

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



9 июня 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



12 июня 2000 г.

Регистрационный № 73-0005

**БЕСПЛОДНЫЙ БРАК. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ
ФАКТОРОМ БЕСПЛОДИЯ**

Минск 2000

[Перейти к оглавлению](#)

Учреждения-разработчики: Белорусская медицинская академия последипломного образования

Авторы: канд. мед. наук, доц. С.И. Михалевич

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Г.И. Герасимович, канд. мед. наук, доц. С.Н. Царева

В методических рекомендациях на основе данных зарубежной и отечественной литературы, а также данных, полученных в клинике Минского областного родильного дома, изложены основные подходы к терапии женского бесплодия, описаны методики лечения, применяемые в настоящее время.

Рекомендации предназначены для акушеров-гинекологов разных уровней (студентов медицинских вузов, гинекологов-эндокринологов, специалистов, занимающихся проблемой бесплодного брака).

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИДАТКОВ МАТКИ	7
ЛЕЧЕНИЕ ПОДОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ	13
Лечение хронических сальпингоофоритов в период ремиссии у больных с бесплодием	13
Классификация степеней спаечного процесса	20
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ	21

ВВЕДЕНИЕ

Воспалительные заболевания, острые и хронические сальпингоофориты чаще всего являются причиной трубно-перитонеального бесплодия у женщин.

По данным клиники Минского областного родильного дома, женское бесплодие, причиной которого является перенесенный острый или хронический аднексит, встречается в 92% случаев. Таким образом, правильная диагностика, тактика ведения больных с указанной патологией должны обеспечить максимальное восстановление репродуктивной функции у женщин детородного возраста.

Диагностика острого воспалительного процесса придатков матки не представляет особых трудностей и базируется на использовании традиционных методов (анамнез, клиническое течение, результаты физикального и лабораторных исследований). В практической медицине применяются гематологические, микробиологические, биохимические и другие методы обследования.

Часто применяемый в гинекологической практике метод ультразвуковой диагностики используется для постановки диагноза и контроля за лечением, но дифференцировать острый или хронический процесс с его помощью сложно.

Внедренный широко в практическую медицину эндоскопический метод обследования позволяет визуально оценить состояние внутренних органов в острой или хронической стадии патологического процесса. При лапароскопии также возможно дренирование брюшной полости.

Очень важно правильно оценить течение воспалительного процесса, так как от этого зависит тактика ведения больных, длительность наблюдения, это также позволяет предположить те причины, которые в итоге ведут к бесплодию.

Принята следующая классификация воспалительного процесса по клинической картине:

1) острые;
2) подострые;
3) хронические (первично хронические либо следствие неизлеченных острых и подострых воспалительных заболеваний органов таза):

а) неактивные (фаза ремиссии — нет клинических проявлений, не высеваются микроорганизмы, морфологически — остаточные явления в очаге воспаления в виде фиброзных изменений и спаечного процесса);

б) активные (фаза обострения):

– 1-й вариант обострения — инфекционно-токсическая форма — протекает по типу острого или подострого впервые возникшего воспаления с экссудативным и инфекционно-токсическим компонентом; характеристики микробного спектра в цервикальном канале соответствуют таковому в полости матки, маточных трубах; причина обострения — внутриматочные манипуляции, внутриматочные контрацептивы, инфекции, передающиеся половым путем, и т.д.

– 2-й вариант обострения: клинические проявления в виде тазовых болей, эндотоксикоза, нарушения менструального цикла, бесплодия, невынашивания беременности в анамнезе, повышенной утомляемости, неврозов; нарушение биоценоза влагалища и кишечника; микроорганизмы, как правило, выявляются лишь при углубленном микробиологическом исследовании эндометрия и эндосальпинкса; причина обострения — срыв адаптивных и протективных механизмов внутренних половых органов.

