



Особенности клинического течения и терапии трубно-перитонеального генеза бесплодия у женщин

Д.А. Ходжамуродова

Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

Автор приводит результаты исследования 383 женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия - самой сложной патологией в плане восстановления репродуктивной функции и занимающей второе место после эндокринного генеза. У обследованных женщин с трубно-перитонеальным генезом имелся неблагоприятный преморбидный фон (высокая частота инфекционных и соматических заболеваний) не только в детстве, но и в течение жизни, что свидетельствует о снижении иммунных механизмов у данной категории больных. Основными причинами трубно-перитонеальной формы бесплодия явились инфекции, передаваемые половым путём и оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, которые составили 79% случаев. Больные с бесплодием трубно-перитонеального генеза в 61% случаев были подвержены микс-инфекциям. Терапия данной категории больных должна быть поэтапной, включая комплексное этиопатогенетическое, с применением современных методов операций, в том числе гистероскопию, оперативную лапароскопию с хромосальпингоскопией и микрохирургические операции для восстановления проходимости маточных труб.

Ключевые слова: женское бесплодие, бесплодный брак, трубно-перитонеальный фактор, оперативная лапароскопия, заболевания, передаваемые половым путём

ВВЕДЕНИЕ. Бесплодие в браке - одна из наиболее важных и сложных современных медико-социальных проблем. По данным ряда авторов, частота трубно-перитонеальных форм бесплодия колеблется от 35% до 60%, и обнаруживается в среднем у половины всех пациенток, обращающихся по поводу лечения бесплодия. Между тем, большинство авторов отмечают преобладание трубного фактора (35-40%) над перитонеальной формой бесплодия, которая встречается в 9,2-34% случаев [1,2,5,7].

Бесплодие - типичное явление у пациенток, страдающих эндометриозом. Изменения функции яичников, трубные факторы, и, возможно, снижение восприимчивости эндометрия вызывают субфертильность у этих больных. Механизмы, ответственные за данные изменения описаны, и их несколько: дефекты фолликулогенеза, стресс окислительного процесса, гормональные и воспалительные изменения в яичниках и перитонеальной жидкости, молекулярно-биологические изменения эндометрия [1,2,8-10,13,14,17].

Поскольку генитальный туберкулёз является основной причиной трубного бесплодия в развивающихся странах, поэтому, целесообразно проведение программ ЭКО у этих больных [15].

К серьёзным последствиям перенесённой инфекции, передаваемые половым путём, относится развитие патологии маточных труб у женщин, которая, по данным научных исследований различных медицинских центров мира, является главной причиной бесплодия в развивающихся странах [3,4]. Воспалительные поражения маточных труб преобладают среди других причин бесплодия. Воспаления могут возникать после перенесённых заболеваний, передающихся половым путём, а также в результате послеабортных и послеродовых воспалений. Перитонеальное бесплодие является результатом спаечных процессов в малом тазу при сохранении трубной проходимости в одной или обеих маточных трубах [1,2,14,17].

При восходящей инфекции - хламидийной, микоплазменной, гонококковой и вирусной, в маточных трубах развиваются спаечные и облитерирующие процессы с последующим сужением просвета маточной трубы, возникновением перитубарных и яичниковых спаек, уменьшением числа ресничек эндосальпинкса, которые приводят к нарушению функций маточных труб, обеспечивающих приём сперматозоидов и эмбриона, транспорт гамет и эмбриона. Инфекционные агенты попадают в маточные трубы с током крови, проникают восходящим путём из нижних отделов половых путей, а также со сперматозоонами. Последние, достигнув маточных



труб, через 4-5 часов погибают, а бактерии активно размножаются, используя сахар, содержащийся в семенной плазме и вызывая воспалительные деструктивные изменения [11,12,16].

