



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ.

Чориева Гулчехра Зулфикаровна

Кафедра Акушерства и гинекологии Ташкентского
государственного медицинского института, Ташкент
gulchekhra.chorieva1505@gmail.com
<https://doi.org/10.5281/zenodo.17948592>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 06-dekabr 2025 yil
Ma'qullandi: 11-dekabr 2025 yil
Nashr qilindi: 16-dekabr 2025 yil

KEYWORDS

эндоскопические операции;
трубно-перитонеальное
бесплодие; лапароскопия;
проходимость маточных
труб; репродуктивные
исходы.

ABSTRACT

Исследование оценивает эффективность
эндоскопических методов при трубно-
перитонеальном бесплодии. Реконструктивная
лапароскопия обеспечила восстановление
проходимости труб у 78,9 % пациенток и более
высокую частоту спонтанной беременности. При
тяжёлом гидросальпинксе удаление или выключение
труб повышало результативность ВРТ.
Эндоскопические технологии показали высокую
клиническую эффективность.

Актуальность. Бесплодие в браке является одной из наиболее важных и сложных медико-социальных проблем, благополучное решение которой определяет возможность воспроизводства вида и сохранение генофонда [4]. Согласно результатам эпидемиологических исследований, частота бесплодия в разных странах мира колеблется от 8 до 29 % [1;3;6;7]. Частота бесплодного брака в России составляет 15-19 % и имеет тенденцию к росту [2;5]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), при частоте бесплодных браков, равной 15 % и выше, проблема бесплодия приобретает государственное значение [8].

Медико-социологические исследования показали, что у 93 % женщин бесплодие приводит к психологическому и социальному дискомфорту, снижает социальную адаптацию и профессиональную активность, повышает частоту разводов [9;10;11]. Ведущей формой бесплодия у женщин является трубно-перитонеальная, частота которой колеблется, по данным разных авторов, от 40 % до 74 % [12]. Многообразие факторов, приводящих к развитию трубно-перитонеального бесплодия, наличие сочетанных форм затрудняют выбор необходимых методов диагностики и лечения [13]. Восстановление репродуктивной функции растягивается во времени и негативно отражается на эффективности лечения [14].

Целью исследования явилась оценка эффективности эндоскопических технологий в диагностике и лечении женщин с трубно-перитонеальным бесплодием и их влияние на репродуктивные исходы.

Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии и медицинского центра «Sitymed» в период с 2023

по 2024 годы. На 1 этапе в исследование были включены 60 женщин репродуктивного возраста (18–38 лет), страдающих бесплодием. Пациентки были разделены на две группы: основную (проспективную) — 30 женщин, впервые обратившихся с проблемой бесплодия, и сравнительную (ретроспективную) — 30 пациенток, ранее получавших лечение по поводу бесплодия в других учреждениях.

Критерии включения в исследование: а) женщины с патологией маточных труб и/или спаечным процессом в полости малого таза; б) возраст женщины от 18 до 45 лет; в) письменное согласие. Критерии исключения из исследования: а) генитальный туберкулез; б) выраженные эндокринные нарушения; в) злокачественные опухоли гениталий; г) мужской фактор бесплодия; д) отсутствие согласия пациента.

Предоперационное обследование проводилось по определенному плану и включало обстоятельное изучение причин бесплодия у обоих супругов. Каждая больная проходила обследование по поводу бесплодия, включая клинико-анамнестическое исследование, проверку проходимости маточных труб, исследование на наличие овуляции, посткоитальную пробу, анализ спермы полового партнера, лапароскопию с хромотубацией и гистероскопию. Все исследования проводились с письменного согласия больных. Результаты обследования и динамического наблюдения за больными вносили в стандартный протокол, разработанный для электронной версии истории болезни. Клинические исследования включили в себя изучение анамнеза, оценку соматического и гинекологического статуса с применением традиционных методов обследования состояния органов и систем.

Лабораторное обследование пациенток включало проведение биохимических, иммунологических, гормональных и микробиологических исследований с целью комплексной оценки состояния организма и выявления факторов, способствующих развитию бесплодия. Диагностика инфекционно-воспалительных заболеваний включала микроскопию вагинального мазка, определение кислотности влагалищного содержимого и бактериологическое исследование отделяемого для выявления аэробной и анаэробной микрофлоры. Для выявления инфекций, передающихся половым путём (хламидий, микоплазм, уреаплазм, герпесвируса), применяли иммуноферментный анализ и метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Эти исследования позволяли точно определить наличие скрытых инфекций, способных вызывать воспалительные изменения и спаечные процессы в органах малого таза.

Таким образом, проведённые лабораторные исследования обеспечили комплексную оценку иммунного, гормонального и инфекционного статуса пациенток, позволили выявить ведущие патогенетические механизмы бесплодия и определить оптимальную лечебную тактику. Для уточнения диагноза и определения характера патологических изменений в органах репродуктивной системы пациенткам проводилось комплексное инструментальное обследование, включающее ультразвуковое исследование органов малого таза, гистеросальпингографию и мультиспиральную компьютерную гистеросальпингографию.