Бесплодный брак. Лечение больных с трубно-перитонеальным фактором бесплодия

Лечение воспалительных процессов внутренних половых органов является одной из важнейших проблем гинекологии, представляет большие трудности. Основные принципы лечения должны базироваться на проведении комплексной терапии с учетом как местного проявления патологического процесса, так и этиологического фактора, патогенеза заболевания, стадии процесса, состояния иммунного гомеостаза, также должна учитываться ранее проводимая терапия.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИДАТКОВ МАТКИ

В комплексное лечение острой стадии воспалительного процесса придатков матки входят антибактериальные, антисептические, антигистаминные, дезинтоксикационные, болеутоляющие, противогрибковые, при необходимости противовирусные препараты, витамины, ингибиторы простагландинов, иммунокорректоры.

Большие трудности во многих случаях вызывает назначение адекватной антибактериальной терапии, так как на фоне ранее применяемых препаратов может происходить развитие устойчивых форм микроорганизмов к антибиотикам.

В настоящее время, по данным литературы, выработано общепринятое мнение о том, что воспалительный процесс гениталий очень редко вызывается одним видом микробного возбудителя. А невыявление в процессе обследования хотя бы одного из микроорганизмов из ассоциации может привести к выбору неадекватной терапии. Неадекватная терапия ведет к хронизации процесса, нередко могут возникать мешотчатые образования с различным содержимым (серозно-геморрагическая жидкость, гной).

При подборе антибиотиков необходимо учитывать спектр действия, скорость проникновения к очагу, время полураспада, дозу (разовую, суточную), сочетаемость с другими препаратами, длительность курса лечения, индивидуальную переносимость препарата.

Желательно перед началом антибактериальной терапии провести тесты, определяющие чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Однако эти данные бывают и ошибочными. Поэтому лечение целесообразно проводить антибиотиками широкого спектра действия, способными оказать влияние на возможно присутствующие в ассоциациях хламидии, уреомикоплазму, гарднереллы, анаэробы. С учетом вышеизложенного курс антибактериальной терапии должен составлять 12–14 дней. Во время проведения антибактериальной терапии необходимо назначение антимикотических препаратов, желательно не только местного, но и общего применения.

Если проводимая терапия в течение 3–5 сут не приводит к положительной динамике в течении острого воспаления придатков матки, необходима смена антибиотиков. Целесообразно комбинировать применение антибиотиков, нитрофуранов и сульфаниламидов в сочетании с трихополом.

При лечении острых воспалительных процессов придатков матки необходимо использовать средства, улучшающие микроциркуляцию (спазмолитики, антиагреганты). Для уменьшения экссудации в очаге поражения, предупреждения продуктивных и фибропластических процессов назначают анальгетики, производные пирозолон. Применение антиоксидантных препаратов — неотъемлемая часть лечения острых воспалительных процессов любой локализации. При выраженных явлениях интоксикации обязательно проведение дезинтоксикационной инфузионной терапии.

При формировании ограниченных тубоовариальных образований без их разрыва возможно проведение пункций через своды влагалища с эвакуацией содержимого и последующим промыванием полостей антисептиками и введением антибиотиков в эти полости.

Регуляция функции кишечника, рациональное питание — также очень важные моменты в лечении острого воспаления придатков матки.

С целью ограничения процесса в первые 2–3 сут целесообразно применение холода на низ живота. Как метод неспецифической патогенетической терапии, основанный на способности введенного в ткани раствора новокаина снимать сильное раздражение, возникающее в зоне патологического очага, одновременно действуя в качестве слабого раздражителя, можно применять новокаиновые блокады по Вишневскому. При этом происходит выключение периферической иннервации и связанное с этим обезболивание, а также нормализуется нервная трофика, что наиболее ярко проявляется при заболеваниях воспалительного характера. Чаще всего применяется пресакральная блокада (0,25%, 100% и 120% раствора новокаина), реже — паранефральная.

После ликвидации острых проявлений процесса в комплекс лечения включаются средства, которые будут способствовать уменьшению инфильтративных изменений. С этой целью назначают биостимуляторы (ФИБС, алоэ, спленин и др.). С этой же целью применяются и преформированные физические факторы. В ряде случаев хороший эффект дает ультрафиолетовое облучение аутокрови — 7–8 процедур через день по общепринятым методикам. Для коррекции иммунного гомеостаза применяют лазеротерапию в виде лазеропунктуры (наружные методики) или в виде внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК), а также надвенозного лазерного облучения крови (НЛОК) — через день 4–5 процедур по 30 мин. Используются аппараты гелий-неонового лазера. Низкоэнергетическое лазерное излучение оказывает болеутоляющее, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие, кроме его основного иммунокорректирующего эффекта.

