

М.Н. Чертовских, С.И. Кулинич, М.М. Чертовских

**ВОСПАЛЕНИЕ, ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, БЕСПЛОДИЕ,
РЕАБИЛИТАЦИЯ (ПАРАЛЛЕЛИ С ПОЗИЦИИ ЭТИОЛОГИИ)***Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)*

Ретроспективный анализ 78 историй болезни пациентов, прооперированных по поводу трубной беременности и 80 больных с апоплексией яичника показал, что факторы риска этих заболеваний имеют единый пусковой механизм — воспалительные заболевания органов малого таза. Включение в реабилитацию мероприятий, направленных на устранение этих причин, позволило снизить репродуктивные потери в 2 раза, рецидивы заболеваний — в 7 раз.

Ключевые слова: эктопическая беременность, апоплексия яичника, лапароскопия, репродуктивная функция

**INFLAMMATION, ABDOMINAL BLEEDING, INFERTILITY, REHABILITATION
(PARALLELS FROM THE ETIOLOGICAL POINT OF VIEW)**

M.N. Chertovskikh, S.I. Kulinich, M.M. Chertovskikh

Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Irkutsk

The retrospective analysis of 78 case reports of patients operated in occasions of the tube pregnancy and 80 patients with ovarian apoplexy has shown that risk factors of these diseases have a common cause, exactly pelvic inflammatory diseases. The inclusion of methods oriented to the elimination of these causes into rehabilitation allows to decrease reproductive losses two times, and to reduce diseases backsets seven times.

Key words: tube pregnancy, ovarian apoplexy, laparoscopy, reproductive function

Важнейшим стратегическим направлением социальной политики любого государства является профилактика, сохранение и укрепление здоровья населения. Сегодня частота бесплодных браков в России превышает 15 %, что по данным ВОЗ является критическим уровнем. В стране зарегистрировано более 5 млн. бесплодных пар, из них 1,6 млн. нуждаются во вспомогательных репродуктивных технологиях. Показатели женского бесплодия за последние 5 лет увеличились на 14 % [1].

Одной из ведущих причин демографического кризиса являются болезни репродуктивной системы женщин. Наблюдается неуклонный рост числа гинекологических заболеваний, требующих оказания urgentной помощи [2, 4].

В России по поводу острых гинекологических заболеваний ежегодно проводится около 450 операций. Из них 100 — 150 тыс. — полостных и 300 — 340 тыс. — эндоскопическим доступом. Нарушения репродуктивной функции в последующем наблюдаются в 30 — 40 %. При этом наиболее частыми причинами возникновения бесплодия являются спаечные процессы в брюшной полости, оргоуносящие операции и нейроэндокринные нарушения [6, 7]. Первое место среди urgentной патологии, требующей оперативного лечения занимают внематочная беременность и апоплексия яичника [3, 8].

В связи с этим, очевидна чрезвычайная актуальность высококвалифицированной и технологичной помощи женщинам с этой патологией, как на этапе оказания хирургического лечения, так и после выписки из стационара.

Обязательным условием эффективности оказания помощи является профилактика рецидивов, устранение вновь или вторично возникающих

функциональных расстройств или заболеваний, восстановление эндокринной и репродуктивной функции [5].

Цель — изучить взаимосвязь апоплексии яичников и внематочной беременности с воспалительными процессами генитального тракта и последующим нарушением репродуктивной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего проанализировано 78 историй болезни больных с органосохраняющими операциями при трубной беременности (выполненных методом ВПЯ) и 80 историй болезни с диагнозом апоплексия яичника (геморрагическая форма), пролеченных в гинекологическом отделении ГПЦ.

Из общего числа больных, в зависимости от диагноза и реабилитационной терапии, было сформировано 4 группы:

I группа — 25 больных с внематочной беременностью (ВБ) не получавших комплекс реабилитационной терапии.

II группа — 53 пациентки с ВБ (операция ВПЯ + реабилитационная терапия).

III группа — 43 пациентки с апоплексией яичника (АЯ), отказавшиеся от лечения.

IV группа — 37 больных с АЯ, прошедшие полный комплекс реабилитационной терапии.

В стационаре помимо стандартных методов обследования всем пациенткам была проведена расширенная кольпоскопия на цифровом видеокольпоскопе SENSITEKSLC — 2000. Параллельно с этим, согласно принятым стандартам проведено исследование половых путей на флору и ИППП с помощью ПЦР-диагностики, бактериологическим и бактериоскопическим методами.