Хирургическое лечение бесплодия у обследованных пациенток проводилось с использованием эндоскопических и микрохирургических технологий, направленных на восстановление проходимости маточных труб, устранение спаечных процессов и коррекцию выявленных анатомических нарушений. Степень выраженности спаечного

процесса и эндометриоза оценивалась по классификации Американского общества фертильности (R-AFS, 1985). Характер и протяжённость повреждений маточных труб определяли в соответствии с классификациями Hulka (1978) и Mage (1986).

Таким образом, применение малоинвазивных эндоскопических и микрохирургических методик позволило провести точную диагностику, устранить морфологические причины бесплодия и создать условия для восстановления естественной фертильности.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакетов прикладных программ Statistica 6.1 (StatSoft Inc., США) и IBM SPSS Statistics 20. Перед проведением анализа проверялась нормальность распределения количественных показателей с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для данных, распределённых по нормальному закону, вычисляли среднее значение (M) и стандартное отклонение (σ). В случаях, когда распределение отличалось от нормального, использовались медиана (Me) и межквартильный размах (25-й и 75-й процентиля).

Сравнение качественных показателей между группами выполнялось с использованием χ^2 -критерия (хи-квадрат) или критерия знаков Z . Для оценки влияния факторов риска трубного бесплодия рассчитывались отношения шансов (ОШ) с указанием 95 % доверительного интервала (ДИ). Силу связи между количественными признаками оценивали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s). Критический уровень статистической значимости принимался равным $p < 0,05$.

Во 2 этапе исследования обследовано 110 пациенток, распределённых на три группы в зависимости от вида эндоскопического вмешательства:

Группа 1 ($n=30$) — реконструктивно-пластические лапароскопические операции.

Группа 2 ($n=30$) — диагностическая и ограниченно-корректирующая лапароскопия.

Группа 3 ($n=20$) — эндоскопия с выключением/удалением маточных труб и последующей подготовкой к ВРТ.

Группа 4 - Контрольная группа ($n=30$) - пациентки без лапароскопии.

Средний возраст пациенток составил $29,4 \pm 3,8$ лет и статистически значимо не различался между группами ($p > 0,05$).

Таблица 3

Возраст женщин по группам

Возраст (лет)	Группа1, $n=30$ Абс./ %	Группа2, $n=30$ Абс./ %	Группа3, $n=20$ Абс./ %	Контрольная группа, $n=30$ Абс./ %
18-24	3 (10,0%)	4 (13,3%)	2 (10,0%)	5 (16,7%)
25-29	12 (40,0%)	10 (33,3%)	7 (35,0%)	11 (36,7%)
30-34	9 (30,0%)	9 (30,0%)	6 (30,0%)	8 (26,7%)
>35	6 (20,0%)	7 (23,4%)	5 (25,0%)	6 (20,0%)
Средний возр. ($M \pm SD$)	$29,8 \pm 3,9$	$29,5 \pm 3,7$	$30,4 \pm 4,2$	$29,6 \pm 3,8$

Наибольшая доля женщин в каждой группе приходилась на возрастную категорию 25–29 лет, что соответствует наиболее благоприятному периоду для реализации репродуктивной функции. Доля пациенток старше 35 лет была относительно невысокой, однако её наличие отражает тенденцию позднего репродуктивного обращения и более длительный анамнез бесплодия.