Частые сочетания эндокринных и урогенитальных патологий, их распространённость и клиническое течение имеют свои региональные особенности, что диктует необходимость изучения медицинской географии бесплодия. Наряду с этим значимая миграция населения, особенности репродуктивного поведения обосновывают необходимость уточнения причинных факторов, диагностики, особенностей клинического течения и лечения бесплодного брака в различных климато-географических регионах Республики Таджикистан.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить особенности клинического течения трубно-перитонеального генеза бесплодия у женщин и разработать комплекс лечебно-диагностических мероприятий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За период 2005-2010гг. в отделении гинекологической эндокринологии клиники НИИ АГиП МЗ РТ обследованы и подвергнуты лечению 383 женщины с трубно-перитонеальным генезом бесплодия. Из них 257 больных из сельского региона (I группа) и 126 пациенток из города (II группа).

Всем больным проведены следующие методы исследования: беседа с супружескими парами, общий и гинекологический осмотр, отбор больных на оперативное лечение, оценка фертильности супруга (консультация андролога), клинико-лабораторное исследование (на TORCH - инфекцию), исследования менструальной крови на БК, посткоитальный тест, УЗИ матки и яичников (мониторинг фолликул), гистероскопия и лапароскопия с хромосальпингоскопией.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Анализ структуры бесплодия показал, что у больных I группы с трубно-перитонеальным генезом первичное бесплодие превалирует над вторичным (51,36% против 48,64%), а у пациенток II группы, наоборот, - вторичное бесплодие над первичным (77% против 25,4%).

Возрастной показатель исследуемых пациенток (n=383) с трубно-перитонеальным фактором бесплодия варьировал от 18 до 42 лет. При этом средний возраст больных составил $24,71 \pm 0,28$ лет. В обеих группах в 59% случаев пациентки страдали бесплодием в раннем репродуктивном возрасте.

Средняя длительность бесплодия трубно-перитонеального генеза колебалась у женщин I группы $5,97 \pm 0,24$ лет, а у пациенток II группы - $6,35 \pm 0,30$ лет.

Изучение анамнеза выявило, что у городских пациенток с трубно-перитонеальным генезом частота ранних и поздних выкидышей, неразвивающейся беременности, мертворождения и искусственных аборт была более высокой по сравнению с аналогичными жительницами сельской местности (42% против 7,3%), что связано с частым использованием внутриматочных манипуляций городскими пациентками.

Бесплодие у обследованных женщин с трубно-перитонеальным фактором возникало на неблагоприятном преморбидном фоне. Зарегистрирована высокая частота инфекционных и соматических заболеваний (ветряная оспа, корь, острые респираторные заболевания, брюшной тиф, вирусный гепатит, хронический пиелонефрит, туберкулёз, ангина, краснуха, паротит, скарлатина) не только в детстве, но и в течение жизни, что приводит к нарушению механизмов регуляции репродуктивной функции, а также свидетельствует о снижении иммунных механизмов у данной категории больных.

Анализируя перенесённые общие и гинекологические операции у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием необходимо отметить, что сельские и городские жительницы подвергались оперативной лапаротомии - 303 женщины, что составляет 79% случаев (тубэктомии односторонней - 35,02% в первой группе больных и 48,41% во второй группе; аднексэктомия односторонняя составила 16,3% случаев в первой группе и 23,8% во 2 группе; тубэктомия единственной маточной трубы - 12,5% и 23,0%; оварэктомия односторонняя - 18,7% и 19,1%; цистэктомия 5,1% и 5,0% соответственно). Аппендэктомия составила 20% случаев. Осложнённые перитониты и пельвиоперитониты составили 34%.

Исследования мазков клеток цилиндрического эпителия цервикального канала и уретры осуществляли методом ИФА: урогенитального хламидиоза, микоплазмы, уреаплазмы, цитомегаловируса (ЦМВ), вируса простого герпеса (ВПГ). У женщин с трубно-перитонеальным бесплодием из сельской и городской местности было выявлено, что на первый план выступает ЦМВ - 189 (59%) больных I группы и 61 (27,6%) пациентка II группы, на второй план хламидиоз - 147 (45,9%) и 78 (35,3%), вирус простого герпеса - 126 (39,3%) и 128 (57,9%), что, возможно связано с трудовой миграцией мужской части населения за пределы республики.

