходимости маточных труб приводит к расширению показаний для

оперативного лечения. Восстановить проходимость маточных труб удается у 60-83% оперированных женщин, однако выраженные воспалительные изменения в маточных трубах препятствуют восстановлению их транспортной функции, вследствие чего частота наступления беременности остается относительно невысокой и достигает 38%. Кроме того возрастает риск различных послеоперационных осложнений, внематочной беременности, а также реобструкции маточных труб [Якубович Д.В., Миланов Н.О., 1991].

Реконструктивно-пластические операции с использованием микрохирургической техники длительное время оставались основным и единственным способом восстановления проходимости маточных труб, выполнялись независимо от уровня окклюзии труб и степени выраженности спаечного процесса [Крылов В.С., 1988; Мгеладзе Б.Н., 1989].

Внедрение в клиническую практику эндоскопических методов с использованием современных технических средств, таких как лазерная и электрохирургия, совершенствование оптических систем и хирургических инструментов, сделало лапароскопию не менее эффективным методом лечения ТПБ [Пшеничникова Т.Я., 1988]. Эффективность хирургического лечения трубного бесплодия при проведении его эндоскопическим доступом в ряде случаев превосходит результаты, полученные с использованием микрохирургической техники. Незначительная операционная травма и, вследствие этого, благоприятное течение послеоперационного периода, минимальный риск образования спаек и реокклюзии труб, сокращение продолжительности лечения, его стоимости и периода нетрудоспособности являются неоспоримыми, общепризнанными преимуществами эндовидеохирургии [Кулаков В.И., 1990; Стрижаков А.Н., 1991].

Наличие двух принципиальных

хирургических методик в лечении трубного бесплодия на современном этапе требует дифференцированного подхода и четкого обоснования использования эндо- и микрохирургии в зависимости от локализации поражения труб и выраженности спаечного процесса, что позволит выработать адекватный и рациональный подход в лечебной тактике. В литературе практически отсутствуют четкие критерии выбора метода операционного вмешательства и оценки его эффективности в сравнительном аспекте и в зависимости от факторов, влияющих на процессы репаративной регенерации.

Важность проведения лечебно-восстановительных мероприятий после микрохирургических вмешательств при трубном бесплодии в настоящее время доказана значительным количеством исследований и не подлежит сомнению [Айламазян Э. К., 1989; Крылов В.С., 1985]. В тоже время вопрос о необходимости подобного лечения после эндохирургической пластики маточных труб в настоящее время остается дискуссионным. Так, по данным Володина С. В. (1995), из 253 обследованных больных у подавляющего большинства (83,8 - 91,6%) бесплодие было следствием перенесенных обострений хронических воспалительных заболеваний придатков матки (18,8%), по поводу которых им проводилось длительное консервативное лечение с широким применением антибиотиков, противовоспалительных средств. Все больные были разделены на две группы: первой группе проводилось эндохирургическое вмешательство; второй - микрохирургическое. Различные гинекологические операции ранее перенесли 17,5% пациенток, более половины из них составляли тубэктомии. У 25 (16,8%) пациенток первой и у 18 (15%) пациенток второй группы трубно-перитонеальное бесплодие сочеталось с другой гинекологической патологией (миома мат-

ки, склерокистоз и кисты яичников). Частота восстановления проходимости маточных труб при I - II степени распространенности спаечного процесса не зависела от выбора хирургического доступа - лапароскопии или лапаротомии и составила 68,4% и 71,2% соответственно.

В подгруппе со спаечным процессом III - IV степени этот показатель был значительно ниже, соответственно 35,3% и 44,4%. При этом лучшие результаты отмечались после микрохирургического вмешательства, однако статистически достоверных различий авторы не наблюдали. Наибольшая эффективность была выявлена при проведении сальпингооариолизиса с наличием спаечного процесса I - II степени у 6,8% и 7,5% первой и второй групп, а при спаечном процессе III - IV степени у 2,3% и 2,5% соответственно. Маточная беременность наблюдалась при спаечном процессе I - II степени у 77,8% и 75%; при спаечном процессе III-IV степени у 50% и 66,6%. Рецидив спаечного процесса отмечен у 28,6% и 71,4% в первой и второй группах соответственно.

