

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ТРУБНЫМ ФАКТОРОМ БЕСПЛОДИЯ

Г.У. Асымбекова, Т.А. Сарымсакова, А.С. Турдиева

Рассматривается соблюдение этапности лечения относительно лечения маловыраженных проявлений трубно-перитонеальной патологии, подразумевающей применение реконструктивно-пластических операций и – при сохраняющейся инфертильности – назначение ЭКО.

Ключевые слова: трубно-перитонеальное бесплодие; репродуктивная хирургия; экстракорпоральное оплодотворение.

Бесплодие в браке – одна из наиболее важных и сложных современных медико-социальных проблем. Последние десятилетия во многих странах мира, в том числе в России и Кыргызстане, отмечается увеличение частоты бесплодных браков, составляющих 15–25 %

[1–4]. В структуре этиопатогенетических причин бесплодия трубно-перитонеальный фактор занимает первое место и составляет 40–60 % всех случаев женского бесплодия. Согласно официальным данным уровень бесплодия в Кыргызской Республике остается на высоком уровне

(15,6 %) и является одной из основных проблем здравоохранения (МЗ КР, 2000 г.).

На протяжении последних трех десятилетий отчетливо прослеживается тенденция к переходу от радикальных операций к органосохраняющим оперативным методам лечения, позволяющим восстановить анатомию придатков. Очень широко для аналогичных целей стали использовать новый метод – экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Применение ЭКО позволило преодолевать варианты трубно-перитонеального бесплодия, исключающего положительный результат хирургического лечения, например, отсутствие маточных труб или их глубокое поражение [2, 5, 6]. Однако ЭКО стало более широко применяться и при проявлении трубно-перитонеальной патологии, когда в качестве альтернативы можно было бы использовать и хирургическое лечение, традиционно проводившееся ранее. При этом некоторые специалисты поставили под сомнение целесообразность дальнейшего использования оперативных средств преодоления трубно-перитонеального бесплодия и предпочитают безальтернативное применение ЭКО [7].

На основании вышеизложенного нами был проведен структурный анализ женского бесплодия с определением причин их возникновения, установлением диагностических критериев, разработан алгоритм ведения и применения реконструктивно-пластических операций в зависимости от уровня поражения маточных труб и выраженности спаечного процесса и применения методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 313 карт пациенток с бесплодием с 2006 по 2011 г. в поликлиническом отделении клинической базы кафедры акушерства и гинекологии Кыргызско-Российского Славянского университета (КРСУ). Предварительное обследование пациенток с целью определения генеза бесплодия было проведено на поликлиническом уровне. Совокупность таких диагностических тестов, как данные анамнеза, оценка состояния функции репродуктивной системы по результатам гормонального скрининга, характеристика фертильности спермы мужа, явилась основанием для предварительного распределения факторов бесплодия. Таким образом, эндокринный фактор бесплодия выявлен в 143 (45,7 %) случаях, трубно-перитонеальная форма бесплодия в 121 (38,7 %) случае, пациентки с мужским фактором бесплодия в 25 (8,0 %),

у 19 (6,1 %) пациенток бесплодие неясного генеза, пороки развития половой системы в 5 (1,5 %) случаях.

На втором этапе мы провели дальнейшее исследование и лечение группы пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия у 121 (38,7 %) больной.

Результаты исследования и обсуждение. Основная доля пациенток была в возрасте 25–29 лет в группе с первичным бесплодием 23 (48,9 %), в группе с вторичным бесплодием количество пациенток составило 27 (36,5 %) человек. Длительность бесплодия у пациенток с первичным и вторичным бесплодием составила в среднем $2,3 \pm 1,4$ и $6,4 \pm 0,9$ года соответственно.

В данной группе пациенток отмечалась высокая частота нарушений со стороны репродуктивной системы. В 45 (37,2 %) случаях у женщин наблюдались воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) с неоднократными рецидивами в течение года, что явилось одним из специфических факторов, играющих также ключевую роль в возникновении трубного бесплодия. Это объясняется особыми климато-географическими условиями нашей местности (резко-континентальный климат).

