

# КЛИНИЧЕСКИЙ УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМЫ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Керменбаева А.Ж. Email: [Kermenbaeva1791@scientifictext.ru](mailto:Kermenbaeva1791@scientifictext.ru)

*Керменбаева Айгуль Жарбановна - заведующая отделением,  
отделение оперативной гинекологии и ювенологии,  
Кыргызский Научный Центр репродукции человека, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Аннотация:** в работе представлены данные клинического успеха лечения трубно-перитонеальной формы бесплодия у женщин репродуктивного возраста лапароскопическим доступом, заключающегося в купировании болевого синдрома, восстановлении проходимости маточных труб, отсутствии рецидивов заболевания, наступлении маточной беременности. Материалом для работы явилось обследование и лечение 103 женщин репродуктивного возраста, подразделенных на 4 группы в зависимости от степени спаечного процесса в малом тазу. Лапароскопический доступ в основном связан с проведением операции сальпингоовариоадгезиолизиса в сочетании с сальпингостомией. Показано, что успех лечения при I степени спаечного процесса составил в среднем 83,9% и, соответственно, при II степени – 75,3%, при III степени – 52,1% и при IV степени – 21,8%.

**Ключевые слова:** трубно-перитонеальная форма бесплодия, спаечный процесс в малом тазу, лапароскопия, клинический успех лечения.

## THE CLINICAL SUCCESS OF TREATMENT TUBE-PERITONEAL FORMS OF INFERTILITY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE LAPAROSCOPIC ACCESS Kermenbaeva A.J.

*Kermenbaeva Aigul Jarbanovna – head,  
DEPARTMENT OPERATIVE GYNECOLOGY AND JUVENILE COUNSELLORS,  
KYRGYZ SCIENTIFIC CENTER OF HUMAN REPRODUCTION, BISHKEK. REPUBLIC OF KYRGYZSTAN*

**Abstract:** this article is devoted the data of the clinical success of the treatment of tube-peritoneal form of infertility in women of reproductive age through laparoscopy access, consisting in relieving pain, restoring of permeability of the uterus tubes, the absence of relapse of the disease, the onset of uterine pregnancy. The material for work is medical examination and treatment was 103 women of reproductive age, divided into 4 groups depending on the degree of adhesions process in the small pelvis. Laparoscopic access connected with the conduct operation of salpingoovarioadgезioliz in conjunction with salpingostomy. It is shown that the success of treatment with I degree of adhesions process has averaged 83.9% and, respectively, the II degree - 75.3%, with the III degree - 52.1% and IV degree - 21.8%.

**Keywords:** tube-peritoneal form of infertility, adhesive process in the small pelvis, laparoscopy, the clinical success of the treatment.

УДК: 618.14+618.11]-089.87:616.90

### Введение

Лечение трубно-перитонеального бесплодия (ТПБ) в основном связано с оперативным вмешательством. Применение консервативных методов лечения ТПБ в основном используется при обнаружении инфекций, передаваемых половым путем, и направлено на элиминацию возбудителей, вызвавших воспалительный процесс органов малого таза [5]. Лапароскопия – первоначально применялась лишь с диагностической целью. С появлением в арсенале современного оборудования и инструментов, таких как, волоконная оптика, ксенонные источники света, эндовидеокамеры, лапароскопический доступ стал все более широко применяться для хирургического лечения на органах малого таза, а при лечении трубно-перитонеальной формы бесплодия (ТПФБ) у женщин как основной метод [3, 9, 10, 1,15, 17].

Неоспоримые преимущества эндоскопической хирургии (меньшая инвазивность, травматичность, минимальное спайкообразование, более быстрое восстановление трудоспособности, косметический эффект и др.) делают лапароскопический метод лечения ТПФБ самым привлекательным [6, 12, 11, 16]. В настоящее время производятся следующие виды лапароскопических операций при ТПФБ: сальпингоовариолизис, фимбриолизис, сальпингостомия и сальпингонеостомия [7, 8, 18, 20]. По данным некоторых авторов после операции сальпингостомии частота наступления беременности составляла 15-30%, неосальпингостомии – 7 - 9%, сальпингоовариолизиса – до 50%, фимбриопластики – 20 - 30% [2, 9, 14].

Другой важной проблемой является определение эффективности лапароскопического лечения ТПФБ, прогнозирование репродуктивного исхода, коррекция и выбор способа вмешательства [1, 13]. Наличие противоречивых данных по эффективности лапароскопического лечения ТПФБ обусловило необходимость данного исследования.

