

Ю.А. Лызикова

УО «Гомельский государственный
медицинский университет»,

г. Гомель

Диагностика трубно- перитонеального бесплодия

Изучена эффективность методов диагностики трубно-перитонеального бесплодия у 50 больных. Для диагностики поражения маточных труб чаще всего используется гистеросальпингография. Наличие ложных результатов позволяет использовать этот метод на начальных этапах обследования. Отмечена высокая ценность лапароскопии в диагностике и лечении трубно-перитонеального бесплодия.

Введение

Бесплодие является важной медико-демографической и социальной проблемой и составляют 10-15% среди всех супружеских пар [1,7]. Одной из наиболее частых форм женского бесплодия является трубно-перитонеальное. Трубный фактор, по данным литературы, наблюдается у 30-85% женщин, страдающих бесплодием, а перитонеальная его форма встречается в 9,4-34% случаев [1,7,8]. Для диагностики патологии маточных труб применяются: гистеросальпингография, радионуклидное сканирование маточных труб. Гистеросальпингография является методом выбора в связи с простотой, доступностью, быстротой [2,5]. Однако в 13-25% случаев дает ложноположительные и ложноотрицательные результаты [2]. Таким образом, гистеросальпингография может быть использована лишь на начальных этапах обследования по поводу трубного бесплодия и дает возможность разработать дальнейшую тактику предстоящего эндоскопического исследования [3,6]. Согласно международному алгоритму диагностики женского бесплодия, разработанному ВОЗ точный диагноз при бесплодии можно поставить только при включении в комплекс обследования эндоскопических методов. Кулаков В.И. считает, что если эндоскопическое обследование не произведено, причина бесплодия считается неустановленной [4]. Следует отметить, что длительность лечения infertility не должно превышать 2-3 лет, причем в этот промежуток времени применяются все методы лечения, включая репродуктивные технологии. По данным

научных исследований, у женщин более молодого возраста при наличии единственного фактора бесплодия эффективность восстановления репродуктивной функции составляет 50-60%, а у пациенток старшего возраста, имеющих длительный анамнез заболевания, эффективность снижается в 2,5-3 раза, что делает необходимым совершенствование системы оказания медицинской помощи бесплодным супружеским парам [3].

Цель: Изучить эффективность методов диагностики трубно-перитонеального бесплодия.

Материалы и методы

Обследовано 50 женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. Всем женщинам проведена лечебно-диагностическая лапароскопия на базе гинекологического отделения Гомельской областной клинической больницы.

Показанием к лапароскопии явилось первичное у 18 (36±6,8%), вторичное у 32 (64±6,84%) больных бесплодие. Предварительное обследование пациенток с целью определения генеза бесплодия было проведено в амбулаторных условиях. Совокупность данных анамнеза, оценка состояния маточных труб по данным гистеросальпингографии, УЗИ органов малого таза, оценка состояния функции репродуктивной системы по тестам функциональной диагностики и результатам гормонального скрининга явилось основанием для определения фактора бесплодия. Предоперационная подготовка включала в себя рутинные клинико-лабораторные обследования. Лапароскопию производили по общепринятой методике с использованием эндоскопического оборудования и инструментов фирмы «Storz», Германия. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета статистического анализа программы Microsoft Excel из пакета Microsoft Office 97 в среде Windows 95.

Результаты и обсуждение

Основной контингент больных составили женщины в возрасте 29,4±0,42 лет, имеющие бесплодие в течение 5,6 лет. Длительность бесплодия колебалась от 1,5 до 18 лет. У 22 (44±7%) женщин произведены оперативные

вмешательства, из них у 17 чревосечение, у 5- лапароскопия. Среди перенесенных общих оперативных вмешательств преобладали аппендэктомии 6 (12±4,6%). Гинекологические операции выполнены 14 (28±6,4%) женщинам, показанием к ним явилась трубная беременность в 6 (12±4,6%) случаях, киста яичника – в 3 (6±3,5%). Лапароскопию по поводу бесплодия производили ранее 5 (10±4,2%) пациенткам. Период времени от первого обращения по поводу бесплодия до эндоскопического обследования составил 3,5 года.