По результатам инфекционного скрининга отделяемого влагалища у наблюдаемых женщин выявлено, что микстинфекция встречалась в 79,3 % случаев, причем наиболее часто встречающаяся комбинация – *S. trachomatis* + *T. vaginalis* + грибы рода *Candida*; моноинфекция встречалась у пятой части женщин в 20,7 % случаев. Инфекционный ИФА-скрининг подтвердил наличие *S. trachomatis* с указанием в 100 % случаев присутствия иммуноглобулинов класса G, что свидетельствовало о длительном вялотекущем и хроническом характере воспаления.

Наличие спаечного процесса в малом тазу зависело от наличия предыдущих оперативных вмешательств на органах малого таза. У 27,3 % женщин в анамнезе была аппендэктомия, у 39,2 % пациенток – тубэктомия в результате внематочной беременности, причем лишь в двух случаях показанием к удалению трубы был диагноз “гнойный сальпингит”, а в остальных случаях причиной тубэктомии явилась трубная беременность в малом сроке, кесарево сечение было выявлено у 28,4 % пациенток. Особую группу женщин (22,3 %) составили пациентки, имевшие в анамнезе предыдущие реконструктивно-пластические операции на маточных трубах: из них методом лапароскопии – 17,4 %, лапаротомии – 4,9 %.

Таблица 1 – Классификация непроходимости маточных труб в зависимости от уровня поражения маточных труб

| Нозология | Группа пациенток с ТПФБ | | Всего, n = 121 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| | первичное бесплодие, n = 47 | вторичное бесплодие, n = 74 | |
| | % | % | абс. ч. |
| Непроходимость маточных труб в дистальных отделах | | | |
| Левосторонняя | 4,3 | 9,5 | 12* |
| Правосторонняя | 19,2 | 18,9 | 23** |
| Двухсторонняя | 27,7 | 39,2 | 43 |
| Непроходимость маточных труб от основания | | | |
| Левосторонняя | 8,5 | 5,4 | 7 |
| Правосторонняя | 6,4 | 6,8 | 8 |
| Двухсторонняя | 14,9 | 16,2 | 19 |
| Непроходимость маточных труб в истмическом отделе | | | |
| Левосторонняя | 0 | 4,1 | 3 |
| Правосторонняя | 0 | 2,7 | 2 |
| Двухсторонняя | 0 | 5,4 | 4 |

Примечание: *,** Se = 66 %, Sp = 55 %.

Очень важным для нас было уточнение уровня поражения маточных труб, так как исход и восстановление их проходимости напрямую зависели от локализации обтурационного процесса. У 64,4 % пациенток в группе с первичным и вторичным бесплодием преобладала непроходимость маточных труб в дистальных отделах, из них двухсторонняя непроходимость была зафиксирована у трети женщин в 35,5 %. Мы отметили, что и при первичном, и при вторичном бесплодии достоверно чаще в два раза была зарегистрирована непроходимость маточных труб справа. Следовательно, фактором риска была правая маточная труба, что связано с особенностями анатомии, физиологии правых придатков.

По данным многочисленных авторов [3, 6, 7], успешное проведение реконструктивно-пластических операций при непроходимости маточных труб в дистальных отделах возможно при наличии сакто- и гидросальпинксов менее 3 см в диаметре (таблица 1).

В связи с этим данная группа пациенток была отобрана нами для проведения реконструктивно-пластических операций на маточных трубах. Остальным пациенткам с непроходимостью маточных труб от основания и в истмическом отделе, выявленной в 34 (28,1 %) и в 9 (7,4 %) случаях соответственно, мы рекомендовали лапароскопию с тубэктомией

в качестве подготовки к процедуре экстракорпорального оплодотворения.

Таким образом, на основе проведенного проспективного исследования из 121 пациентки 78 (64,4 %) были рекомендованы реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, 43 (35,6 %) пациенткам – процедура экстракорпорального оплодотворения.