При выраженном болевом синдроме целесообразно применение диадинамофореза с магнием на низ живота или на область поясницы (10 процедур ежедневно).

При лечении острой стадии воспалительного процесса внутренних половых органов категорически противопоказаны: тепловая терапия (грязелечение, бальнеолечение, озокерит, парафин, диатермия), гинекологический массаж.

Кроме того, проводя лечение обострения хронического или острого аднексита, необходимо учитывать возраст женщины, возможность восстановления детородной функции, наличие экстрагенитальной патологии, переносимость предлагаемого метода пациенткой.

Очень эффективны для лечения влагалищные и ректальные методы введения препаратов. Так, например, сочетанное применение трихопола внутрь с введением его влагалищно ускоряет процесс выздоровления. Влагалищные тампоны с димексидом вместе с антибиотиками или ферментами также очень показаны при лечении острых воспалительных процессов придатков матки. Ректальное введение спазмолитиков, отваров трав, обладающих противовоспалительным действием, также ферментов, способствует более быстрому выздоровлению, и очень часто позволяет избежать нежелательных осложнений (спаечный процесс органов малого таза, окклюзия маточных труб, нарушение функции яичников и т.д.).

Улучшение общего состояния, исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры тела, пульса, положительные изменения гемограммы являются критериями излечения.

Однако один курс лечения практически не приводит к стойким положительным результатам. У женщин, у которых не решена проблема детородной функции, терапия не может заканчиваться единственным курсом, а лечение должно быть продолжено и проводиться поэтапно.

Грозным осложнением острого воспаления придатков матки является формирование гнойных мешотчатых образований, лечение которых требует оперативного вмешательства. Операцию у больных с гнойным воспалением необходимо проводить в основном в плановом порядке в стадии ремиссии. Но при угрозе разрыва гнойника, развитии острой почечной недостаточности или других осложнениях хирургическое лечение необходимо по жизненным показаниям даже в острой стадии процесса.

У нерожавших женщин при проведении операций в плановом порядке возможно ограничение вмешательства лишь дренированием полостей с эвакуацией содержимого и последующим промыванием их антисептиками, введением в полости антибиотиков. Такое ведение позволяет сохранить органы (труба, яичник) и надежду на восстановление функции. В острой стадии оперативное вмешательство, как правило, заканчивается удалением мешотчатых образований, а дальнейшее ведение больных идет по общепринятым правилам.

Однако и в первом и во втором случаях хирургическое лечение гнойных мешотчатых образований придатков матки сопровождается высокой степенью риска развития перитонита, межпетлевых кишечных абсцессов, септических осложнений. Поэтому эти операции относятся к разряду самых тяжелых и выполнять их должны самые высококвалифицированные врачи. При вовлечении в гнойный процесс смежных органов (кишечник, мочевого пузыря) необходимо участие в операции, кроме акушера-гинеколога, еще и хирурга. Послеоперационное ведение больных требует проведения в обязательном порядке дезинтоксикационной инфузионной терапии, применения антибиотиков, десенсибилизирующих препаратов, витаминов, иммунокорректоров, обезболивающих препаратов.

Бесплодный брак. Лечение больных с трубно-перитонеальным фактором бесплодия

При получении положительных результатов после операции (заживление ран, нормализация анализов крови, мочи, гинекологического статуса) можно говорить о завершении первого этапа лечения, после которого все пациентки нуждаются еще во втором этапе, то есть в лечении, которое предполагает восстановление репродуктивной функции женщины.

ЛЕЧЕНИЕ ПОДОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Лечение подострого воспаления придатков матки, как правило, консервативное, по своей тактике близко к лечению острых сальпингоофоритов. Больные с такой формой воспалительного процесса также нуждаются в проведении второго этапа, то есть восстановления репродуктивной функции женщины.