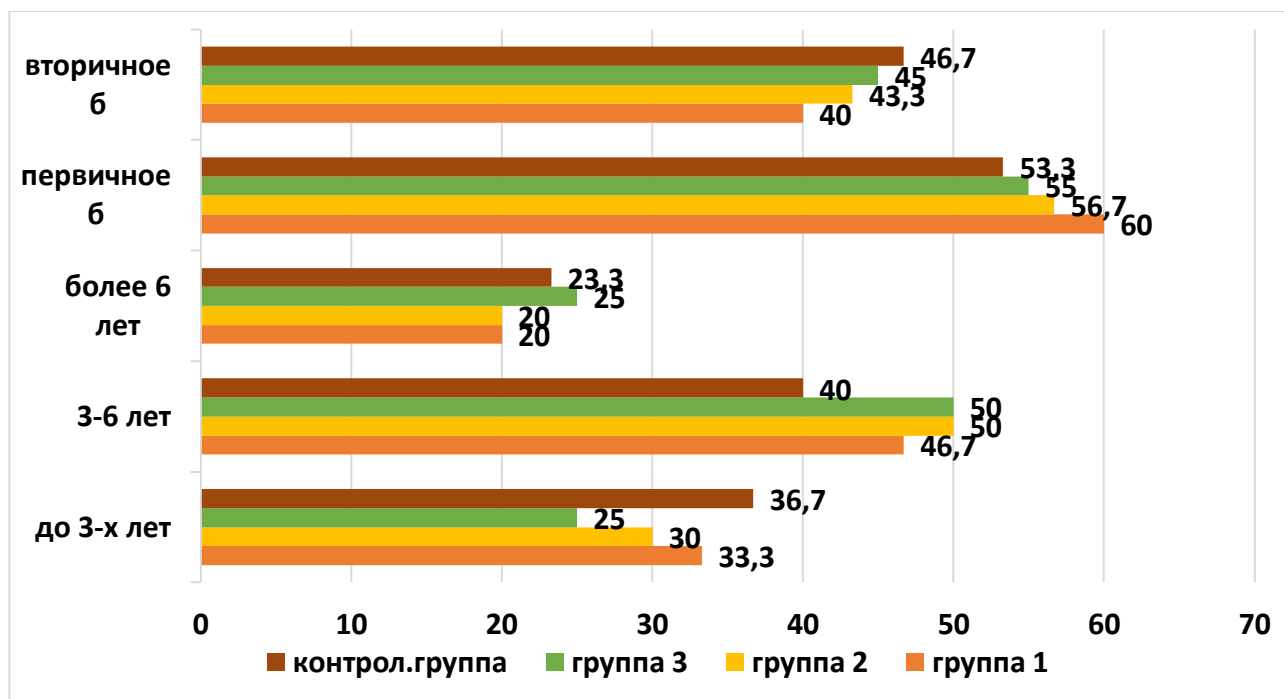


Рисунок 1. Длительность бесплодия.

Продолжительность бесплодия варьировала от 1 до 10 лет (в среднем $3,6 \pm 1,2$ года), также без межгрупповых различий ($p > 0,05$).

В группе 1 (лапароскопическая реконструктивно-пластическая хирургия) преобладал спаечный процесс II–III степени (58 %), гидросальпинкс отмечен у 22 % пациенток, повреждения фимбрий выявлены у 64 %. В группе 2 (консервативно-эндоскопическая тактика) более половины женщин имели спаечный процесс I степени (56 %), гидросальпинкс отсутствовал, повреждения фимбрий встречались в 28 % случаев. Группа 3 (эндоскопия + ВРТ) характеризовалась высокой степенью тяжести патологии: 100 % пациенток имели спаечный процесс II–III степени, 78 % — гидросальпинкс, 87 % — повреждения фимбрий. Эти данные демонстрируют различие в тяжести исходной патологии и оправдывают выбор тактики лечения в каждой группе.

Таблица 4.

Клинические параметры операций

Показатель	Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=20)	p
Длительность операции (мин)	90 ± 15	50 ± 10	120 ± 20	<0,05
Объём кровопотери (мл)	50 ± 10	30 ± 5	70 ± 20	<0,05
Частота интраоперационных осложнений	2 (5,0 %)	1 (3,3 %)	2 (7,0 %)	>0,05

Частота формирования повторных спаек	3 (10,0 %)	5 (15,0 %)	4 (20,0 %)	>0,05
Всего	30 (100 %)	30 (100 %)	20 (100 %)	—

В данной таблице 4. представлены показатели, характеризующие оперативное вмешательство и его переносимость. Наибольшая продолжительность операций наблюдается в группе 3 (эндоскопия с подготовкой к ВРТ), что связано с необходимостью проведения дополнительных манипуляций при гидросальпинксе и грубом спаечном процессе. Группа 1 также демонстрирует увеличенную длительность операции, но при этом частота осложнений остаётся минимальной (5 %). Объём кровопотери во всех группах не превышает безопасных значений. Частота формирования повторных спаек наиболее низкая в группе 1, что отражает эффективность реконструктивной хирургии и адгезиолиза.

По классификации AFS:

- Лёгкая степень (I–II) отмечена у 45,6 % пациенток.
- Умеренная — у 34,4 %.
- Тяжёлая — у 20,0 %.

В группе 1 доля пациенток с лёгкой степенью спаечного процесса была выше (53,3 %), тогда как в группе 3 преобладал тяжёлый спаечный процесс (46,7 %), что определило необходимость радикальной тактики.

Частота выявленного гидросальпинкса существенно различалась между исследуемыми группами. В группе 3 данный показатель был максимальным и составлял 68,9 %, что указывает на выраженные морфологические изменения маточных труб и тяжесть патологического процесса. Высокая доля гидросальпинкса в этой группе отражает значительное нарушение функции фимбриального аппарата и транспорта яйцеклетки, что является ключевым фактором трубно-перитонеального бесплодия. В группах 1 и 2 частота гидросальпинкса была значительно ниже — 18,9 % и 22,2 % соответственно. Эти значения указывают на менее выраженный патологический процесс, что потенциально увеличивает вероятность восстановления естественной фертильности после оперативного лечения. Полученные данные подтверждают, что наличие гидросальпинкса является неблагоприятным прогностическим фактором. Его высокая частота в группе 3 объясняет необходимость применения более агрессивной хирургической тактики или направления пациенток на вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Межгрупповые различия были статистически значимыми ($p < 0,05$), что подчёркивает клиническую значимость данного параметра при выборе лечебной стратегии.