Необходимо подчеркнуть, что женщины (61%) с бесплодием трубно-перитонеального и маточного генеза из сельской и городской местности были подвержены микс-инфекциям. Хронический метроэндометрит занимал ведущее место (93,1% и 71,9%), соответственно среди этих категорий лиц.



Для оценки анатомо-функционального состояния маточных труб был проведён ряд диагностических и лечебных мероприятий (гистероскопия и лапароскопия с хромосальпингоскопией). Были выявлены следующие патологии: спаечный процесс I ст. – 41,3% случаев в первой и 69,1% случаев во второй группе, непроходимость единственной маточной трубы – 27,6% и 34,9% случаев, tuboовариальное образование – 27,2% и 38,1% случаев, спаечный процесс II степени – 26,9% и 27,0%, туберкулёз матки и маточных труб – 19,1% и 16,7%, эндометриодные кисты – 17,2% и 35,7%, спаечный процесс III степени – 14% и 16,7%, эндометриоз III степени – 3,5% и 13,5% случаев соответственно.

Необходимо отметить, что в процессе обследования во время оперативных вмешательств в 12% случаев был выявлен симптом «целующихся придатков», который характеризовался резким деструктивным поражением маточных труб туберкулёзной этиологии в запущенной стадии.

Лечение больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия проводилось консервативным путём. На первом этапе терапии у женщин с бесплодием, подтверждённым ИППП, вместе супругом проводилась комплексная этиопатогенетическая терапия, направленная на элиминацию возбудителя, вызвавшего воспалительный процесс органов малого таза. Второй этап – применение медикаментозной и физиотерапии, включающей общую и местную процедуры с биостимуляторами и ферментами (вобензим, лонгидаза) и мероприятия, направленные на активацию местных и общих обменных процессов, нормализацию микроциркуляции, профилактику послеоперационного спаечного процесса (электрофорез цинка и меди, ультразвук в импульсном режиме).

На третьем этапе применялись методы оперативного лечения трубно-перитонеального бесплодия, включающие в себя: оперативную лапароскопию с хро-

мосальпингоскопией, лапаротомию и микрохирургические операции для проведения оперативного восстановления их проходимости (сальпинголизис, фимбриопластика, сальпингостомия, сальпингостоматопластика и сальпингосальпингоанастомоз). Эндоскопические обследования: гистероскопия была произведена 306 больным, а оперативная лапароскопия – 107 больным, состоящим в бесплодном браке.

На рисунке 1 представлены иллюстрации прогрессирующего гидросальпинкса с обеих сторон, после длительного лечения методами гидротубации и интраоперационная картина с полной окклюзией маточной трубы в результате долгопротекающего воспалительного процесса.

Показанием для лапароскопии у обследованных больных явились выявление спаечного процесса в малом тазу и лапароскопическое восстановление трубно-перитонеального фактора бесплодия, которое было перспективно только у ранее неоперированных женщин с незначительными изменениями маточных труб и спаечным процессом I-II степени.

Среди пациентов с бесплодием трубно-перитонеального генеза непроходимость единственной маточной трубы выявлена у 30% (n=115) больных. Лапароскопические манипуляции на апмпулярной части маточной трубы с рассечением и ликвидацией спаек были выполнены в 107 случаях (рис.2), а в 58 случаях произведены последующие полостные операции; 32 женщинам была проведена ликвидация сактосальпинкса с фимбриолизисом с применением микрохирургической операции; в 20 случаях – резекции поражённого сегмента маточной трубы с микрохирургическим восстановлением её непрерывности; 6 больным при полной облитерации просвета маточной трубы в истмическом отделе – резекция оставшейся части маточной трубы.