Второй этап восстановительного лечения соответствует второму этапу лечения хронических воспалительных процессов придатков матки.

Лечение хронических сальпингоофоритов в период ремиссии у больных с бесплодием

Больные с хроническими сальпингоофоритами в бесплодном браке, по нашим данным, составляют больше 80%. От тактики и эффективности лечения у них во многом будет зависеть основной исход — наличие или отсутствие беременности в будущем.

Лечение может быть консервативным или оперативным. Так как одним из наиболее тяжелых осложнений при хроническом аднексите является наступление частичной или полной окклюзии маточных труб, то на момент установления этого диагноза должны быть направлены все усилия врачей.

Стертое, атипичное течение хронического воспаления придатков матки без выраженной характерной клинической картины является причиной поздней обращаемости женщин к врачу, даже при некоторых проявлениях болевого синдрома и бесплодия.

Обязательно в результате обследования пациенток необходимо исключение специфических процессов (туберкулез, гонорея и др.). В последние годы все чаще идет речь о специфичности и других инфекций, которые определяются в половых путях женщин (хламидиоз, уреоплазмоз, герпетическая инфекция и др. Для их лечения применяются специфические препараты.

Как правило, при хронических воспалительных процессах органов малого таза поражаются и яичники, особенно если течение процесса длительное, с частыми обострениями. Нарушение функции яичников в виде ановуляторных циклов, синдрома персистенции фолликула, недостаточности функции желтого тела и др. приближается к 100% у пациенток с хроническими аднекситами. Поэтому в результате лечения предполагается восстановление и функции яичников. Но восстановление функции яичников нецелесообразно проводить до восстановления нормальных анатомических взаимоотношений внутренних половых органов.

Таким образом, в период ремиссии хронического воспаления придатков матки необходимо в первую очередь определить наличие анатомической проходимости маточных труб, провести инфекционный скрининг, а затем решить, какой вид лечения наиболее подходит данной женщине.

При наличии проходимости маточных труб (по данным метросальпингографии (МСГ), радиоизотопной метросальпингостинциграфии, лапароскопии) начинается 1-й этап лечения. Он может проводиться в условиях женской консультации или в стационаре. Обязательна активация процесса пирогеналом, (продигиозаном), гоновакциной.

При каждой инъекции одного из вышеуказанных препаратов проводится бактериологическое и бактериоскопическое исследование содержимого цервикального канала и уретры. Наличие реакции (подъем температуры, изменения в крови, моче, мазках) требует назначения антибиотиков с учетом их спектра действия и определяемой флоры. Во всех случаях целесообразно назначение трихопола дополнительно к антибиотиками (0,5 г 3 раза в день) в течение 10 дней, а также противомикотических препаратов. После применения антибактериальной терапии необходимо назначать биопрепараты — эубиотики для нормализации микрофлоры. Лучше сочетание препаратов, используемых внутрь и вводимых во влагалище.

Лечение эубиотиками должно продолжаться не менее 10–14 дней. Кроме вышеуказанных препаратов больным необходимо назначать иммунокорректоры (циклоферон, неовир, солкотриховак, виферон, метилурацил, эссенциале, пентоксил). Препараты цитомедины (тималин, тактивин, тимоген) применяются только при наличии иммунограмм и конкретно при снижении теофиллинчувствительных Т-лимфоцитов).

В курс противовоспалительного лечения включают ингибиторы простагландинов (диклофенак натрия, напроксен, индометацин), антигистаминные препараты, психотропные и седативные средства. Показано проведение цикловой витаминотерапии.

После 2–3-дневного приема антибактериальной терапии рекомендуется добавить физиотерапевтическое лечение.

При длительности заболевания до двух лет назначают терапию микроволнами сантиметрового диапазона или УВЧ; при наличии спаечного процесса в малом тазу — ультразвук на гипогастральную, надлобковую и паховые области в импульсном режиме (10–15 процедур), электрофорез сульфата меди, цинка или магния.