Таблица 5.

Восстановление проходимости маточных труб после хирургического вмешательства

Группа	Абс. число	%	p
Группа 1 (реконструктивно-пластическая лапароскопия, n=30)	23	78,9 %	<0,001

Группа 2 (консервативно-эндоскопическая тактика, n=30)	11	37,8 %	<0,001
Группа 3 (удаление/выключение труб, n=20)	0	—	—
Всего	34	—	—

Разница между группами 1 и 2 статистически значима ($p < 0,001$).

Таблица 5. отражает результаты оценки проходимости маточных труб у пациенток разных групп после проведённой лапароскопии с последующей хромогидротубацией и контрольной ГСГ. В группе 1 (лапароскопическая реконструктивно-пластическая хирургия) восстановление проходимости труб составило 78,9 %, что подтверждает высокую эффективность реконструктивных вмешательств при устранении спаечного процесса и коррекции фимбриального аппарата. В группе 2 (консервативно-эндоскопическая тактика) проходимость была восстановлена лишь у 37,8 % пациенток, что связано с ограниченным объёмом хирургической коррекции.

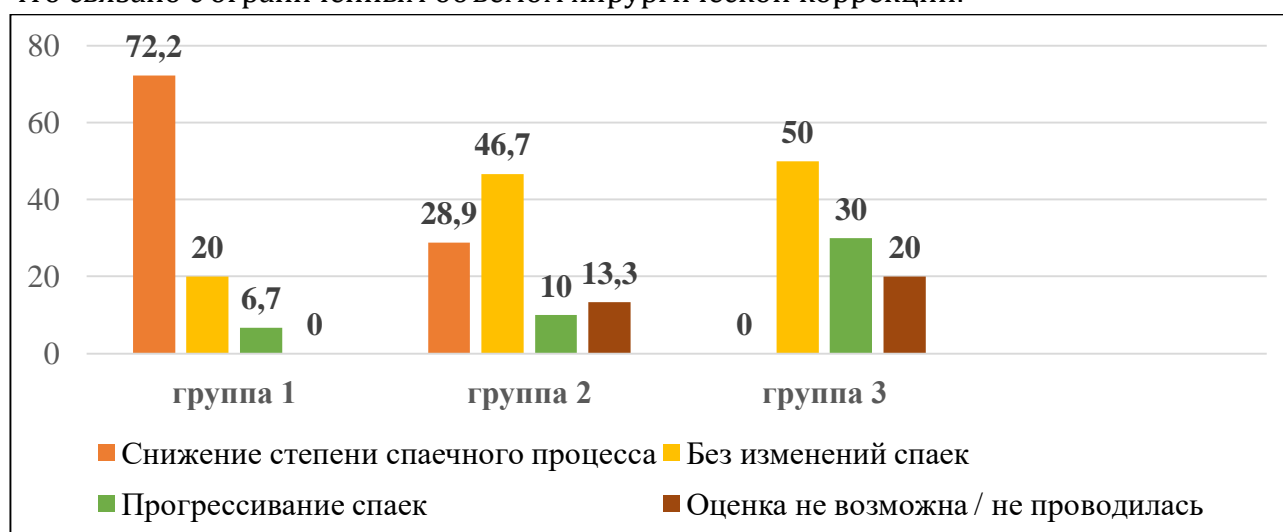


Рисунок 2. Динамика выраженности спаечного процесса через 3–6 месяцев

В группе 3 трубы были выключены или удалены, поэтому восстановление проходимости оценить не представлялось возможным. Разница между группами 1 и 2 оказалась статистически значимой ($p < 0,001$), что указывает на преимущество реконструктивно-пластической лапароскопии в восстановлении анатомической и функциональной целостности труб.

Через 3–6 месяцев после проведённого лечения наиболее выраженное снижение степени спаечного процесса отмечено у пациенток группы 1, где положительная динамика выявлена у 22 женщин (72,2 %). Это свидетельствует о высокой эффективности реконструктивно-пластических вмешательств, направленных на восстановление архитектоники малого таза, устранение фимбриальных деформаций и лизис плотных спаек. В группе 2 положительная динамика наблюдалась значительно реже — лишь у 9 пациенток (28,9 %). Это связано с тем, что вмешательства в данной группе носили ограниченный или диагностический характер и не включали полноценную реконструкцию анатомических структур. В группе 3 оценка динамики была затруднена, так как реконструктивные вмешательства не проводились, а у части пациенток отмечалось даже прогрессирование спаечного процесса (до 30 %), что

указывает на неблагоприятный исход при выраженном морфологическом поражении трубно-перитонеального комплекса.