Для выявления предполагаемых факторов возникновения трубной беременности и АЯ у прооперированных пациенток изучили менструальную и репродуктивную функции, инфицированность мочеполового тракта, половую активность, наличие аборт и перенесенных воспалительных заболеваний половых органов в анамнезе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст прооперированных больных с внематочной беременностью составил $24,2 \pm 1,2$ года. Средний возраст пациенток с АЯ — $22,3 \pm 2,8$ года, что свидетельствует о возникновении ургентных заболеваний труб и яичников у молодых женщин репродуктивного возраста и соответствует литературным данным [5].

Средний возраст начала половой жизни в группах составил $17,0 \pm 2,5$ лет.

Изучая характер нарушений менструальной функции до поступления в стационар, статистически значимых отличий между группами с ВБ и АЯ не получено (табл. 1). Нарушения овариально-менструального цикла в виде олигоменореи были выявлены в среднем у 4,5 % пациенток, гиперполименорея и дисменорея у 8,7 % и у 8,3 % больных соответственно.

В структуре экстрагенитальных заболеваний преобладали заболевания мочевыделительной системы. Во всех группах прослеживалось статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение заболеваний мочевыделительной системы (хронические пиелонефрит, цистит) в сравнении с популяцией.

Лечение по поводу ВЗОМТ ранее получала каждая вторая обследуемая пациентка с ВБ и АЯ. Причем, специфические возбудители были выявлены при сальпингооофорите в среднем у 16,8 % пациенток, эндометрите — 4,5 % (табл. 2). Из инфекций, передаваемых половым путем, преобладал ВПЧ — 83 % (рис. 1).

При изучении репродуктивной функции у пациенток с внематочной беременностью первичное бесплодие было у 9 (36 %) пациенток в I группе и у 20 (37,7 %) — с АЯ. Родами беременность закончилась только у 2 (8 %) из I группы пациенток и у 4 (7,5 %) из II. Однозначные результаты были в группах с АЯ.

Репродуктивные потери, связанные с ранним прерыванием беременности, составили в среднем 5,6 %, при неразвивающейся беременности — 4,9 %. Статистически значимых различий по изучаемым группам мы не выявили ($p < 0,05$) (табл. 3).

Из неспецифических инфекций наибольшее число случаев пришлось на ВПЧ. Тот или иной генотип вируса выявлялся ранее или был обнаружен во время обследования у 83 % больных (рис. 1).

Однако изолированное вирусоносительство было лишь у 4 % пациенток. У остальных больных это была смешанная инфекция. Наиболее частым были сочетания ВПЧ + *U. urealyticum*, ВПЧ + *M. hominis*, ВПЧ + *Peptostreptococcus* spp.

Кольпоскопические признаки цервицита, ассоциированные с той или иной бактериальной флорой, были в среднем у 81 % пациенток с АЯ и у 78 % с внематочной беременностью. Так, у 15,5 % пациенток при осмотре обнаружили косвенные признаки хламидийной инфекции. В дальнейшем

Таблица 1

Характер нарушений менструальной функции у больных с АЯ и ВБ

Характер нарушений	I группа – ВБ без реаб. (n = 25)	II группа – ВБ с реаб. (n = 53)	III группа – АЯ без реаб. (n = 43)	IV группа – АЯ с реаб. (n = 37)
Олигоменорея	1 (4 %)	2 (3,7 %)	2 (4,6 %)	2 (5,4 %)
Дисменорея	2 (8 %)	4 (7,5 %)	4 (9,3 %)	3 (8,1 %)
Гиперполименорея	2 (8 %)	5 (9,4 %)	3 (6,9 %)	4 (10,8 %)

Таблица 2

Структура перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза и сопутствующая экстрагенитальная патология

Органы и системы	I группа – ВБ без реаб. (n = 25)	II группа – ВБ с реаб. (n = 53)	III группа – АЯ без реаб. (n = 43)	IV группа – АЯ с реаб. (n = 37)
Мочевыделительная система	10 (40 %)	21 (39,6 %)	19 (44,1 %)	17 (45,9 %)
ЖКТ	7 (28 %)	14 (26,4 %)	11 (25,6 %)	9 (24,3 %)
ССС	1 (4 %)	1 (1,9 %)	2 (4,7 %)	2 (5,4 %)
Щитовидная железа	5 (20 %)	10 (18,9 %)	10 (23,3 %)	8 (21,6 %)
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) неспецифической этиологии				
Сальпингоофорит	11 (44 %)	24 (45,3 %)	22 (51,2 %)	18 (48,6 %)
Эндометрит	3 (12 %)	7 (13,2 %)	6 (13,9 %)	5 (13,5 %)
ВЗОМТ специфической этиологии				
Сальпингоофорит	4 (16 %)	8 (18,7 %)	7 (16,3 %)	6 (16,2 %)
Эндометрит	1 (4 %)	2 (3,7 %)	2 (4,6 %)	2 (5,4 %)