Данные ранней контрольной лапароскопии после микрохирургической пластики маточных труб при III-IV степени спаечного процесса свидетельствовали о рецидиве последнего у 78% больных с наличием, как правило, геморрагического выпота, в то время как при устранении спаечного процесса I-II степени повторное образование спаек наблюдалось только в 42,3% случаев, выпот был преимущественно серозным или серозно-геморрагическим [Володин С.В., 1995].

В литературе последних лет активно обсуждают роль лапароскопии в обследовании больных с бесплодием. Так, в 70-е годы большинство авторов придерживались мнения, что при длительности бесплодия более 2-х лет и при наличии изменений в маточных трубах, по данным кимопер-

тубации и/или гистеросальпингографии, больным показана диагностическая лапароскопия. Причем следует отметить, что состояние маточных труб при хроническом сальпингите определяется частотой обострений или повторяемостью инфицирования. После однократного эпизода сальпингита обструкция труб выявляется в 10-13% случаев, после двукратного - в 23-36%, при трех и более эпизодах - в 54-75% [Якубович Д.В., Миланов Н.О., 1991].

За последнее время достигнуты существенные успехи в изучении проблемы этиологии и патогенеза, клиники и лечения воспалительных заболеваний. Тем не менее хронический сальпингит продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний. В широкой клинической практике диагноз хронического сальпингита до настоящего времени основывали на данных анамнеза, бимануального исследования и данных гистеросальпингографии. В последнее время появились работы, свидетельствующие о недостаточной чувствительности и специфичности этих диагностических методов. Из 700 больных бесплодием лапароскопические признаки хронического сальпингита выявлены у 343, что составляет 49%. До проведения лапароскопического метода исследования диагностическая ошибка в распознавании сальпингита составляла 20,4%, причем гипердиагностика - 8,2%, недостаточная оценка признаков сальпингита - 12,2%. Анализ данных гистеросальпингографии (гсг) 86 пациенток, у которых не был заподозрен хронический сальпингит, по данным клинико-лабораторных исследований (исключая лапароскопию), однако, по данным последней, был выставлен диагноз хронического сальпингита. Лапароскопически были обнаружены следующие признаки: инъецированность маточных труб (60,4%); перетяжки (2,3%); утолщение маточных труб 1,2%;

перитубарные спайки 30,2%; отдельные высыпания на серозных покровах маточных труб 2,3%; перетяжки, утолщенность трубы, по данным гистеросальпингографии, давали картину затрудненной проходимости маточных труб, которая трактовалась при отсутствии анамнеза как нарушение проходимости маточных труб функционального характера. Следует отметить недооценку высокой частоты встречаемости, по данным анамнеза в группе лапароскопических находок, таких признаков, как: цервицит (24,4%); кольпит (5,8%); сальпингит (29%). Сравнение характера поражений маточных труб, обнаруженных при лапароскопии, с данными гсг свидетельствует о том, что при данном исследовании возможно выявление таких признаков хронического сальпингита, как изменение маточных труб по типу гидросальпинксов и нарушения проходимости маточных труб в различных отделах. Спаечный процесс диагностируется лишь при значительной степени выраженности. Такие признаки хронического сальпингита, как инъецированность маточных труб и нодозный сальпингит, а также изменения толщины маточных труб и незначительные перитубарные спайки, с высокой частотой выявляемые при лапароскопии, методом гсг не определяются и даже изменения маточных труб по типу гидросальпинксов не всегда могут быть обнаружены в условиях недостаточного введения контраста в маточные трубы. Так, по данным Нажимовой Г.Г. (1987), разница в обнаружении гидросальпинкса у больных составила 28% при лапароскопии и 18,6% при гистеросальпингографии. Частота спаечного процесса в малом тазу у больных с лапароскопическими признаками острого сальпингита составила 54,5%, хронического сальпингита 49%. Вместе с тем необходимо учитывать, что у 25-37% больных с ТПБ сальпингит вызван хламидийной инфекцией,