Хорошо сочетается проведение электрофореза после микроклизм, в состав которых могут входить настои трав (ромашка, эвкалипт, шалфей и др.), спазмолитики (раствор новокаина, но-шпа), ферменты (лидаза, химотрипсин, лизоцим).

Женщинам с гипофункцией яичников показан вибрационный массаж на нижние отделы передней брюшной стенки (12–15 процедур), магнитное поле (индуктотермия).

При наличии спаечного процесса, но имеющейся хотя бы частичной проходимости труб показано проведение инстилляций с ферментами (лидаза, лизоцим) в 1-ю фазу менструального цикла. Для этого используется наконечник от шприца Брауна, соединенный через резиновый переходник с обычным шприцем на 20,0 мл; 64 ед. лидазы или/и 100 мг лизоцима растворяются в 20,0 мл 50% новокаина (20,0 физиологического раствора или 20,0 полиглюкина). Раствор через трубы либо проникает в околотрубное пространство, либо изливается из матки. При первом варианте лечение чрезвычайно эффективно, так как ферменты попадают в очаг и оказывают непосредственно свое прямое действие. Процедура производится ежедневно, всего 5–6 на курс. Противопоказаниями служат воспалительные изменения со стороны гемограммы и анализа мочи, III–IV ст. чистоты влагалища, наличие болезненных инфильтративных изменений со стороны придатков матки при бимануальном исследовании, повышение температуры тела выше $37,5^{\circ}\text{C}$, наличие кровянистых выделений из половых путей. Иммунокорригирующее, противовоспалительное и обезболивающее воздействие при лечении хронических аднекситов оказывает лазеротерапия в виде лазеропунктуры ежедневно по общепринятым методикам, а также в виде ВЛОК или НЛОК в количестве 3–4 процедур через 3–4 дня по 30 мин.

При отсутствии указаний на опухолевый рост в организме пациентки целесообразно назначение биостимуляторов. Выбор их широк, не один из препаратов не имеет преимуществ перед другим, и поэтому, если у больной уже не первый курс лечения и ранее применялись какие-либо из этих препаратов, то целесообразно их менять.

Параллельно с лечением пациентки проводится обследование и лечение мужа, которое также включает препараты, обостряющие воспалительный процесс, антибактериальные средства и другие медикаменты согласно существующим схемам.

После проведенного курса лечения в течение 1-го менструального цикла рекомендуется контрацепция, а затем в течение 4–6 циклов — открытая половая жизнь, в результате чего можно ожидать наступление беременности. Вместе с тем, даже если беременность и не наступит, то на все это время желательно назначить контроль за фолликулогенезом, обследование по тестам функциональной диагностики для оценки состояния яичников. Можно также провести исследование гормонального и иммунного гомеостаза. Результаты этих исследований позволят конкретизировать комплекс лечения на втором этапе.

Второй этап лечения проводится через 4–6 мес. после окончания первого и направлен на улучшение гемодинамики, тканевого обмена в пораженных органах, микроциркуляции, восстановление тканевых иммунных, гормональных механизмов регуляции, восстановление проходимости маточных труб. Терапия обязательно начинается с 4–6 дня менструального цикла, то есть в 1-ю фазу. Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение подбирается дифференцированно с учетом анатомических изменений и нарушений функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Рекомендуется витаминотерапия (фолиевая кислота, витамин Е, витамин С). Применение биостимуляторов показано как при гиперэстрогении, так и при гипоестрогении. Обязательно в курс лечения включаются иммуномодуляторы, ингибиторы простагландинов, психотропные препараты.

Физиотерапевтические методы воздействия могут включать тепловые процедуры (индуктотермия, озокерит, локальная гипертермия, парафинолечение) и бестепловые процедуры — электрофорез с медью, цинком или магнием, фонофорез или диадинамофорез с магнием. Показан назальный электрофорез с витамином В₁, воротник по Щербаку.

В комплекс лечения второго этапа могут быть включены лазеротерапия (лазеропунктура или ВЛОК (НЛОК)), ИРТ, гинекологический массаж. Однако лазеротерапию и ИРТ нецелесообразно проводить одновременно, а гинекологический массаж эффективнее в сочетании с лазеротерапией.