#### Материал и методы исследования

Объектом исследования явились 103 женщины репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом ТПФБ на основании клинических данных, ультразвукового исследования органов малого таза, гистеросальпингографии, диагностической лапароскопии. Лапароскопия проводилась на аппарате фирмы “Richard Wolf Kaze Stors – Enoloscope” (Германия) и монитора фирмы “Panasonic” (Япония). Распространенность и выраженность спаечного процесса оценивали по классификации Hulka (1998, 548 р.). По степени спаечного процесса женщины подразделены на 4 группы: 28 женщин – с ТПФБ и I степенью спаечного процесса (I группа); 44 женщины – с ТПФБ и II степенью спаечного процесса (II группа); 23 женщины – с ТПФБ и III степенью спаечного процесса (III группа); 8 женщин – с ТПФБ и IV степенью спаечного процесса в малом тазу (IV группа). Статистические данные представлены в абсолютных и процентных значениях.

#### Результаты

Средний возраст женщин составил  $33,1 \pm 4,6$  года. Основной жалобой пациенток было отсутствие беременности, причем первичное бесплодие – 67,9% (70 женщин) преобладало над вторичным – 31,7% (33 женщины). В качестве оперативного лечения женщин применялась лапароскопия, а другие методы хирургического вмешательства не применялись. На рисунке 1 представлены данные об использованных видах лапароскопического вмешательства у женщин, из которого видно, что в количественном отношении преобладал сальпингоовариоадгезиолизис в сочетании с сальпингостомией – 54 женщины (52,1%), сальпингоовариолизис в сочетании с сальпингостомией – 24 женщины (23,2%), сальпингостомия – 22 женщины (21,3%) и сальпингоовариолизис – 3 женщины (3,2%).

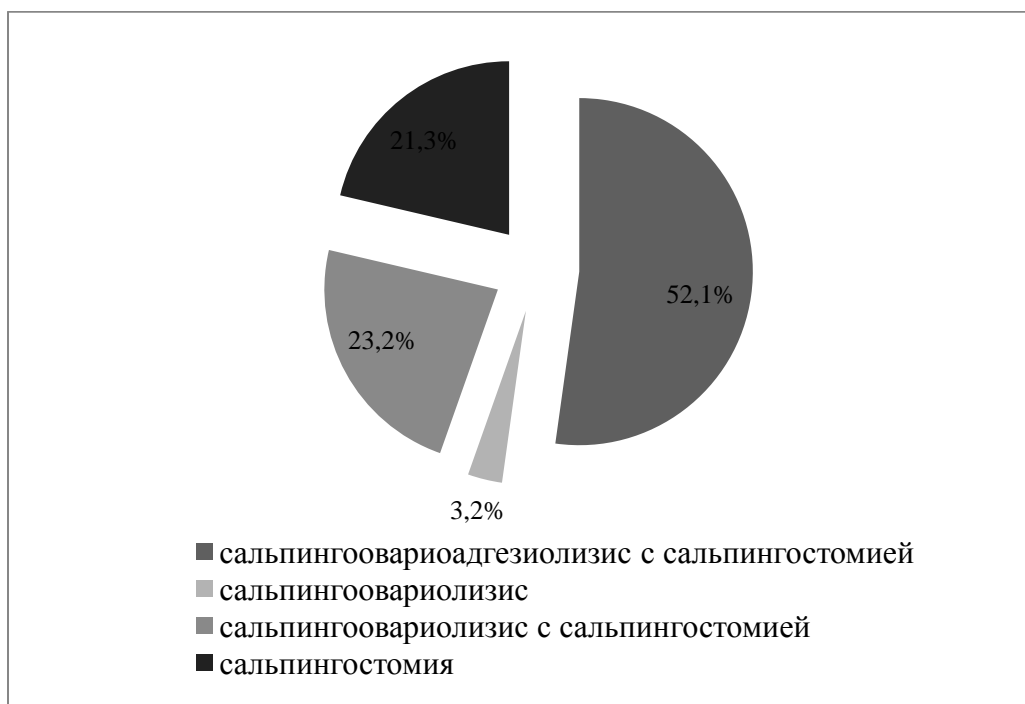


Рис. 1. Вид лапароскопической операции у женщин с ТПФБ

Вид лапароскопического вмешательства в группах имел отличительные черты (таблица 1). Так, в I группе 14 женщинам (50%) проведена сальпингостомия, у 11 женщин (39,3%) – сальпингоовариолизис в сочетании с сальпингостомией, у 3 женщин (10,7%) – сальпингоовариолизис. Во II группе основным методом лапароскопии являлся сальпингоовариоадгезиолизис с сальпингостомией – 23 женщины (52,2%), сальпингоовариолизис с сальпингостомией – 13 женщин (29,5%) и сальпингостомия – 8 женщин (18,2%). У женщин III и IV группы производился только сальпингоовариоадгезиолизис с сальпингостомией – 23 (100%) и 8 (100%) женщин соответственно.

