

Пучков К. В., Иванов В. В., Полякова О. В.

ГУП «Медицинский центр» Управления делами Мэра и Правительства г. Москвы,
Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия.

Материал и методы. Клиническое исследование проводилось на 2 группах женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия, оперированных в период с 1996 по 2006 гг. в Центре лапароскопической хирургии и гинекологии Областной клинической больницы г. Рязани и Объединенной больнице ГУП «Медицинский центр» Управления делами Мэра и Правительства г. Москвы. В первой группе было 270 женщин, подвергшихся хирургическому лечению лапароскопическим доступом. Во вторую группу вошли 45 женщин, которым, кроме оперативного лечения, проводилось иммунологическое исследование до операции и после курса терапии рекомбинантным интерлейкином-2. При умеренно выраженных изменениях Ронколейкин вводился по схеме: 500 000 ЕД двукратно с интервалом в 2 дня.

Результаты исследования. Первичное бесплодие наблюдалось у 44,6 % пациенток. Более чем у 30 % больных первой и 33,3 % женщин второй группы в анамнезе были заболевания, передающиеся половым путем. У 56 % из них выявлен только хламидиоз, у остальных — его сочетания с другими инфекциями (микоплазмы, гарднереллы, трихомонады). На момент поступления в стационар все пары имели отрицательные анализы на ИППП. При гистеросальпингографии в I группе у 64 % женщин маточные трубы не были проходима, у 7 % — проходима одна труба, у 29 % — частично проходима хотя бы одна труба; во II группе — у 68,8 % маточные трубы были не проходима, у 22,2 % — частично проходима, у 9 % — проходима одна труба. У женщин неоднократно и неадекватно лечившихся по поводу острого или обострения хронического сальпингита микрофлора цервикального канала и уретры часто отличается от микрофлоры брюшной полости. Поэтому, интраоперационно нами производился забор материала брюшной полости у 32 пациенток из первой группы. Исследование проводилось методом ПЦР — реакции. У 56,25 % пациенток результаты обследования стерильные. У остальных обнаружены: хламидии — 18,75 %, уреаплазмы — 15,6 %, микоплазмы — 15,6 %, сочетание нескольких инфекций — 9,4 %. По характеру проведенных лапароскопических опера-

ций исследуемые группы были абсолютно идентичными. При анализе первичных иммунограмм выявлено снижение процента фагоцитоза, фагоцитарного числа, абсолютного фагоцитарного показателя у 73,3 % женщин; фагоцитоз незавершенный в 82 % случаев. При НСТ — тесте выявлена недостаточность резервов при стимуляции. Снижены общие Т-лимфоциты у 31,1 % больных, практически у всех женщин — абсолютные и относительные цифры Т-хелперов. Снижено также отношение Т-хелперов к Т-супрессорам в 91,1 %, что говорит о Т-клеточном иммунодефиците и аутоиммунизации у большинства обследованных. Т-супрессоры, NK-клетки и В-лимфоциты повышены у 40 % обследованных, активационные маркеры HLA-DR рецепторы, CD 25 чувствительные к регуляции цитокинами, в пределах нормы.

При повторном обследовании уже через 2 суток после инфузии Ронколейкина обнаружено: полное восстановление показателей Т-хелперов, соотношение Т-хелперов к Т-супрессорам, снижение относительного количества В — лимфоцитов, восстановление показателей фагоцитоза, рост резерва активации, увеличение экспрессии активационных маркеров HLA-DR. Дисиммуностаз у этих больных может способствовать хроническому течению инфекционного процесса, приводя к дальнейшему нарушению проходимости и функции маточных труб. Более того, в условиях нарушенного иммунного гомеостаза образование спаечных сращений в послеоперационном периоде более выражено, благодаря снижению фибринолитической активности мезотелиальных клеток, препятствующих образованию жесткой спайки, и возможности активации воспалительного процесса. Результаты лечения представлены в таблице.