Если имеются данные за трубно-перитонеальный фактор (наличие спаечного процесса, частичная проходимость маточных труб), показано провести еще раз инстиляции с лидазой или/и лизоцимом. После проведения II этапа лечения так же рекомендуется в течение 1-го менструального цикла контрацепция, а затем, как и после 1-го этапа, в течение 4–6 мес. разрешается открытая половая жизнь и беременность. При отсутствии беременности за этот период времени целесообразно повторить обследование функции яичников и труб. Если не произошло положительной динамики при изучении проходимости маточных труб, необходима либо лапароскопия, либо микрохирургическая операция. Для восстановления функции яичников потребуется гормональная терапия.

При имеющейся проходимости маточных труб, сохранении болевого синдрома, а также сохраняющихся нарушениях овариально-менструальной функции и отсутствии беременности через 4–6 мес. после проведения второго этапа лечения показан третий этап.

Третий этап включает санаторно-курортное лечение (лечебные грязи, ванны, орошение, гинекологический массаж). Целесообразно сочетание грязелечения и синусоидальных модулированных токов, грязелечения и гинекологического массажа, сероводородных или радоновых ванн с гинекологическим массажем. Особенно показаны радоновые ванны при сочетании хронического сальпингоофорита с эндометриозом любой локализации. Наличие эндометриоза или опухолей в анамнезе всегда является противопоказанием к тепловым процедурам, гинекологическому массажу.

Если в результате лечения в течение 1–1,5 лет не наступила беременность, необходимо уточнение диагноза и тактики ведения больной, что можно сделать с помощью диагностической хирургической лапароскопии, после которой проводится курс реабилитационной терапии по показаниям. При наличии окклюзии маточных труб показана микрохирургическая операция на трубах, эффективность которой в нашей стране выше практически в 2 раза по сравнению с эндоскопическим вмешательством. При окклюзии в интрамуральных отделах или в средней трети трубы микрохирургическое лечение бесспорно. Но даже при окклюзии в ампулярных отделах тоже следует предпочесть микрохирургическую операцию оперативной эндоскопии.

Микрохирургическое лечение не эффективно при:

- возрасте старше 35 лет,
- длительности заболевания с частыми обострениями >10 лет,
- туберкулезе гениталий,
- психических заболеваниях женщины,
- повторных микрохирургических вмешательствах,
- сочетании с иммунным фактором бесплодия,

- коротких маточных трубах, когда в результате иссечения измененного участка трубы последние останутся 5 см и менее,
- имеющихся мешотчатых, образованиях (гидросальпинксы) в диаметре >2 см,
- спаечном процессе в области придатков матки III–IV ст.

Оперативная эндоскопия наиболее целесообразна при операциях лизиса, резекции яичников, выпаривании эндометриоидных гетеротопий, удалении небольших кист яичников, пароовариальных кист, энуклеации небольших (1–2 см в диаметре) фиброматозных субсерозных узлов, сальпинготомии, сальпингоэктомии при внематочной беременности, хирургической стерилизации.

Как микрохирургические, так и эндоскопические операции должны проводиться опытным специалистом в соответствующем стационаре с использованием соответствующего инструментария и шовного материала.

Классификация степеней спаечного процесса

1. Спайки минимальны. Видна большая часть яичника.
2. Более 50% поверхности яичника свободна. Может быть окклюзия дистальных отделов труб, но при этом сохранена складчатость и слизистая.
3. Свободно менее 50% поверхности яичника, имеется окклюзия дистальных отделов труб, складчатость и слизистая разрушены.
4. Поверхность яичника не видна. Спайки грубые, сосудистые. Имеются двухсторонние мешотчатые образования.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ

1. Применение микрохирургической техники и соответствующего инструментария.
 2. Уменьшение первоначального повреждения и травматизации тканей.
 3. Минимум работы с тканями с помощью инструментов.
 4. Тщательный гемостаз.
 5. Атрауматическое рассечение тканей с применением коагуляторов с минимальным режимом тока.
 6. Минимум промокания.
 7. Применение оптической техники.
 8. Увлажнение тканей путем непрерывного орошения декстранами.
 9. Предупреждение попадания в брюшную полость инородных тел (марля, присыпка, химикаты, бактерии).
 10. Предупреждение ишемии тканей.
 11. Для укрытия дефектов не применяются ткани трансплантатов брюшины.
 12. Не перетонизировать без необходимости поврежденные поверхности.
 13. Тщательное удаление из брюшной полости сгустков крови.
- После проведенного оперативного лечения все больные нуждаются в ранней (сразу после операции) и более поздней (после очередных месячных) реабилитационной терапии.