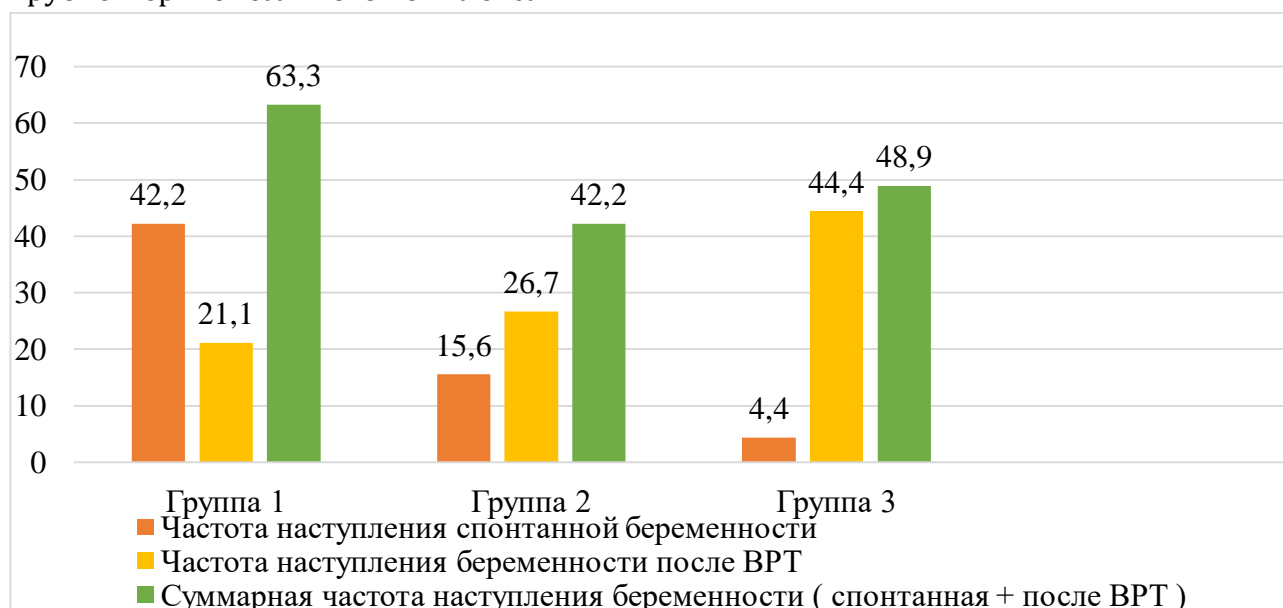


Рисунок 3. Частота спонтанной беременности после лечения

Различия между группами оказались статистически значимыми ($p < 0,001$) и наиболее выраженными при сравнении групп 1 и 2, что подчёркивает преимущество реконструктивно-пластической лапароскопии перед ограниченной эндоскопической тактикой. Таким образом, восстановительный хирургический подход обеспечивает более выраженный регресс спаечного процесса и формирует более благоприятные условия для восстановления репродуктивной функции.

Преимущество реконструктивно-пластической хирургии над ограниченно-диагностической тактикой является статистически значимым ($p < 0,001$).

В группе 1 (лапароскопическая реконструктивно-пластическая хирургия) спонтанная беременность наступила у 42,2 % пациенток, что подтверждает высокую эффективность реконструктивной коррекции трубно-перитонеальных изменений. В группе 2 (консервативно-эндоскопическая тактика) частота спонтанной беременности составила 15,6 %, что связано с ограниченным объёмом вмешательства и минимальной коррекцией анатомических нарушений. В группе 3 (эндоскопия с направлением на ВРТ) спонтанная беременность наблюдалась лишь у 4,4 % пациенток, что объясняется выраженными анатомическими деформациями и гидросальпинксом. Разница между группами 1 и 2 оказалась статистически значимой ($p < 0,001$), что подчёркивает преимущество реконструктивно-пластической лапароскопии в восстановлении репродуктивной функции у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием.

Таблица 6.

Частота наступления беременности после ВРТ

Группа	Абс. число	%	p
Группа 1 (n=30)	6	21,1 %	>0,05
Группа 2 (n=30)	8	26,7 %	>0,05
Группа 3 (n=20)	9	44,4 %	<0,05
Всего	23	—	—

Высокая эффективность ВРТ в группе 3 объясняется предварительным устранением гидросальпинкса, что подтверждается данными международных рекомендаций.

В группе 1 (лапароскопическая реконструктивно-пластическая хирургия) частота наступления беременности в циклах ВРТ составила 21,1 %, в группе 2 (консервативно-эндоскопическая тактика) — 26,7 %. Наибольший эффект наблюдался в группе 3 (эндоскопия с направлением на ВРТ) — 44,4 %, что связано с предварительным устранением гидросальпинкса и коррекцией грубого спаечного процесса. Данный результат соответствует современным международным рекомендациям, подтверждающим, что удаление или дренирование гидросальпинкса перед проведением ВРТ значительно повышает частоту наступления беременности и снижает риск потери эмбриона. Полученные данные подчеркивают важность сочетанного подхода — эндоскопическая коррекция тяжёлых анатомических нарушений с последующим применением ВРТ для достижения оптимальных репродуктивных исходов.