Результат лечения	1 группа (n = 108)	2 группа (n = 22)
Беременность	34 (32,7 %)	12 (54,5 %)
Роды	18 (17,3 %)	7 (31,8 %)
Самопроизвольный аборт	9 (8,6 %)	3 (13,6 %)
Внематочная беременность	8 (7,7 %)	2 (9,1 %)
Нет беременности	70 (67,5 %)	10 (45,5 %)

На вопросы анкеты ответили 108 женщин из первой группы и 22 женщины из второй группы. В отдаленном послеоперационном периоде до-

стоверно ($p \leq 0,05$) более высокие результаты лечения бесплодия получены во второй группе, по сравнению с пациентками первой группы. Частота нормальных родов также выше во второй группе пациенток.

Вывод. Таким образом, применение имму-

нокоррекции с применением рекомбинантных интерлейкинов необходимо использовать в лечении женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. Повышение эффективности лечения возможно при адекватном лечении выявленных интраоперационно инфекций, передающихся половым путем.

Рудова Н. К.

МСЧ № 42 ФМБА РФ, Зеленогорск, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МСЧ № 42

Актуальность проблемы. Проблема восстановления фертильности в настоящее время особенно актуальна, когда имеет место глубокий демографический кризис, ведущий к депопуляции населения России. Среди причин женского бесплодия одной из наиболее частых форм является трубно-перитонеальное (ТПБ) — 30–65 %. Причины ТПБ многочисленные, основными являются: воспалительные заболевания придатков матки, в том числе инфекции, передающиеся половым путем (ИППП); осложненные аборт или роды; оперативные вмешательства на органах малого таза; многочисленные лечебно-диагностические манипуляции (ГСГ, выскабливание полости матки и др.). Непосредственные изменения в маточных трубах сводятся к полной или частичной непроходимости вследствие поражения эпителиального и мышечного слоя, спаечных перитубарных процессов, нарушений сократительной функции. Все это обуславливает затруднение или невозможность восприятия яйцеклетки, ее транспорт в полость матки. Разнообразие причин ТПБ, трудности его выявления и консервативного лечения требуют изыскания новых и более эффективных методов диагностики и лечения. В настоящее время одним из таких методов является оперативная лапароскопия. Эндоскопические операции по поводу трубно-перитонеального бесплодия проводятся с целью разделения спаек и восстановления проходимости маточных труб. Во время операции удается восстановить проходимость маточных труб в 60–80 % случаев, однако, значительные морфо-функциональные изменения в стенке маточных труб не дают возможности к восстановлению их функциональной и транспортной функции. Кроме того, препятствием к восстановлению фертильности хирургическим путем является послеоперационный рецидив спаечного процесса. Ввиду этого, частота наступления беременности после восстановления проходимости маточных труб ос-

тается относительно невысокой и по данным различных авторов достигает 25–38 %.

Материал и методы. В период с 2001 по 2004 гг. в нашем отделении оперированы 35 больных с трубно-перитонеальным бесплодием. Первичное бесплодие выявлено у 14 женщин, вторичное — у 21. Возраст больных от 20 до 33-х лет. В предоперационном периоде всем женщинам проведено полное клиническое обследование, гормональное и бактериологическое обследование. Кроме этого, всем больным проведена ЭХО-графия органов малого таза, метросальпингография (МСГ). По данным МСГ, двусторонний сактосальпинкс выявлен у 8 женщин, односторонний сактосальпинкс — у 3 женщин. Все больные до операции получали длительное время традиционное консервативное лечение. Лапароскопию производили под эндотрахеальным наркозом по общепринятой методике с использованием эндоскопического оборудования и инструментов фирмы «KStorz».

Результаты исследования. При лапароскопии у 21 женщины выявлен выраженный спаечный процесс с образованием перитубарных спаек. Спаечный процесс III–IV степени выявлен у 14 женщин. В 3-х случаях у женщин была произведена односторонняя тубэктомия вследствие выраженных морфо-функциональных изменений в стенке трубы (сактосальпинкс с атрофией мышечного слоя). После осмотра органов малого таза и брюшной полости производилась оценка спаечного процесса, состояние придатков матки. Были произведены следующие операции: сальпинго-и сальпингоовариолизис — 18 сл.; терминальная сальпингостомия — 13 сл.; сальпингостомия — 1 сл.; тубэктомия с одной стороны и сальпингостомия с другой стороны — 3 сл. Рассечение спаек производилось с использованием электроножниц или крючка Редера. Все манипуляции на маточных трубах производились после предварительного заполнения их метиленовым