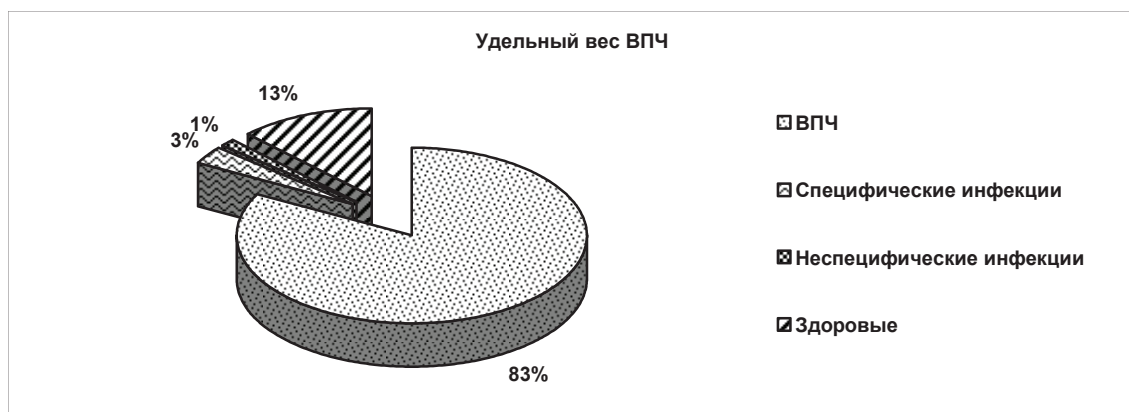


Рис. 1. Видовой спектр микрофлоры цервикального канала (%).

Таблица 3

Репродуктивная функция у больных с ВБ и АЯ

Показатели	I группа – ВБ без реаб. (n = 25)	II группа – ВБ с реаб. (n = 53)	III группа – АЯ без реаб. (n = 43)	IV группа – АЯ с реаб. (n = 37)
Бесплодие	9 (36 %)	20 (37,7 %)	15 (34,8 %)	13 (35,2 %)
Роды	2 (8 %)	4 (7,5 %)	6 (13,9 %)	5 (13,5 %)
Самопроизвольный выкидыш	1 (4 %)	3 (5,6 %)	3 (6,9 %)	2 (5,4 %)
Неразвивающаяся беременность	1 (4 %)	3 (5,6 %)	2 (4,6 %)	2 (5,4 %)
Аборты	7 (28 %)	13 (24,6 %)	12 (27,9 %)	10 (27,1 %)

при углубленном обследовании хламидиоз подтвердился у 12,5 % больных.

Таким образом, кольпоскопические признаки цервицитов, ассоциированных с бактериальной, вирусной или протозойной инфекциями были выявлены у 89 % пациенток при апоплексии фолликулов и 84 % – с внематочной беременностью. Такое разнообразие микрофлоры из цервикального канала предполагает поражение воспалительным процессом фолликулов яичника, что возможно способствует патологическому разрыву. Совпадение видовой флоры на основании данных бактериоскопических, ПЦР и бактериологических методов диагностики составило 84 %.

Одним из основных осложнений воспалительных заболеваний малого таза является спайкообразование, которое становится причиной бесплодия и является признаком перенесенной хронической инфекции. Так, при лапароскопии мы выявили спаечный процесс I – III степени в группе с апоплексией яичника у 15 пациенток III группы и у 14 из IV, что составило 34,8 % и 35,2 % соответственно. При внематочной беременности эти цифры оказались несколько выше и составили в I группе 40 %, во II – 37,7 % соответственно (рис. 2).

Гистологическое исследование операционных биоптатов больных из III и IV групп показало, что у 100 % это было желтое тело с нарушением