Наиболее высокий суммарный результат — в группе реконструктивно-пластических вмешательств.

Наибольшая суммарная частота беременности отмечена в группе 1 (лапароскопическая реконструктивно-пластическая хирургия) — 63,3 %, что свидетельствует о высокой эффективности реконструктивных вмешательств в восстановлении анатомической целостности труб и улучшении репродуктивной функции. В группе 2 (консервативно-эндоскопическая тактика) суммарная частота беременности составила 42,2 %, что отражает ограниченный эффект минимально инвазивного вмешательства. В группе 3 (эндоскопия с направлением на ВРТ) суммарная частота составила 48,9 %, что связано с высокой результативностью ВРТ после предварительной коррекции гидросальпинкса и спаечного процесса. Эти данные подтверждают преимущество реконструктивно-пластических операций для достижения максимального репродуктивного результата у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием.

Ранние репродуктивные потери включают спонтанные аборты на сроке до 12 недель беременности. В наблюдаемой выборке их частота составила: 8,2 % в группе 1 (лапароскопическая реконструктивно-пластическая хирургия), 11,1 % в группе 2 (консервативно-эндоскопическая тактика) и 13,3 % в группе 3 (эндоскопия с направлением на ВРТ). Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$), что указывает на сопоставимый риск ранних потерь беременности независимо от объёма вмешательства.

Низкая частота осложнений подтверждает безопасный характер эндоскопических вмешательств при условии соблюдения критериев отбора.

Внематочная беременность характеризуется прикреплением эмбриона вне полости матки. В исследуемой выборке её частота была низкой: 3,3 % в группе 1, 4,4 % в группе 2 и отсутствовала в группе 3 (0 %). Низкая частота данных осложнений подтверждает безопасный характер эндоскопических вмешательств при условии правильного отбора пациенток и соблюдения хирургических критериев.

Обсуждение. Трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) остаётся одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии и репродуктологии. Оно составляет до 40–60% всех случаев женского бесплодия и характеризуется как тяжёлое нарушение репродуктивной функции вследствие воспалительных, анатомических и функциональных изменений маточных труб и окружающих тканей. Несмотря на значительные достижения в области вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), восстановление естественной фертильности остаётся приоритетным направлением, особенно для молодых женщин. Одним из наиболее эффективных методов диагностики и лечения при ТПБ в последние годы признаны эндоскопические технологии — лапароскопия и гистероскопия, которые позволяют оценить состояние органов малого таза и одновременно устранить патологические процессы.

В рамках настоящего исследования была проведена оценка эффективности эндоскопических операций у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, наблюдавшихся в Ташкентской медицинской академии и клинике «SITYMED». В 1 этап исследования включены 80 женщин, разделённые на 2 группы: ретроспективную (30 пациенток, ранее получавших стандартное лечение без применения современных эндоскопических методов), проспективную (30 женщин, которым применялись эндоскопические технологии диагностики и хирургического лечения).

Возраст обследованных пациенток колебался от 18 до 38 лет, средний возраст составил $27,4 \pm 4,6$ лет. Продолжительность бесплодия в среднем составляла от 2 до 8 лет. У большинства женщин проспективной группы в анамнезе отмечались воспалительные заболевания органов малого таза, аборт, осложнённые роды или перенесённые гинекологические операции. Комплексное обследование включало клиничко-анамнестические, лабораторные и инструментальные методы: УЗИ органов малого таза, гистеросальпингографию (ГСГ), лапароскопию, бактериологические исследования, а также оценку гормонального профиля и функционального состояния яичников. Полученные данные позволили установить, что у большинства пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием выявляются выраженные спаечные процессы, нарушение проходимости маточных труб, гидросальпинкс, деформация фимбриального отдела и эндометриoidные очаги.

Наиболее информативным методом диагностики оказалась лапароскопия, позволяющая не только визуализировать патологические изменения, но и одновременно провести лечебные манипуляции — сальпинголизис, сальпингостомию, коагуляцию очагов эндометриоза, рассечение спаек и восстановление анатомических взаимоотношений органов малого таза. В результате хирургического вмешательства проходимость маточных труб была восстановлена у большинства женщин проспективной группы.

Анализ отдалённых репродуктивных исходов показал, что в течение 12 месяцев после эндоскопического лечения беременность наступила у 46,7 % пациенток. При этом наилучшие результаты отмечались у женщин с частичными спаечными процессами и сохранённой функцией яичников. У пациенток с выраженными анатомическими изменениями эффективность операций была ниже, что подтверждает необходимость ранней диагностики и своевременного хирургического вмешательства.