Таблица 1. Количественные показатели методов лапароскопического вмешательства у женщин с ТПФБ

Вид лапароскопической операции	Группы женщин			
	I	II	III	IV
сальпингоовариоадгезиолизис с сальпингостомией				
сальпингоовариолизис с сальпингостомией				
сальпингостомия				
сальпингоовариолизис				

	А	%	Аб	%	Аб	%	Аб	%
	бс.		с.		с.		с.	
Сальпингоовариоадгезиолизис с сальпингостомией	-	-	23	52,	23	100	8	100
Сальпингоовариолизис с сальпингостомией	1	39,	13	29,	-	-	-	-
	1	3		5				
Сальпингостомия	1	50	8	18,	-	-	-	-
	4			2				
Сальпингоовариолизис	3	10,	-	-	-	-	-	-
		7						

Наиболее объективным показателем оценки лечебных мероприятий у женщин с ТПФБ, по-нашему мнению, должен быть показатель клинического успеха лечения, который заключался:

- купирование болевого синдрома;
- восстановление проходимости маточных труб;
- отсутствие рецидивов заболевания;
- наступление маточной беременности.

Как видно из данных таблицы 2, после проведения лечебно-диагностической лапароскопии в течение 1 года купирование болевого синдрома в большинстве случаев удалось достичь (62,5 – 100%). Проведение процедуры хромогидротубации подтвердило проходимость маточных труб во всех случаях в I группе. Во II группе восстановление проходимости одной маточной трубы произошло в 18,2%, а обеих труб в 72,7% случаев. Соответственно, в III группе проходимость восстановлена в 65,1% случаев, при этом в 26% это связано с проходимостью одной маточной трубы, а в 39,1% обеих труб. В IV группе проходимость маточных труб ни в одном случае не удалось достичь из-за выраженности спаечного процесса и дистальной окклюзии в маточных трубах. Рецидивы заболевания также зависели от выраженности спаечного процесса. Так, в I группе рецидивы заболевания в течение года не наблюдались. Во II группе в 11,4% случаев пациентки вновь поступили на лечение. В III группе это количество женщин составило 47,8%, а в IV группе – 75%. Соответственно, наступление маточной беременности в течение года составило в группах – 35,7%, 22,7%, 8,7%, а в IV группе таких случаев не отмечалось. Из этих данных вытекает, что средняя эффективность лечения в группах составила 83,9; 75,5; 52,1; 21,8% соответственно.

Таблица 2. Показатели клинического успеха лечения у женщин с ТПФБ

Показатели клинического успеха лечения	Группы женщин							
	I		II		III		IV	
	А	%	А	%	А	%	А	%
	бс.		бс.		бс.		бс.	
Купирование болевого синдрома	28	10	44	10	19	83	5	62
		0		0		,6		,5
Восстановление проходимости маточных труб:	-	-	8	18	6	26	-	-
- одной	28	10	32	,2	9	39	-	-
- обеих		0		72		,1		
				,7				
Отсутствие рецидивов ТПФБ в течение года	28	10	59	88	12	52	2	25
		0		,6		,1		
Наступление маточной формы беременности в течение года	10	35	10	22	2	8,	-	-
		,7		,7		7		
Средняя эффективность лечения		83		75		52		21
		,9		,3		,1		,8

### Обсуждение

Из представленных данных вытекает, что степень развития спаечного процесса при ТПФБ существенно влияет на динамику восстановления репродуктивной функции женщин и, чем выраженной степень изменений спаечного процесса в малом тазу, тем восстановление происходит медленней, а также возрастает количество рецидивов заболевания, пролонгированность бесплодия также будет возрастать, что соответственно потребует дополнительного объема лечебных и реабилитационных мероприятий. Для лапароскопического лечения при ТПФБ видимо есть необходимость дифференцированного отбора больных на лапароскопию, коррекцию и выбора способа лапароскопического вмешательства. Следует согласиться с мнением некоторых исследователей [1, 5], что шанс положительного репродуктивного

исхода уменьшается с увеличением возраста женщины и продолжительности бесплодия, окклюзии обеих маточных труб. Одним из путей профилактики образования спаек в малом тазу после лапароскопического вмешательства является не просто разработка наиболее рациональных методов эндоскопических операций, но и использование более совершенных инструментов, более физиологичных шовных материалов и современных полимеров. А также поиск новых подходов к самой операции, основанных на соблюдении принципов реконструктивно-пластической хирургии, ранняя восстановительная терапия в послеоперационном периоде, проведение по возможности наименее травматичной операции, сохранение естественного взаиморасположения органов малого таза и применение средств, улучшающих течение репаративных процессов.

