

УДК 661.618.7.617.089

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ
ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ
У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

А.Ж. Керменбаева

Представлены данные о роли этиологических причин, клинические проявления и факторный анализ возникновения и развития трубно-перитонеальной формы бесплодия у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: женщины; бесплодие; трубно-перитонеальное бесплодие; трубно-перитонеальная форма бесплодия.

**CLINICAL MANIFESTATIONS AND FACTOR ANALYSIS OF THE EMERGENCE
AND DEVELOPMENT OF TUBAL-PERITONEAL FORM OF INFERTILITY
IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE**

A.J. Kermenbaeva

It presents data on the role of etiological causes, clinical manifestations and factor analysis of the emergence and development of tubal-peritoneal form of infertility in women of reproductive age.

Key words: women; female infertility; tubal-peritoneal infertility; tubo-peritoneal form of infertility.

Наибольший удельный вес (до 60–70 %) в структуре женского бесплодия, принадлежит трубно-перитонеальному фактору [1–3]. Причины, приводящие к возникновению трубно-перитонеальной формы бесплодия (ТПФБ), могут быть различными. Основными причинами развития трубно-перитонеального бесплодия (ТПБ) являются: воспалительные заболевания маточных труб, оперативные вмешательства на органах малого таза, инфекции половых путей, аутоиммунные процессы [4–6].

При неоднократных рецидивах хронического сальпингита, возникают спайки, деформирующие трубу и нарушающие её функции [7]. Перитубарные сращения в полости малого таза также возникают после таких вмешательств, как овариоэктомия, сальпингоэктомия, реконструктивные операции на маточных трубах, иссечение эндометриоидных гетеротопий [8].

Несмотря на множество опубликованных работ о механизмах развития ТПБ, многие этиологические, факторные и клинические аспекты остаются открытыми [9], что и определило необходимость настоящих исследований.

Цель работы – провести факторный анализ клинических проявлений ТПФБ у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 139 женщин репродуктивного возраста, которые разделены на контрольную и клиническую группы. Контрольную группу составили 36 женщин с хроническим воспалительным процессом в придатках, без развития спаечного процесса. Клиническая группа состояла из 103 женщин с установленным диагнозом ТПФБ. Диагноз ТПФБ верифицировался на основании клинических данных, ультразвукового исследования органов малого таза, гистеросальпингографии, диагностической лапароскопии. Статистические данные представлены в абсолютных и процентных значениях.

Результаты и обсуждение. Средний возраст женщин контрольной группы составил $31,3 \pm 3,5$ года, клинической группы – $33,1 \pm 4,0$ года. Основной жалобой пациенток клинической группы было отсутствие беременности. Причем первичное бесплодие – 67,9 % (70 женщин), преобладало над вторичным – 31,7 % (33 женщины). В контроль-

ной группе вторичное бесплодие составило 5,5 % (2 женщины). Болевой синдром внизу живота, в области малого таза, пояснице присутствовал в 92 % случаев у женщин клинической группы, тогда как в контрольной – в 38,8 % случаев. Нарушения менструального цикла различного характера отмечены у каждой пятой женщины клинической группы – 19,9 %, а в контрольной – 13,8 % женщин. Выделения из половых путей присутствовали у 11,94 % женщин клинической группы, а в контрольной – в 5,5 % случаев. Признаки галактореи отмечались соответственно в 4,85 и в 2,7 % случаев.

Анализ длительности бесплодия у женщин показал, что при повышении степени спаечного процесса в малом тазу, увеличивалась длительность бесплодия. Так, длительность бесплодия до 1 года составила 3,7 % (9 женщин), от 1 до 3 лет – 39,8 % (41 женщина), от 3 до 5 лет – 38,8 % (40 женщин), свыше 5 лет – 12,6 % (13 женщин).

Среди факторов, способствующих развитию ТПФБ, можно отметить различные экстрагенитальные заболевания, которые в совокупности, изменяют обменные процессы в организме, иммунологическую реактивность. На момент обследования женщин, различными расстройствами желудочно-кишечного тракта страдали 20,5 % пациенток, мочевогоделительной системы – 19 %, различными аллергическими заболеваниями – 18 %, заболевания сердечно-сосудистой системы выявлены у 12,3 % женщин, хронические заболевания дыхательной системы – 10,3%. Также наблюдалось диффузное увеличение щитовидной железы у 8,5 % женщин, это связано с тем, что наша республика является известным йододефицитным регионом, что обуславливает наличие эндемического зоба у значительного количества населения. Среди женщин контрольной группы, в совокупности, перечисленные экстрагенитальные заболевания составили 12 %.