РИС.1. ГИДРОСАЛЬПИКС ОБЕИХ МАТОЧНЫХ ТРУБ

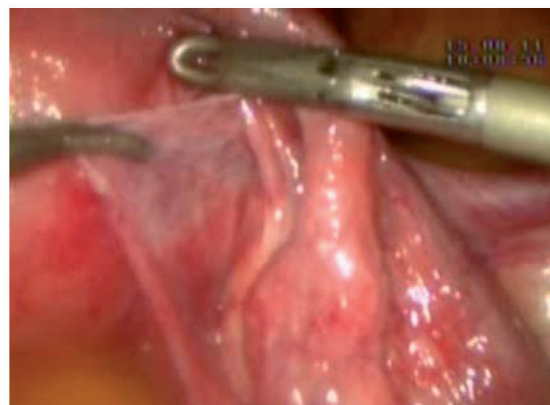


РИС.2. СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС II СТЕПЕНИ С ОККЛЮЗИЕЙ МАТОЧНЫХ ТРУБ

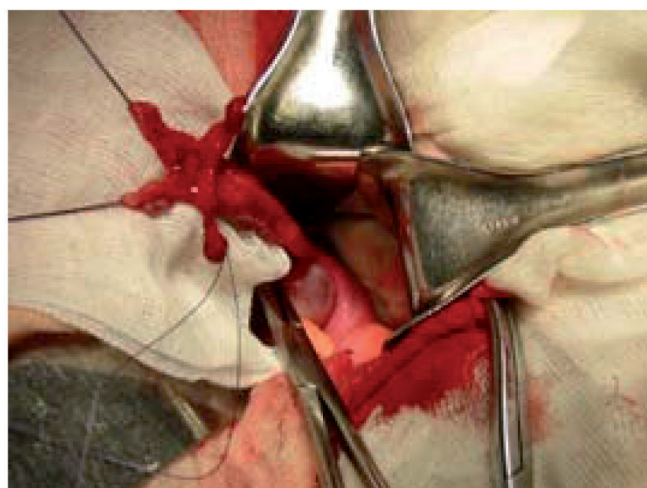


РИС.3. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА (ГСГ) САКТОСАЛЬПИКСА: А) С ЕДИНСТВЕННОЙ ПРАВОЙ МАТОЧНОЙ ТРУБОЙ; Б) ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КАРТИНА УСПЕШНО ВЫПОЛНЕННОГО ФИМБРИОЛИЗИСА

Была диагностирована непроходимость единственной маточной трубы в 27,6% случаев в 1 группе и 34,9% во 2 группе. Рентгенологическая картина (ГСГ) сактосальпинкса единственной правой маточной трубы с интраоперационной картиной успешно выполненного фимбриолизиса представлена на рисунке 3.

