научный журнал (scientific journal) http://www.bulletennauki.com №12 (декабрь) 2016 г.

УДК 618.177

# ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ЕГО КЛИНИКО-ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ

# TUBOPERITONEAL INFERTILITY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AND HIS CLINIC-FACTOR ANALYSIS

©Коробков Д. М.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева, р.п. Ялга, Россия doctordmk@mail.ru

©Korobkov D.

National Research Mordovia State University Yalga, Russia, doctordmk@mail.ru

Аннотация. В данной статье приведены результаты клинико-факторного анализа трубно-перитонеального бесплодия у женщин репродуктивного возраста. Подробно рассмотрены основные факторы, приводящие к трубно-перитонеальному бесплодию, разработаны алгоритмы лечебно-диагностической тактики, позволяющие повысить эффективность от проводимого лечения. Используются данные по обследованию 70 женщин, корректность которых статистически подтверждается. В заключении автор приходит к выводу, что трубно-перитонеальное бесплодие у женщин репродуктивного возраста развивается на фоне высокого уровня присутствия экстрагенитальной патологии.

Abstract. This article presents the results of clinical and factor analysis tuboperitoneal infertility in women of reproductive age. Details considered the main factors that lead to tubal–peritoneal infertility, developed algorithms for diagnostic and treatment tactics, allowing to increase the effectiveness of the treatment. Using data on 70 women, survey the correctness of which statistically confirmed. In conclusion, the author concludes that the tubo-peritoneal noe infertility in women of reproductive age develops against the backdrop of high level presence of extragenital pathologies.

*Ключевые слова:* трубно–перитонеальное бесплодие, репродуктивный возраст, диагностика бесплодия.

*Keywords*: tubo–peritoneal infertility, reproductive age, diagnosis of infertility.

По статистике во всем мире около 15% супружеских пар страдают бесплодием [3]. В РФ бесплодны от 8 до 21% супружеских пар, при всем этом более 55% случаев бесплодия обусловлены нарушениями репродуктивной функции [1, с. 13]. По мнению многих авторов, частота мужского и женского факторов бесплодия остаются на прежнем уровне (42,4%), но при этом отмечается неуклонный рост идиопатического фактора (до 25% в течение нескольких последних лет исследований) [3, с. 38]. В структуре причин женского бесплодия до 50–65% — приходится на трубно-перитонеальный фактор. Основными причинами развития ТПБ являются: воспалительные заболевания маточных труб, оперативные вмешательства на органах малого таза, инфекции половых путей, аутоиммунные процессы [3, с. 39; 4, с. 617].

При неоднократных рецидивах хронического сальпингита, возникают спайки, деформирующие трубу и нарушающие ее функции [3, с. 38]. Перитубарные сращения в

научный журнал (scientific journal) http://www.bulletennauki.com №12 (декабрь) 2016 г.

полости малого таза также возникают после таких вмешательств, как овариоэктомия, сальпингоэктомия, реконструктивные операции на маточных трубах, иссечение эндометриоидных гетеротопий [1, с. 14].

Несмотря на множество опубликованных работ о механизмах развития ТПБ, многие этиологические, факторные и клинические аспекты остаются открытыми [3, с. 39], что и определило необходимость настоящих исследований.

Цель работы — провести факторный анализ клинических проявлений ТПБ у женщин репродуктивного возраста.

## Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 70 женщин репродуктивного возраста, которые разделены на контрольную и клиническую группы. Контрольную группу составили 35 женщин с хроническим воспалительным процессом в придатках, без развития спаечного процесса. Клиническая группа состояла из 35 женщин с установленным диагнозом ТПБ. Диагноз ТПБ 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  $31,3\pm3,5$  года, клинической группы —  $34,5\pm3,9$  лет. Основной жалобой пациенток клинической группы было отсутствие беременности. Причем первичное бесплодие — 57,2% (40 женщин), преобладало над вторичным — 42,8% (30 женщин). В контрольной группе вторичное бесплодие составило 5,8% (2 женщины). Болевой синдром внизу живота, в области малого таза, пояснице присутствовал в 93% 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 — 20,9%, а в контрольной — 12,8% женщин. Выделения из половых путей присутствовали у 11,94% женщин клинической группы, а в контрольной — в 5,8% 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%, от 1 до 3 лет — 39,8%, от 3 до 5 лет — 38,8%, свыше 5 лет — 12,6%.