Одной из ведущих причин воспалительных заболеваний женских гениталий, являются инфекции, передаваемые половым путем. Эти инфекции во многом способствуют развитию спаечного процесса в маточных трубах, яичниках, слизистой полости матки. Они опасны с точки зрения возникновения бесплодия, так как с момента инфицирования и до обращения в лечебные учреждения по поводу бесплодия проходят месяцы и годы, в течение которых заболевание не диагностируется и не лечится. В клинической группе только у 31 женщины (30 %) не выявлено урогенитальных инфекций. Случаи ассоциации двух и более инфекций выявлены у 23,84 % (23 женщины). Это были ассоциации хламидий, уреаплазмы и микоплазмы (7,7 %); хламидий и вирус простого герпеса (5,8 %); хламидий

и гарднарелл (5,8 %); гарднареллы, уреаплазмы, микоплазмы (2,9 %); вируса простого герпеса, уреаплазмы и микоплазмы (1,9 %). Моноинфекции обнаружены у 47 женщин (36,48 %). У женщин контрольной группы, урогенитальные инфекции обнаружены у 8 женщин (22,2 %).

Важным фактором формирования ТПФБ является наличие в анамнезе операций на органах малого таза и брюшной полости. Среди них наибольший процент составили аппендэктомия (15,5 %), искусственные аборты (13,59 %), внематочная беременность (11,65 %), кистэктомия составила 9,7 %, самопроизвольные выкидыши – 8 %, операции кесарева сечения – 8 %, холецистэктомия – 6 %, сочетания нескольких оперативных вмешательств – 5 %. В контрольной группе в совокупности различные оперативные вмешательства отмечены у 6 женщин (16,4 %). Эти данные подтверждают тот факт, что оперативные вмешательства оказывают выраженное влияние на механизм формирования ТПБ, пусковым моментом образования послеоперационных спаек в малом тазу является повреждение брюшины, которое приводит к ишемии, способствующей снижению местной фибринолитической активности тканей, с последующей воспалительной реакцией.

ТПБ в большинстве случаев, развивается на фоне различных воспалительных гинекологических заболеваний, которые, зачастую сменяют друг друга (сальпингоофориты, кисты яичников, кандидозы, вагинозы, эрозии шейки матки, метроэндометриты, гидро- и сактосальпинкс и др.). В совокупности, среди женщин клинической группы 77,3 % (80 женщин) выявились те или иные заболевания матки и придатков, что обуславливает значимость этих заболеваний в развитии бесплодия.

Бимануальное влагалищное исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, гистеросальпингография в совокупности позволяют диагностировать наличие спаек примерно в 70 % случаев. Диагностическая лапароскопия позволяет подтвердить наличие спаечного процесса практически в 100 % случаев. Лапароскопическое исследование включало в себя обследование состояния переднего и заднего маточного пространства, крестцово-маточных связок, придатков матки, брыжейки маточных труб, сальника и толстого кишечника, а также проходимость маточных труб и наличие спаечного процесса (таблица 1).

Во время лапароскопии, для оценки проходимости маточных труб, проводили хромогидротубацию (рисунок 1). При появлении индикармина в брюшной полости в течение 1 минуты трубы считались нормально проходимыми, излитие через 2–5 минут оценивали как затрудненную проходи-