при которой тяжесть деструктивных изменений в маточных трубах часто не соответствует слабо выраженной клинической симптоматике [Якубович Д.В., Миланов Н.О., 1991]. У хламидиопозитивных пациенток спаечный процесс встречается в 1,5 раза чаще, чем у хламидионегативных больных. Экссудат в брюшной полости определяется соответственно у каждой 3-й и каждой 6-й больной; отечность и гиперемия маточных труб наблюдается в 1,8 раза чаще у больных с хламидиозом по сравнению с его отсутствием. Лентоподобные спайки в области печени и экссудат в брюшной полости, которые могут быть обнаружены при лапароскопическом исследовании женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, являющиеся подозрительными на наличие хламидийной инфекции, получили название синдрома Фитц-Хью-Куртиса. Поэтому в последние годы позиции исследователей к показаниям диагностической лапароскопии значительно изменились и стали появляться сообщения о необходимости ее раннего применения. Лапароскопический метод исследования обладает диагностической точностью, приближающейся к 100%. Преимуществами раннего применения лапароскопии у больных с ТПБ являются возможности взятия материала для бактериологического обследования с последующей идентификацией микробов возбудителей; визуально исследовать органы малого таза; оценить проходимость маточных труб, их состояние, мышечную активность, подвижность труб и фимбрий; определить степень развития спаечного процесса и многое другое, таким образом лапароскопия играет важную роль в обследовании и лечении больных, страдающих бесплодием.

Ряд авторов считают, что лапароскопию целесообразно проводить при отборе больных для оперативного вмешательства на

маточных трубах. Лапароскопия позволяет определить выраженность спаечного процесса в брюшной полости и малом тазу. Иногда можно выявить плоскостные спайки, которые образуют замкнутые перитубарные полости, разъединяющие трубу и яичник. У некоторых больных возможны образования четкообразных утолщений, перегибов или истончения стенки трубы, свидетельствующие о грубых дистрофических изменениях в результате воспалительного процесса или многократных механических растяжений при гидротубациях. Очень частые гидротубации усугубляют анатомо-функциональные нарушения в дистальных отделах маточных труб.

При проведении у больных с ТПБ хирургической лапароскопии беременность наступает от 10% [Палефамиров Ю.К., Голубев В.А., Вянкин К.И., 1988] до 33% случаев [Гладышев В.Ю., Мацуев А.И., Липовка В.И., 1987], причем при выполнении сальпинголизиса – в 29%, овариолизиса – в 33%, сальпингоовариолизиса – в 26,5%; восстановление проходимости маточных труб достигалось в 68-88,3% случаев [Палефамиров Ю.К., Голубев В.А., Вянкин К.И., 1988; Адылханов С.А., Алдажарова Г.А., 1996].

Многообразие клинических форм бесплодия требует тщательной дифференцировки показаний к различным методам лечения. Внедрение в практику микрохирургической техники значительно повысило эффективность реконструктивных операций по поводу ТПБ. Микрохирургия позволяет улучшить анатомическое сопоставление тканей, уменьшить образование спаек. Частота наступления беременности при микрохирургии, по данным различных авторов, достигает 30-60%. Наилучшие результаты имеют место при таких операциях, как сальпингоовариолизис – 34-45%, фимбриопластика – 39,5-55%, трубно-трубный анастомоз – 42-58%; импланта-

ция истмического отдела труб в матку менее эффективна – 13,8-21% [Червинский А.А., Анарбаев А.А., 1988].

Мало эффективна неосальпингостомия при гидросальпинксе, что связано с необратимыми анатомо-физиологическими изменениями в ампулярном отделе трубы. Анализируя данные литературы, можно прийти к выводу, что основными причинами неудач при хирургическом лечении ТПБ являются неадекватный отбор больных для реконструктивных операций и недостаточный контроль за проведением реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