В соответствии с поставленной целью и задачами исследования мы разделили 78 пациенток на две группы в зависимости от количества предыдущих оперативных вмешательств как косвенного фактора спаечной болезни. В 1-ю группу вошли женщины, неоперированные ранее и/или оперированные однократно – 44 (56,4 %) пациентки. Во 2-й группе находились женщины, оперированные два и более раз, их количество составило 34 (43,6 %) человека.

У всех пациенток проведена хирургическая коррекция ТПФБ, операции проходили в плановом порядке, показанием для оперативного лечения послужило бесплодие трубноперитонеальной формы, объем операции определялся характером изменений маточных труб и выраженностью спаечного процесса.

Реконструктивно-пластические операции на маточных трубах проводили при условии существования здоровой ткани яичника, достаточной для созревания фолликула; наличия ампулярного отдела маточной трубы; длины маточ-

ной трубы не менее 4 см; отсутствия активного воспалительного процесса; спаечного процесса IV степени и распространенного генитального эндометриоза. В 1-й группе двухсторонняя сальпингостомия проведена 54,6 % пациенток, причем у одной женщины при вскрытии брюшной полости и ревизии матки и придатков обнаружено отсутствие обеих маточных труб после аппендэктомии в анамнезе. Правостороннюю сальпингостомию провели в 29,6 %, левостороннюю – в 15,9 % случаев. Фимбриолизис произведен 56,9 % пациенток. Во 2-й группе двухстороннюю сальпингостомию произвели 55,9 % пациенток, правосторонняя и левосторонняя сальпингостомия произведена в 29,4 % и 14,7 % случаев соответственно, фимбриолизис – 41,2 % женщин. Показаниями к радикальным операциям на трубах явилась в 35,3 % случаев неудачная предшествующая реконструкция фаллопиевых труб и в 4,6 % – гидросальпинкс более 3 см в диаметре.

Медикаментозная терапия включала в себя назначение антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с антимикотиком, под защитой зубиотиков.

Срок наблюдения за оперированными пациентками составил 3 года. Беременность в сроки наблюдения от 1 года до 3 лет наступила у 30,8 % женщин из 78 пациенток с ТПФБ. Большая часть беременностей наступила в течение второго года ожидания 70,8 %. На первом и третьем году процент беременности меньший – 20,8 % и 8,3 % соответственно, поэтому мы считаем, что длительность ожидания беременности должна быть около двух лет.

В 1-й группе пациенток маточная беременность наступила достоверно в 16 раз чаще по сравнению с пациентками 2-й группы в 16 (36,3 %) и 1 (2,9 %) случаях соответственно ($Se = 22 \%$, $Sp = 91 \%$). В 1-й группе самопроизвольный выкидыш зафиксирован в 4 (9,1 %) случаях, в то время как во 2-й группе таких пациенток не было вообще.

Лучший прогноз в плане восстановления проходимости маточных труб был у пациенток 1-й группы, т. е. оперированных однократно или неоперированных вообще, кроме того ни одна пациентка с предыдущей пластикой маточных труб не получила желанную беременность. Таким образом, одним из критериев успеха реконструктивно-пластических операций можно считать количество предыдущих оперативных вхождений в брюшную полость (не более одного оперативного вмешательства).

Условиями проведения процедуры ЭКО были: сохраненная в полном объеме функциональная способность матки к имплантации и вынашиванию беременности; отсутствие противопоказаний к беременности и родам (соматические, психические, генетические заболевания); сохраненная способность яичников к адекватному ответу на стимуляцию овуляции – экзогенную и эндогенную; отсутствие новообразований, воспалительных и анатомических изменений в органах малого таза и полное соматическое здоровье со стороны партнера.