Наступление беременности у больных с трубно-перитонеальным фактором составило 53,7% случаев.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, основными причинами трубно-перитонеального бесплодия явились инфекции, передаваемые половым путём и оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. Поэтапная и этиопатогенетическая терапия с применением современных методов операций (гистероскопия, оперативная лапароскопия с хромо-сальпингоскопией и микрохирургическая операция) приводит к успешным результатам восстановления репродуктивной функции у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнеева И.Е. Значение эндоскопических методов обследования при бесплодном браке / И.Е. Корнеева // Акушерство и женские болезни. - 2001. - №3. - С.52-56
2. Адамян Л.В. Эндометриозы / Л.В.Адамян, В.И.Кулаков, Е.Н.Андреева М., Медицина, 2006. - С. 45-139
3. Атюшев Г.П. Лейкоцитарная и эпителиально-десквамативная реакция у больных с урогенитальными инфекциями группы ИППП разной этиологии, страдающих бесплодием /Г.П.Атюшев// Проблемы репродукции. - 2006. - Т. 12, №6. - С. 44-46
4. Клинышкова Т.В. Трубно-перитонеальное бесплодие на фоне восходящей хламидийной инфекции /Т.В. Клинышкова// - Российский вестник акушера-гинеколога. - 2007. - Т. 7, № 2. - С. 35-37
5. Кулаков В.И. Послеоперационные спайки (этиология, патогенез, профилактика) / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев. - М., Медицина, 1998. -528с.
6. Назаренко Т.А. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин / Т.А. Назаренко, Э.Р. Дуриян, С.Т. Перминова // Гинекология. - 2004. - Т. 6, №6. - С. 323-325
7. Adamson David G. Эндометриоз, бесплодие и вспомогательные репродуктивные технологии (BPT). Проблемы репродукции. 2009. - Т. 15, №5. - С. 36-41
8. A probable secondary infertility due to osseous metaplasia of the endometrium//Metin Akbulut, Çiğdem Berna Ege, Esra Canan Kelten and Mehmet Emin Soysal. Gynecology and Obstetrics, 2008, Volume 277, Number 6, P. 563-565
9. Cahill D.G. Preovulatory granulosa cells of infertile women with endometriosis are less sensitive to luteinizing hormone / D.G.Cahill, C.R. Harlow // J Reprod Immunol. - 2003. 49:2: P. 66-69
10. Chlamydia trachomatis in andrologic patients - direct and indirect detection / R. Bollman [et al.] // Infection. - 2001. - Vol. 29. - P. 113-118
11. Chlamydia trachomatis reactive T lymphocytes from upper genital tract tissue specimens / A. Kinnunen [et al.] // Hum. Reprod. - 2000. - Vol. 7 - P. 1484-1489
12. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis (Cochrane Review) / T.Z. Jacobson [et al.] // In: The Cochrane Library, Oxford: Update Software. - 2001. - №4



13. Moore J. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis (Cochrane Review) / S. Kennedy, A. Prentice // In: The Cochrane Library, Oxford: Update Software. – 2001. – №4
14. Neeta Singh, Gurunath Sumana and Suneeta Mittal // Genital tuberculosis: Gynecology and Obstetrics, 2008, Volume 278, Number 4, P. 325-327
15. Ostergaard L. The future diagnosis of Chlamydia trachomatis. Abstracts of Proceedings of the 4th Meeting of the European Society for Chlamydia Research, August 20-23. Herlsinki, Finland. – 2000. – P.79
16. Popovici R. Endometriose und Infertilität / R. Popovici. Der Gynäkologe, 2009, Volume 42, Number 1, P. 43-49
17. Tubal damage in infertile women: prediction using Chlamydia serology / V.A. Akande [et al.] // Hum. Reprod. – 2003. – Vol. 18. – P. 1841-1847

Summary

Some features of the course and therapy of women infertility of tubal and peritoneal genesis

D.A. Khodjamurodova

The author has shown the results of the study 383 women with tubal- peritoneal factor infertility - the most complex pathologies in terms of recovery of reproductive function and is second after the endocrine genesis. The surveyed women with tubal-peritoneal origin had an unfavorable premorbid background.

Main reasons of tubal and peritoneal genesis were sexually transmitted diseases and surgical interventions on abdominal and pelvic organs that happened in 79% of cases. Patients with infertility in 61% had mix infection. Management of this category of patients should be divided into stages including complex treatment with application of modern surgical techniques such as hysteroscopy, endo-video laparoscopy, chromosalpinography and microsurgery for restoration of uterine tubes.

Key words: women infertility, infertility, tubal and peritoneal factor, operative laparoscopy, sexually transmitted diseases

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.А. Ходжамуродова – заведующая отделением гинекологической эндокринологии НИИ АГиП МЗ РТ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. М. Турсун-заде, 31
E-mail: innfamilya@hotmail.com