При отборе пациенток для хирургического лечения по поводу ТПБ необходимо обращать внимание на возраст (предпочтительно до 30 лет), отсутствие не подлежащих коррекции эндокринных нарушений, доброкачественных новообразований, инфекции. Эндоскопическое исследование с одновременными хромогидротубациями является наиболее достоверным и объективным методом диагностики ТПБ у женщин среди всех используемых (гидротубации, гистеросальпингография, ультрозвуковое исследование). Так, например, по данным Е.Ю. Канаевой (1997), заключение о проходимости маточных труб при гистеросальпингографии является ошибочным в 42% случаев. Основными показаниями к хирургическому лечению ТПБ должны служить достоверно установленная непроходимость маточных труб независимо от локализации ее облитерации, безуспешная консервативная терапия на протяжении 1-1,5 лет, наличие миомы, эндометриоз яичников. А по данным И.Г. Игнатовича (1993), показания к хирургическому лечению ТПБ должны быть определены в максимально ранние сроки, так как низкая эффективность реконструктивно-пластических операций у женщин, страдающих трубным бесплодием более 5 лет, часто обусловле-

на серьезными нарушениями морфо-функционального состояния внутриорганного сосудистого русла. Гормональная недостаточность является противопоказанием к хирургическому лечению, так как индуцирование овуляции, разработанное автором, позволяет восстановить функцию гонад более чем в 90% случаев. Хирургическое лечение с использованием элементов микрохирургической техники и комплекса реабилитационных мероприятий с раннего послеоперационного периода является важным этапом, повышающим эффективность восстановления проходимости маточных труб, которое наблюдается в 86,4% случаев [Тимченко В.Р., 1988]. При проведении операции особое внимание следует уделять щадящей технике оперирования, проводить тщательный гемостаз, шовный материал, инструмент и необходимо учитывать функциональное состояние внутриорганного сосудистого русла, что позволяет правильно определить не только объем хирургического вмешательства, но и адекватность местной реабилитационной терапии [Игнатович И.Г., 1993]. Комплекс реабилитационных мероприятий должен быть направлен на проведение медленных ретроградных гидротубаций антиадгезивными и антибактериальными смесями с помощью инфузомата, ранней кимопертубации (на 3-4-е сутки) после операции, а также на проведение физиотерапевтических процедур, направленных на улучшение микроциркуляции в области маточных труб и уменьшение спаечного процесса в малом тазу. После выписки из стационара пациенткам рекомендуют повторные курсы противовоспалительной и рассасывающей терапии, санаторно-курортное лечение. Оценка эффективности микрохирургической техники и проводимых в послеоперационном периоде реабилитационных мероприятий осуществляется по факту наступления беременностей и их

исходов, а также по исследованию проходимости маточных труб по данным гистеросальпингографии и/или кимографической пертубации спустя 0,5-2 года после оперативного лечения. При необходимости проводить дополнительные исследования [Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф. и др., 1997].

Проведенный анализ позволяет сделать заключение о высокой эффективности малоинвазивных методов хирургической коррекции у больных с ТПБ и свидетельствует о целесообразности проведения исследований по их оптимизации и дальнейшей разработке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адылханов С. А., Алдажарова Г. А. Роль лапароскопических вмешательств в диагностике и лечении женского бесплодия, // Эндоскопическая хирургия, 1996. - № 2, - с.53-55.
2. Айламазян Э.К., Трубочев В.И., Горбунов Г.Н. Восстановление репродуктивной функции у женщин, страдающих бесплодием, методом микрохирургической пластики маточных труб // Акушерство и гинекология, 1989. - № 7. - с.45-47.
3. Алиева Э.А., Овсянникова Т.В., Пшеничникова Т.Я. Бесплодие, обусловленное синдромом поликистозных яичников // Акушерство и гинекология, 1991. - № 6. - с. 59-62.
4. Беженарь В.Ф., Демьянчук Р.В. Проблемы и перспективы хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. - 1998. - №2. - с. 40-45.
5. Володин С.В. Альтернативный подход к хирургической коррекции трубного бесплодия: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М. - 1995. - 25 с.
6. Гладышев В.Ю. Эндохирургическое лечение трубноперитонеальной формы бесплодия у женщин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Иваново. - 1988. - 18 с.