Сразу после операции проводится курс антибактериальной терапии в течение 5–7 дней в сочетании с трихополом (например, гентамицин 0,08 г через 8 ч внутримышечно + трихопол по 0,5 г через 8 ч), биостимуляторов, ЛФК, магнитотерапии на низ живота ежедневно в течение 5–6 дней, ВЛОК или НЛОК 2–3 раза с перерывом 2–3 дня. При благоприятном течении послеоперационного периода со 2–3 суток можно провести 2–4 инстилляций с 64 ед. лидазы ежедневно или через день.

После операции больная выписывается с рекомендациями по контрацепции до очередных месячных, после которых необходим еще курс лечения около 14–18 дней. Лечение должно быть направлено на восстановление функции яичников и маточных труб, а также коррекцию иммунного гомеостаза, профилактику спаечного процесса.

После проведенного курса восстановительного лечения рекомендуется контрацепция до очередных месячных. Таким образом, в течение двух циклов, когда проводится оперативное лечение, применяется контрацепция, а затем разрешается открытая половая жизнь. В дальнейшем обязательно изучение тестов функциональной диагностики (ТФД), фолликулогенеза. Наибольший процент наступления беременности отмечен в ближайший год после операции. Однако, если беременность не наступает через 6–8 мес. после реабилитации, проводится МСГ. При наличии проходимости маточных труб можно предложить еще один курс реабилитации, возможно, в условиях санатория с использованием бальнеолечения, грязелечения, ИРТ, гинекологического массажа. При непроходимых маточных трубах обычно рекомендуется ЭКО, однако, если сохраняются большие мешотчатые образования ($d \geq 2$ см), то лучше перед ЭКО провести радикальную санацию труб. Повторные микрохирургические операции не показаны.

В практическом здравоохранении имеет также значение установление диагноза окклюзии трубы с одной стороны. Одностороннее поражение трубы встречается в 15–18% случаев. Большинство врачей часто не придают значения этому факту и считают, что имеющаяся одна труба с хорошей проходимостью по МСГ способна выполнить свою функцию, и беременность может наступить. При изучении таких ситуаций было выявлено, что в 100% случаев с преимущественным односторонним поражением трубы, несмотря на данные МСГ, всегда имеется спаечный процесс в области придатков матки. Это же подтверждается и данными метросальпингостинциграфии, функционально и анатомически страдает и проходима по данным МСГ труба. Поэтому такие больные нуждаются в оперативном лечении и последующей восстановительной терапии. Ведение больных в послеоперационном периоде с преимущественно односторонним поражением труб проводится по описанным выше правилам с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания, сочетания с другими факторами женского бесплодия.

В выборе времени для пластических операций на трубах обязательно учитывать состояние здоровья полового партнера пациентки. Так как наступление беременности разрешается и желательно в ближайшее после операции время, то здоровье полового партнера (мужа) должно быть подтверждено обследованием. При наличии патоспермии требуется лечение, которое иногда может продолжаться 0,5–1 год и более. В таких ситуациях оперативное лечение у женщины откладывается на период лечения супруга. Если лечение полового партнера неэффективно, то в послеоперационном периоде необходимо решать вопрос об инсеминации спермой донора (ИСД). В этих случаях уже через 2–3 мес. после операции женщине проводится МСГ, по данным которой можно судить о перспективности ИСД. При наличии снижения количества активно-подвижных сперматозоидов или/и снижении их контрацепции возможно проведение инсеминации, но только при подтверждении проходимости маточных труб после операции.

Алгоритм диагностики и лечения после внематочной беременности