Сравнение данных ретроспективной и проспективной групп продемонстрировало явное преимущество современных эндоскопических технологий. Если в ретроспективной группе частота восстановления проходимости труб не превышала 25 %, то при лапароскопическом лечении данный показатель составил 73,3 %. При этом вероятность наступления беременности после операции была в 2 раза выше, чем при традиционных методах.

Дополнительное значение имеет сочетание лапароскопии с гистероскопией, позволяющее оценить не только состояние труб, но и полость матки, наличие синехий, полипов, эндометриоидных включений. Такой подход обеспечивает комплексную коррекцию патологических изменений и оптимизирует последующее применение ВРТ в случае необходимости.

Лапароскопия показала высокую эффективность как метода диагностики и лечения при трубно-перитонеальном бесплодии. Во время операции возможно не только установить причину бесплодия, но и сразу устранить выявленные нарушения — спайки, гидросальпинкс, эндометриоз и другие патологические изменения. Таким образом, лапароскопия объединяет диагностические и лечебные возможности в одной процедуре. После проведенных лапароскопических вмешательств у большинства пациенток восстановилась проходимость маточных труб и увеличилась вероятность наступления беременности. Особенно хорошие результаты получены при лёгкой и умеренной форме спаечного процесса. Это подтверждает важность раннего применения эндоскопических технологий для восстановления естественной фертильности.

Современные диагностические методы позволяют более точно выявлять причины бесплодия. Ультразвуковое исследование и гистеросальпингография дают представление о состоянии маточных труб и органов малого таза, однако наиболее точные результаты получаются при сочетании этих методов с лапароскопией.

Сравнение показало, что комплексное использование УЗИ, ГСГ и лапароскопии повышает точность диагностики и помогает врачу выбрать правильную тактику лечения. Такой подход уменьшает риск ошибок и позволяет избежать ненужных процедур, ускоряя постановку диагноза и начало эффективного лечения.

При обследовании женщин с бесплодием необходимо учитывать возможность трубно-перитонеального фактора и включать в стандарт диагностики методы, позволяющие оценить состояние маточных труб и органов малого таза. На первом этапе рекомендуется проведение ультразвукового исследования и гистеросальпингографии для выявления признаков непроходимости маточных труб, гидросальпинкса или выраженного спаечного процесса. При сомнительных или противоречивых результатах неинвазивных методов обязательным является проведение лапароскопии как наиболее точного и информативного метода диагностики.

Оптимальным подходом является применение поэтапного алгоритма: I этап — клинико-лабораторное обследование (исключение инфекций, оценка гормонального статуса, УЗИ органов малого таза); II этап — инструментальная диагностика (гистеросальпингография, при необходимости МРТ малого таза); III этап — эндоскопические методы (лапароскопия, гистероскопия) с возможностью одновременного устранения выявленных патологий. При лапароскопии рекомендуется выполнение щадящих микрохирургических вмешательств (сальпинголизис,

сальпингостомия, коагуляция эндометриоидных очагов) с использованием современных атравматичных инструментов и антиадгезивных барьеров для профилактики рецидива спаечного процесса. После операции показано проведение противовоспалительной и рассасывающей терапии, физиопроцедур и курсовых назначений антиадгезивных препаратов для профилактики повторных спаек. Контрольное обследование рекомендуется через 3–6 месяцев после операции с оценкой проходимости труб (при необходимости — контрольная ГСГ).

При сохранённой проходимости маточных труб целесообразно рекомендовать планирование беременности естественным путём в течение 6–12 месяцев после вмешательства.

При отсутствии наступления беременности в течение года следует рассмотреть возможность применения вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ) с учётом данных лапароскопического заключения. Для повышения эффективности лечения женщин с трубно-перитонеальным бесплодием необходимо внедрять современные эндоскопические технологии во всех гинекологических отделениях и обучать специалистов методикам микрохирургии. Важное значение имеет ранняя диагностика воспалительных заболеваний органов малого таза и их адекватное лечение, что позволяет предотвратить формирование спаечного процесса. Женщинам, перенёвшим эндоскопическое лечение, рекомендуется диспансерное наблюдение у гинеколога не реже 1 раза в 6 месяцев с целью своевременного выявления возможных осложнений и нарушений репродуктивной функции.

Разработанный в ходе исследования алгоритм ведения женщин с трубно-перитонеальным бесплодием включает поэтапное применение методов обследования: 1 этап – клиничко-анамнестическая и лабораторная диагностика; 2 этап – неинвазивные методы (УЗИ, ГСГ); 3 этап – эндоскопическая диагностика и коррекция; 4 этап – оценка репродуктивных исходов и последующее наблюдение.

Данный алгоритм позволяет индивидуализировать подход к каждой пациентке, определить оптимальное время и объём хирургического вмешательства, снизить частоту рецидивов спаечного процесса и повысить вероятность самостоятельного наступления беременности.

Разработанный алгоритм ведения пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием включает последовательное обследование, применение современных методов диагностики и выполнение эндоскопических вмешательств. Он позволяет индивидуально подойти к каждой женщине, определить оптимальные сроки и объём лечения, а также снизить риск осложнений.