7. Гладышев В.Ю., Мацуев А.И., Липовка В.И. Лечение перитонеальной формы бесплодия с использованием оперативной лапароскопии //Акушерство и гинекология, 1987. - № 11. - с. 47 - 48.
8. Горизонтов Н.И. Материалы к учению о вторичной бугорчатки женских половых органов // Казань, 1909.
9. Грищенко В.И., Дахно Ф.В., Поращук Ю.С. Некоторые аспекты лечения женского бесплодия // Акушерство и гинекология, 1987. - № 3. - с. 60 -62.
10. Давыдов С.Н. Трубное бесплодие, // Москва, Медицина. - 1977. - 159 с.
11. Ермина М.С. Туберкулез женских половых органов // Москва, "Медицина", 1964.
12. Жемчужина Т.Ю. Видеоэндохирургия в комплексном лечении женского бесплодия // Эндоскопическая хирургия, 1996. - т.2. - № 2. - с.21-25.
13. Засимовский А.Ю., Шериневская Т.В. Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщин // Материалы XX научной сессии НИИ Акушерства и гинекологии им. Отта РАМН под редакцией проф. Айламазяна Э. К. -1993.
14. Иванюта Л.И., Корчинская О.А. Особенности гемодинамики органов малого таза у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием // Здравоохранение Белоруссии, 1990. - №3. - с. 7-9.
15. Игнатович И.Г. Анатомо-физиологическое обоснование путей повышения эффективности хирургической коррекции трубного бесплодия : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург. - 1993. - 16 с.
16. Канаева Е.Ю. Значение эндоскопических методов в диагностике и лечении трубно-перитонеального и трубно-эндокринного генеза : Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Уфа. - 1997. -17 с.
17. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф. Методологические принципы эндоскопической диагностики и хирургического лечения больных трубно-перитонеальным бесплодием //Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения / Тез. докл. науч. конф. - СПб. - Воен.- мед. акад., 1997. - с. 348.
18. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Берлев И.В., Демьянчук Р.В. Малоинвазивные методы хирургической коррекции трубно-перитонеальных форм бесплодия //Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. -1998. - №2. - с. 84-88.
19. Крылов В.С., Стрижаков А.Н., Миланов Н.О. Микрохирургические восстановительные операции при трубно-перитонеальном бесплодии //Акушерство и гинекология. - 1985. - № 5. -с. 39-42.
20. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. Значение лапароскопии в клинике бесплодия // Проблемы репродукции, 1996. - № 2. - с.35-38.
21. Матвиенко А.А., Полищук Л.М. Хирургическая лапароскопия как метод лечения трубноперитонеальной формы женского бесплодия // Акушерство и гинекология, 1990. - №10. - с. 52-53.
22. Мацуев А.И. Наш опыт микрохирургического лечения женского бесплодия //Акушерство и гинекология, 1986. - № 7. - с. 67-69.
23. Мацуев А.И. Терапия бесплодия, возникшего в связи с воспалительными заболеваниями //Акушерство гинекология. - 1970. - № 6. - с. 28-30.
24. Моисеева О.М., Балабина Н.К., Абдужамилова С.К. и др. Диагностика и лечение бесплодия воспалительного генеза // Медицинский журнал Узбекистана, 1990. - №1. - с. 43-45.
25. Нажимова Г. Т., Пшеничникова Т.Я. Значение лапароскопии в диагностике трубной формы бесплодия // Акушерство и гинекология, 1988. - № 3. - с. 5-7.
26. Нажимова Г.Т. Роль лапароскопии в комплексном обследовании пациенток с бесплодием и хроническим сальпингитом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М.-1987.- 22 с.
27. Палефамиров Ю.К., Голубев В.А., Вянкин К.И. Хирургическое лечение трубного бесплодия //Акушерство и гинекология, 1988. - № 8. - с. 44-47,
28. Полищук Л.М., Матвиенко Л.А. Опыт консервативного и микрохирургического лечения трубного бесплодия // Акушерство и гинекология, 1988. - № 8. - с. 66-67.
29. Пшеничникова Т.Я., Гаспаров А.С., Федорова Т.А. Лапароскопическая диагностика сопутствующей патологии органов малого таза у пациенток с хроническим сальпингитом и бесплодием // Здравоохранение Казахстана, 1990. - №3. - с. 21-24.
30. Пшеничникова Т.Я., Сухих Г.Т. Бесплодный брак // Акушерство и гинекология, 1994. - № 4. - с. 57-60.
31. Радченко Н.А., Мынбаев Д.А., Данилов А.Ю., Арелонян К.Н., Володин С.В. Альтернативный подход к хирургической коррекции трубного бесплодия //Акушерство и гинекология, 1995. -№5.-с. 18-20.
32. Роговская Т.А. Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Харьков- 1986.- 16 с.
33. Савельева Г.М., Богинская АН., Эль-Рифан Н.Р. Эндоскопия и микрохирургия при бесплодии // Акушерство и гинекология, 1986. - № 11. - с. 52-53.
34. Савельева Г.М., Богинская Л.Н., Эль-Рифан Н.Р. Эндоскопия и микрохирургия при бесплодии // Акушерство и гинекология, 1986. - № 11. - с. 52-54.
35. Сахнин И.М. Люминесцентная лапароскопия, микрохирургия, лазерная терапия при бесплодии женщины: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. -Иваново- 1989.- 17 с.
36. Степурко Л.И. Сравнительная оценка методов хирургического лечения трубной и перитонеальной форм бесплодия: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. -Киев-1987.- 23 с.
37. Тарасова Л.Б. Комплексная дифференциальная терапия трубного бесплодия в зависимости от уровня окклюзии маточных труб: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Омск. -1991,- 16с.