Таблица 1 – Лапароскопическая картина у женщин клинической группы

| Показатели лапароскопического исследования | Абс. ч. | % |
|---|---------|-------|
| Маточного пространства: | | |
| без патологии | 64 | 62,1 |
| эндометриоз | 8 | 7,76 |
| спайки | 31 | 30 |
| Спаечный процесс крестцово-маточных связок: | | |
| отсутствовал | 48 | 46,6 |
| наличие | 55 | 53,39 |
| Яичников: | | |
| <i>состояние капсулы:</i> | | |
| • нормальное; | 42 | 40,7 |
| • измененное; | 61 | 59,2 |
| <i>кистозные изменения;</i> | 12 | 11,65 |
| <i>брюшина яичников:</i> | | |
| • нормальная; | 39 | 37,8 |
| • эндометриоз; | 4 | 3,88 |
| • спайки | 60 | 58,2 |
| Спаечный процесс яичников: | | |
| 1-й степени | 28 | 27,18 |
| 2-й степени | 44 | 42,7 |
| 3-й степени | 23 | 22,3 |
| 4-й степени | 8 | 7,76 |
| Состояние маточных труб: | | |
| визуализируется: | | |
| • по всей длине | 64 | 62,1 |
| • частично | 11 | 10,67 |
| • не визуализируется | 28 | 27,18 |
| <i>форма маточной трубы:</i> | 40 | |
| • нормальная; | 40 | |
| • увеличена на всем протяжении; | | |
| • увеличена в ампулярном отделе; | | |
| <i>цвет маточной трубы:</i> | | |
| • нормальный; | 42 | 40,7 |
| • гиперемированный; | 52 | 50,48 |
| • синюшный; | 9 | 8,73 |
| <i>толщина стенки:</i> | | |
| • нормальная; | 38 | 36,8 |
| • утолщена; | 65 | 63,2 |
| <i>выраженность фимбрий:</i> | | |
| • отсутствует | 37 | 35,9 |
| • наличие | 66 | 64,1 |
| Спаечный процесс тела матки: | | |
| отсутствует | 38 | 36,8 |
| наличие | 65 | 63,2 |
| Перитубарные спайки: | | |
| отсутствует | 40 | 38,8 |
| наличие | 63 | 61,2 |
| Перивариальные спайки: | | |
| отсутствует | | |
| наличие | | |

мость труб, а отсутствие вещества – как полную непроходимость. В большинстве случаев не отмечено проникновение контраста в маточную трубу (62,1 %).

Представленные данные (см. рисунок 1) показывают, что при ТПФБ органы малого таза имеют существенные патологические изменения. Наличие выраженного спаечного процесса в малом тазу с вовлечением в процесс маточных труб и нарушением их проходимости обусловили необходимость проведения во время лапароскопии сальпингоовариолизиса, сальпингостомии, фимбриолизиса. Сопутствующая патология в виде эндометриоза и кистозных изменений яичников послужила основанием для проведения каутеризации капсулы яичников и коагуляции эндометриоза.



Рисунок 1 – Показатели хромогидротубации у женщин клинической группы

Из вышеизложенного следует, что ТПФБ у женщин репродуктивного возраста развивается на фоне высокого уровня присутствия экстрагенитальной патологии (88,6 %), инфицирования урогенитальными инфекциями (69,6 %), перенесенных оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости (77,3 %), что привело в 62,1 % случаев к полной непроходимости маточных труб.

Литература

1. Гаспаров А.С. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин / А.С. Гаспаров // Проблемы репродукции. 1999. Т. 5. № 2. С. 13–44.
2. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье женщин: проблемы, достижения и перспективы / В.И. Кулаков // Проблемы репродукции. 1999. № 2. С. 6–9.
3. Азарова А.З. Совершенствование диагностики и реабилитации женщин со спаечными процессами в малом тазу: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.З. Азарова. Бишкек, 2006. 22 с.
4. Cabar F.R. Predictive factors of trophoblastic invasion into the ampullary region of the tubae wale in ectopic pregnancy / F.R. Cabar, P.P. Pereira, R. Shultz, M. Zugaib // Human Reproduction. 2006. Vol. 21. № 9. P. 2426–2429.
5. Комарова Е.В. Догоспитальный этап в диагностике эктопической беременности / Е.В. Комарова

- ва, М.В. Фролов // Интеллектуализация управления в социальных и экономических системах: тр. Всерос. конф. Воронеж, 2007. С. 174–177.
6. *Home A.W.* Mechanisms of disease: the endocrinology of ectopic pregnancy / A.W. Home, H.O. Critchley // *Ann. J. Obstet. Gynecol.* № 6. P. 205–206.
 7. *Амитахунова Л.А.* Морфофункциональные особенности нарушения транспортной функции маточных труб: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.А. Амитахунова. Бишкек, 2010. 22 с.
 8. *Malak M.* Risk factors for ectopic pregnancy after in vitro fertilization treatment / M. Malak // *J. Obstet. Gynecol. Can.* 2011. Vol. 33. № 6. P. 617–619.
 9. *Мынбаев О.А.* Этиология, патогенез и принципы профилактики послеоперационных спаек у гинекологических больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О.А. Мынбаев. М., 1997. 45 с.