Внедрение этого алгоритма в практику дало хорошие результаты: частота наступления беременности в перспективной группе составила почти 50 %, что значительно выше, чем у женщин, лечившихся по старым методикам. Алгоритм способствует повышению эффективности лечения и улучшает репродуктивный прогноз у женщин с данной патологией.

Практическая ценность проведённого исследования заключается в подтверждении высокой эффективности эндоскопических технологий в диагностике и лечении трубно-перитонеального бесплодия. Применение лапароскопии позволяет одновременно решить диагностические и терапевтические задачи, сократить сроки

лечения, снизить риск осложнений и обеспечить восстановление репродуктивной функции.

Полученные результаты подтверждают, что эндоскопическая хирургия должна рассматриваться как «золотой стандарт» при лечении трубно-перитонеального бесплодия, особенно в случаях неэффективности консервативной терапии.

Заключение. Лапароскопическая реконструктивно-пластическая хирургия обеспечила восстановление проходимости маточных труб у 62% пациенток через 3 месяца и у 54% через 6 месяцев. Частота спонтанной беременности в группе реконструкции была в 2,2 раза выше, чем при минимальных вмешательствах. Частота наступления спонтанной беременности в течение 12 месяцев после реконструктивных операций составляет 42,2 %, что более чем вдвое превышает аналогичный показатель в группе минимального вмешательства (15,6%, $p < 0,001$). Наиболее благоприятные условия для восстановления фертильности наблюдались в первые 6-12 месяцев после операции.

Литературы:

1. Бесплодие в браке: портрет современной бесплодной супружеской пары/А. В. Лабыгина [и др.]/Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: материалы 24-го междунар. конгр. С курсом эндоскопии (Москва, 6-9 июня 2011 г.). - М., 2011. - С. 33-34.
2. Киракосян, К. Э. Бесплодный брак в республике Армения (демографические, этнические и клинические особенности): автореферат дис.... д-ра мед. наук: 14.01.01 / Киракосян Карине Эдуардовна. - М., 2013. -46 с.
3. Кондратьева, Т. А. Бесплодие в браке в условиях Западной Сибири / Т. А. Кондратьева, Н. В. Артымук // Материалы 3-го Международного конгресса по репродуктивной медицине. - М., 2009. - С. 81.
4. Корсак, В. С. Регистр центров ВРТ России. Отчет за 2009 год / В. С. Корсак//Проблемы репродукции. - 2012. - № 1. - С. 8-16.
5. Медико-социальная характеристика женщин в программах ВРТ/ З. З. Токова, И. Е. Корнеева, И. И. Баранов, А. Н. Абубакирова // Проблемы репродукции. -2013. - № 6. - С. 51-56.
6. Новые способы оптимизации контрастной гистеросальпингографии/ С. А. Курганов, А. А. Махотин, Н. Е. Махотина, В. В. Попова//Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний материалы 25-го Междунар. конгр. с курсом эндоскопии (Москва, 5-8 июня 2012 г.). - М., 2012. - С. 33-34.
7. Пучков, К. В. Хирургическое лечение инфильтративных форм эндометриоза лапароскопическим доступом / К. В. Пучков, Ю. Г. Андреева, А. В. Добычина // Журн. акушерства и женских болезней. - 2011. - Т. 60, Спецвып. - С. 73-74.
8. Рудакова, Е. Б. Вспомогательные репродуктивные технологии. Проблемы потерь беременности / Е. Б. Рудакова, И. В. Бесман // Лечащий врач. - 2010. - № 3. - С. 46-49.
9. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар / пер. с англ. Р. А. Нерсеяна. - 4-е изд. - М. МедПресс-информ, 1997. - 91 с.

10. Сухих, Г. Т. Улучшение репродуктивного здоровья - стратегическая задача здравоохранения России / Г. Т. Сухих, Л. В. Адамян // Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний материалы 25-го Междунар. конгр. с курсом эндоскопии (Москва, 5-8 июня 2012 г.). - М., 2012.-С. 2-12.
11. Хамадьянова, А. У. Эфферентная терапия в программе лечения и реабилитации больных с хроническим рецидивирующим сальпингоофоритом / А. У. Хамадьянова // Мед. вестн. Башкортостана. -2010.-Т. 5, №2.-С. 51-55.
12. Aziz, N. Laparoscopic evaluation of female factors in infertility / N. Aziz // J. Coll. Physicians Surg. Pak. - 2010. - Vol. 20, № 10. - P. 649-652.
13. Female infertility, active component service women, U.S. Armed Forces, 2000-2012 // MSMR. - 2013. - Vol. 20, № 9. - P. 8-12.
14. Endometriosis and postoperative infertility. A prospective study (Auvergne cohort of endometriosis / N. Bourdel [et al.] // Gynecol. Obstet. Fertil. - 2012. -Vol. 40, № 6. - P. 337-343.