38. Тимченко В.Р. Клинико-морфологические обоснования показаний оперативного лечения женского бесплодия трубно-перитонеального генеза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. -Иваново - 1988. - 16 с.
39. Точиловская Л.В. Комплексное обследование больных при планировании реконструктивных операций на маточных трубах // *Здравоохранение Белоруссии*, 1992. - №2. - с. 29-32.
40. Туйчиева Г.В. Роль оперативной эндоскопии в диагностике и лечении перитонеальной формы бесплодия: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М- 1988— 20 с.
41. Цвелев Ю.В, Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф. и др. Реконструктивно-пластическая микрохирургия в лечении трубно-перитонеальных форм бесплодия. *Российский медицинский журнал "Aqua Vitae"*. -1997. - №1. - с. 18-20.
42. Частикова А.В. Проходимость маточных труб у женщин после восходящей гонореи // *Акушерство и гинекология*. - 1971. - № 11. - с. 73-75.
43. Червинский А.А., Анарбаев А.А., Покровский П.В. Реконструктивная микрохирургия при трубном бесплодии // *Здравоохранение Киргизии*, 1988. - № 7. — с. 35-37.
44. Якубович Д.В., Миланов Н.О. Система обследования и этапы восстановительного лечения женщин после микрохирургических реконструктивных операций при трубно-перитонеальном бесплодии // *Акушерство и гинекология*, 1991. - № 4. - с. 44-47.
45. Kira E., Bezhenar V., Berlev I. Small-invasive surgery in treatment of salpingo-peritoneal forms of female infertility. *World Congress of Gynecologic Endoscopy: Rome, Italy*. -1997. - Abstract. - p.72.
46. Kira E., Bezhenar V., Demyanchuk R. Microsurgical infertility treatment // *13-th Congress of the European Association of Gynecologists and Obstetricians (EAGO), Jerusalem, Israel*, 1998. -p.99.
47. Shalev E., Shimoni Y., Peleg D. Ultrasound controlled operative hysteroscopy // *Journal of the American College of Surgeons*. - 1994. -Vol. 179. - Iss. 1. - P. 70-71.
48. Becker G. M., Dayton M. T., Fazio V.W., Beck D. E., Stryker S.J., Wexner S. D., Wolff B. G., Roberts P. L., Smith L. E., Sweeney S. A., Moore M. Prevention of postoperative abdominal adhesions by a sodium hyaluronate-based bioresorbable membrane: a prospective, randomized, double-blind multicenter study [see comments] // *Journal of the American College of Surgeons*. - 1996, -Vol. 183. - Iss. 4. - P. 297-306.