#### **Заключение**

Следовательно, уточнение максимального терапевтического потенциала лапароскопических операций при ТПФБ показывает, что лапароскопия эффективна при I и II степени спаечного процесса в малом тазу, а у женщин с III - IV степенью спаечного процесса после лапароскопического доступа вмешательства в дальнейшем для восстановления фертильности показаны другие методы, в частности, проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения.

#### ***Список литературы / References***

1. Адамян Л.В., Вардanian В.Г. Сравнительная характеристика и основные принципы применения физических энергий (механической, электрической, ультразвуковой и электромагнитной) при эндоскопических, реконструктивно-пластических операциях у гинекологических больных / Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Москва, 2000. С. 73-77.
2. Алиева Х.Г., Калиева Г.М. Лапароскопические возможности лечения внематочной беременности / Проблемы репродукции. Спец. Вып., 2009. С. 226-236.
3. Айламазян Э.К. Дмитрий Оскарович Отг – Основоположник эндоскопии в гинекологии / Журнал акушерства и женских болезней. Вып. 3., 2001. С. 8 - 14.
4. Бекмурзиева Л.К. (2009). Профилактика и лечение послеоперационного спаечного процесса у гинекологических больных: автореф. дис.... канд. мед. наук. Москва. 27 с.
5. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Причины и технология анализа репродуктивных потерь. Москва: Изд-во «Триада-Х», 2008. 128 с.
6. Гаспаров А.С., Волков Н.И. и Назаренко Т.А. Эндоскопия в сохранении и восстановлении репродуктивной функции / Журнал акушерства и женских болезней. Т. 50. Вып. 3, 2001. С. 90-95.
7. Здановский В.М., Фандеева Л.В. Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом / Проблемы репродукции. № 3, 2000. С. 48-49.
8. Корнеева И.Е. Значение эндоскопических методов обследования при бесплодном браке / Журнал акушерства и женских болезней. Т. 50. Вып. 3, 2001 С. 52-56.
9. Кулаков В.И. Лапароскопия при лечении больных с трубно-перитонеальным фактором бесплодия / Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Москва, 2000. С. 162 - 163.
10. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопическая хирургия в гинекологии: состояние и перспективы развития / Журнал акушерства и женских болезней, 2001. № 1. С. 74 - 76.
11. Принц Д.Г., Чернышев И.В. и Антипова О.М. Эффективность оперативной лапароскопии в лечении бесплодия различного генеза / Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Москва, 2000. С. 160 - 161.
12. Рыбников С.В. Результаты лечения трубно-перитонеальной формы бесплодия эндоскопическим методом / Репродуктивное здоровье женщины - национальная проблема России: матер. науч.-практич. конф. Кемерово, 2000. С. 120 - 122.
13. Чеченова Ф.К., Краснопольская К.В. Отдаленные результаты хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом / Акушерство и гинекология, 2001. № 2. С. 40 - 44.
14. Шухман М.Г. Эффект лапароскопии в диагностике и лечении женского бесплодия / Эндоскопия в гинекологии. Москва, 1999. С. 191 - 192.
15. Capelo F.O., Kumar A., Stein-Kampf N.P. et al. Laparoscopic evaluation following failure to achieve pregnancy after ovulation induction with clomiphene citrate / Fertil. Steril., 2003. Vol. 80. № 6. P. 1450 - 1453.
16. Frey C., Poncelet C. Endoscopic management of ectopic pregnancy / Gynecol. Obstet. Fertil., 2011. Vol. 39. № 11. P. 640 - 643.
17. Gorry A. Laparoscopic management of abdominal ectopic pregnancy using Floseal Hemostatic Matrix / Int. J. Gynecol. Obstet., 2012. V. 17. № 1. P. 83 - 84.
18. Molina Sosa A. Conservative laparoscopic and medical treatment of ectopic pregnancy / Gynecol. Obstet. Mex., 2007. Vol. 75. № 9. P. 539 - 548.

19. Hulka J.F., Reich H. Text book of laparoscopy. Philadelphia, 1998. 548 p.
20. Yoon B.S., Park H., Seong S.J. et al. Single - port versus conventional laparoscopic salpingectomy in tubal pregnancy: a comparison of surgical outcomes / Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2011. Vol. 159. № 1. P. 150 - 153.