У всех пациенток нами был использован длинный протокол 43 циклов для проведения стимуляции суперовуляции, в среднем количество индуцированных фолликулов составило $9,2 \pm 0,3$; размер фолликулов на момент пункции был $17,5 \pm 1,7$ мм; толщина эндометрия, необходимая для подсадки эмбриона составила $9,3 \pm 0,8$ мм. После пункции и отбора яйцеклеток проводили их оплодотворение. Среднее количество ооцитов составило $9,2 \pm 0,3$: из них зрелых было в среднем $7,8 \pm 0,6$; незрелых $1,4 \pm 0,4$; количество эмбрионов составило $5,2 \pm 0,5$.

Ни в одном случае не было зафиксировано синдрома гиперстимуляции яичников, что подтверждает правильно выбранную нами схему индукции овуляции для данной группы пациенток.

Частота наступления беременности у пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия в группе ЭКО составила 16 (37,2 %) беременных женщин из 43 пациенток. Маточная беременность наступила у 13 (81,3 %) женщин, из них родами через естественные родовые пути закончилось 8 (50,0 %) беременностей, оперативных родов 5 (31,3 %); самопроизвольный выкидыш в малом сроке у 2 (12,4 %) пациенток; внематочная беременность зарегистрирована в 1 (6,3 %) случае, у 2 пациенток – двойня, у 1 пациентки – тройня.

В группе после пластических операций на маточных трубах у 17 (70,8 %) пациенток беременность закончилась родами: из них в 11 случаях (45,8 %) через естественные родовые пути, в 6 (25,0 %) – путем операции кесарева сечения. Самопроизвольные выкидыши зафиксированы в 4 (16,7 %), внематочная беременность в 3 (12,5 %) случаях. В группе ЭКО в 8 (50,0 %) случаях роды через естественные родовые пути; роды путем операции кесарева сечения в 5 (31,3 %), самопроизвольный выкидыш в 2 (12,4 %), внематочная беременность в 1 (6,3 %) случае.

Таким образом, для женщин с трубным фактором бесплодия есть следующие пути до-

стижения беременности: реконструктивно-пластическая хирургия маточных труб и ЭКО. Выбор метода на первичном этапе лечения и всех последующих видов лечения должен находиться в полном соответствии с тщательным соблюдением как технических, так и нетехнических факторов. Они должны быть максимально индивидуализированы для каждой пациентки. Для других случаев, когда единственной причиной бесплодия является операбельный трубный фактор, реконструктивная хирургия может создать возможность для многократного зачатия и наступления более чем одной беременности.

Литература

1. Бакуридзе Э.М. Реабилитация пациенток с бесплодием после реконструктивно-пластических операций на органах малого таза / Э.М. Бакуридзе, Л.В. Дубницкая, Т.А. Федорова // Журнал акушерства и женских болезней. 2001. № 3. С. 47–51.
2. Беженарь В.Ф. Трубно-перитонеальное бесплодие. Проблемы и перспективы / В.Ф. Беженарь, А.С. Максимов // Журнал акушерства и женских болезней. 1999. № 3. С. 48–55.
3. Давыдов С.Н. Основные принципы хирургического лечения трубного бесплодия / С.Н. Давыдов // Акушерство и гинекология. 2001. № 6. С. 30–34.
4. Кира О.Е. Эволюция репродуктивной хирургии в гинекологии / О.Е. Кира // Акушерство и гинекология. 2007. № 5. С. 59–62.
5. Ahmad G., Watson A.J., Metwally M. Laparoscopy or laparotomy for distal tubal surgery? A meta-analysis / G. Ahmad, A.J. Watson, M. Metwally // Hum. Fertil. (Camb.). 2007. Vol. 3. № 10 (1). P. 43–50.
6. Bowman M.C., Li T.C., Cooke I.D. Inter-observer variability at laparoscopic assessment of pelvic adhesions / M.C. Bowman, T.C. Li, I.D. Cooke // Hum. Reprod. 1995. Vol. 1. № 10 (1). P. 155–210.
7. Catalano G.F., Muzii L., Marana R. Tubal factor infertility / G.F. Catalano, L. Muzii, R. Marana // Rays. 1998. Vol. 11. № 23 (4). P. 673–682.