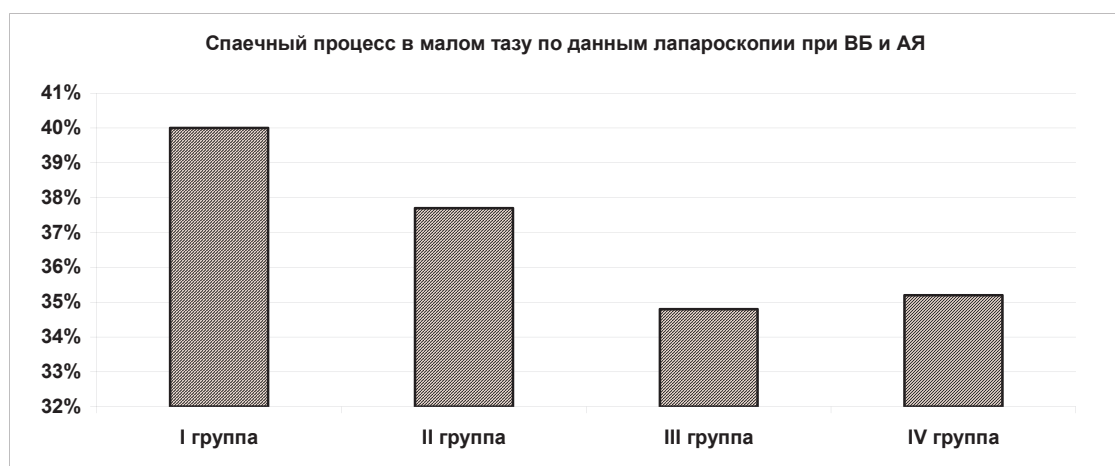


Рис. 2. Спаечный процесс в малом тазу по данным лапароскопии.

целостности структур. При этом в 93,1 % и 91,8 % случаев соответственно, мы наблюдали изменения в окружающих тканях, характерные для хронического воспаления (резкое полнокровие сосудов, лейкоцитарная инфильтрация и мелкокистозное перерождения фолликулярного аппарата).

В I и II группах изменения в плодном яйце характерные для хронического воспаления были выявлены у 88 % и 90,5 % пациенток соответственно.

Таким образом, факторы, способствующие возникновению АЯ и ВБ во многом схожи и имеют единый пусковой механизм — инфицирования полового тракта.

Реабилитация больных с АЯ и ВБ должна иметь единые подходы и принципы, направленные на восстановление репродуктивного здоровья и предотвращение рецидивов заболевания.

Этап I, проводимый в стационаре:

- Профилактика осложнений (противовоспалительная, антибактериальная, рассасывающая терапия, физиолечение).

- Назначение КОК (создание благоприятного гормонального фона и профилактика гормональных нарушений).

Этап II после выписки из стационара:

- Обследование на инфекции и этиотропное лечение обоих половых партнеров.

- Формирование полноценного 2-фазного менструального цикла (гормональная коррекция, стимуляция овуляции, физиотерапия).

- Санаторно-курортное лечение (грязи) в раннем послеоперационном периоде.

Изучая отдаленные результаты лечения по группам через 2 года, мы получили убедительные данные, подтверждающие наши выводы.

Так в группах, где проведена полная комплексная реабилитация показатели ранних репродуктив-

ных потерь в 2 раза ниже, чем в тех, где пациентки отказались от этих мероприятий.

При анализе случаев повторной апоплексии яичника, мы получили еще более убедительные данные в пользу предложенных мер профилактики заболевания, т. к. это позволило уменьшить число рецидивов заболевания в 7 раз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. и др. Лапароскопия в гинекологии / — М., 2000. — 325 с.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. — М. — Н. Новгород : Мед. кн.: Изд — во НГМА, 2003. — 2 доп. изд. — 181 с.
3. Кох Л.И., Содномова Н.В., Балакшина Н.Г. Клинико-диагностические критерии апоплексии яичников // Мать и дитя : мат. I регионального научного форума. — Казань, 2007. — С. 272—273.
4. Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. Ургентная гинекология: новый взгляд // Ж. акушерства и жен. болезней. — 2001. — Т. 50, N 3. — С. 15—18.
5. Панкова О.Ю. Диагностика и лечение апоплексии яичника // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. — 1998. — N 2. — С. 110—114.
6. Савельева Г.М. Профилактика спаечного процесса после хирургического вмешательства у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. — 1995. — N 2. — С. 36—39.
7. Саркисов С.Э., Карамышев В.К., Литвинцева Н.Г. Малоинвазивные методы в неотложной гинекологии // Актуал. пробл. соврем. науки. — 2002. — N 1. — С. 252—255.
8. Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф., Берлев И.В. Ургентная гинекология. — СПб. : ФОЛИАНТ, 2004. — 382 с.

Сведения об авторах

Чертовских Михаил Николаевич — к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии Иркутского государственного института усовершенствования врачей (664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100; тел.: 8 (3952) 33-57-45; e-mail: smn69@yandex.ru).

Чертовских Маргарита Михайловна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии Иркутского государственного института усовершенствования врачей.

Кулинич Светлана Ивановна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Иркутского государственного института усовершенствования врачей.