Среди факторов, способствующих развитию ТПБ, 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, мочевыделительной 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 республика Мордовия является известным йододефицитным регионом, что обусловливает 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 медицинские организации по поводу бесплодия проходят месяцы и годы, в течение которых

научный журнал (scientific journal) http://www.bulletennauki.com №12 (декабрь) 2016 г.

заболевание не диагностируется и не лечится. В клинической группе только у 12 женщин (30%) не выявлено урогенитальных инфекций. Случаи ассоциации двух и более инфекций выявлены у 25,8% (9 женщин). Это были ассоциации хламидий, уреаплазмы и микоплазмы (7,7 %); хламидий и вирус простого герпеса (5,8%); хламидий (5,8%); гарднареллы, уреаплазмы, микоплазмы (2,9%); вируса простого герпеса, уреаплазмы и микоплазмы (1,9%).

Важным фактором формирования ТПБ 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%, холецистоэктомия — 6%, сочетания нескольких оперативных вмешательств — 5%. 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.

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.

Во время лапароскопии, для оценки проходимости маточных труб, проводили хромогидротубацию. При появлении индикармина в брюшной полости в течение 1 минуты трубы считались нормально проходимыми, излитие через 2–5 минут оценивали как затрудненную проходимость труб, а отсутствие вещества — как полную непроходимость. В большинстве случаев не отмечено проникновение контраста в маточную трубу (62,1%).

Представленные данные ярко иллюстрируют, что при ТПБ органы малого таза имеют существенные патологические изменения. Наличие выраженного спаечного процесса в малом тазу с вовлечением в процесс маточных труб и нарушением их проходимости обуславливают необходимость проведения во время лапароскопии сальпингоовариолизиса, сальпингостомии, фимбриолизиса. Из вышеизложенного следует, что ТПБ 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.

## Список литературы:

- 1. Гаспаров А. С. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции. 2013. Т. 5. №2. С. 13–44.
- 2. Cabar F. R., Pereira P. P., Shultz R., Zugaib M. Predictive factors of trophoblastic invasion into the ampullary region of the tubae wale in ectopic pregnancy // Human Reproduction. 2016. V. 11. №8. P. 1426–1429.
- 3. Коробков Д. М., Лапштаева А. В. Система IL-1 в аспекте некоторых механизмов трубно–перитонеального бесплодия // Сборник тезисов участников форума «Наука будущего наука молодых». Казань, 2016. Т.2. С. 38–40.
- 4. Malak M. Risk factors for ectopic pregnancy after in vitro fertilization treatment // J. Obstit. Gynecol. Can. 2014. V. 23. №8. P. 617–619.

научный журнал (scientific journal) http://www.bulletennauki.com №12 (декабрь) 2016 г.

## References:

- 1. Gasparov A. S. Trubno–peritonealnoe besplodie u zhenshchin / A. S. Gasparov. Problemy reproduktsii, 2013, v. 5, no. 2, pp. 13–44.
- 2. 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, 2016, v. 11, no. 8, pp. 1426–1429.
- 3. Korobkov D. M., Lapshtaeva A. V. Sistema IL-1 v aspekte nekotorykh mekhanizmov trubno-peritonealnogo besplodiya / D. M. Korobkov, A. V. Lapshtaeva. Sbornik tezisov uchastnikov foruma "Nauka budushchego nauka molodykh". Kazan, 2016, v. 2, pp. 38–40.
- 4. Malak M. Risk factors for ectopic pregnancy after in vitro fertilization treatment / M. Malak. J. Obstit. Gynecol. Can., 2014, v. 23, no. 8, pp. 617–619.

Работа поступила в редакцию 19.11.2016 г. Принята к публикации 21.11.2016 г.