При анализе менструальной функции отмечено, что своевременное менархе и регулярный менструальный цикл имели все пациентки. Жалобы на болезненность менструации в первый день цикла предъявили 5 (10±4,2%) женщин.

Анализ особенностей репродуктивной функции показал, что первичное бесплодие встречалось у 18 (36±6,8%) женщин, вторичное – у 32 (64±6,8%). Среди женщин с вторичным бесплодием у 19 (59,4±8,7%) в анамнезе были искусственные аборты, трубная беременность – у 6 (18,8±6,9%), срочные роды – у 11 (34,4±8,4%), самопроизвольный выкидыш – у 3 (9,4±5,2%), неразвивающаяся беременность – у 2 (6,3±4,3%). Все пациентки получали различное лечение, направленное на восстановление репродуктивной функции. Противовоспалительное и физиотерапевтическое лечение проведено 47 (94±3,4%) женщинам, индукция овуляции – 4 (8±3,8%), ЭКО – 2

(4±2,7%), санаторно-курортное лечение – 2 (4±2,7%). Лапароскопия по поводу бесплодия выполнялась ранее 5 (10±4,2%) пациенткам.

Анализ клинико-анамнестических данных показал, что все женщины перенесли ранее различные гинекологические заболевания, среди которых ведущее место занимал хронический сальпингоофорит 42 (84±5,2%). Патология шейки матки отмечена в анамнезе у 15 (30±6,5%) пациенток. Наиболее частым заболеванием, передающимся половым путем, был хламидиоз 13 (26±6,2%), трихомониаз был диагностирован ранее у 1 (2±2%) пациентки, сифилис – у 3 (6±3,4%), уреаплазмоз – у 4 (8±3,9%).

Данные УЗ-исследований малого таза выявили различные патологические изменения в 15 (30±6,5%) случаях. Признаки спаечного процесса в малом тазу отмечены в 3 (6±3,4%) случаях, кисты яичников – в 3 (6±3,4%), лейомиома матки в 5 (10±4,3%).

Анализ гормональных показателей, характеризующий состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, был проведен 20 (40±6,9%) женщинам. Большинство обследованных женщин (90±2,4%) имели двухфазные менструальные циклы.

Посткоитальный тест был проведен в 4 (8±3,9%) случаях, отрицательный результат получен у 2 (4±2,7%) пациенток, что указывает на возможное участие иммунных факторов в генезе нарушений репродуктивной функции.

Табл. 1

Локализация окклюзии маточных труб по данным гистеросальпингографии

Локализация	Количество	
	Абс. число	%
Интрамуральный отдел	6	(12,5±4,7%)
Истмический отдел	10	(20,8±5,8%)
Ампулярный отдел	25	(52,1±7,4%)

Гистеросальпингография выполнена 48 (96±2,7%) пациенткам на амбулаторном этапе. Нарушение проходимости маточных труб было выявлено в 41 (82±5,4%) случае. В 5 (10,4±4,4%) случаях нарушение проходимости не подтвердилось при лапароскопии. Сведения о локализации окклюзии фаллопиевых труб представлены в табл. 1.

При лапароскопии установлено, что трубно-перитонеальный фактор бесплодия был у всех больных. Оперативное вмешательство

производили для уточнения состояния маточных труб, определения степени распространенности спаечного процесса и реконструктивно-пластических мероприятий. Некоторым пациенткам с сочетанной патологией выполнялось несколько оперативных вмешательств. Все манипуляции сочетались с хромотубацией. По формам поражения маточных труб большие распределились следующим образом: хронический сальпингит был выявлен у 21 (42±6,9%), хронический сальпингоофорит – 25

(50±7,1%), гидросальпинкс (одной или обеих труб) – у 12 (24±6,1%), пиосальпинкс – у 1 (2±2%) (Табл.2). Данные диагностики места поражения маточных труб отличалась от полученных при гистеросальпингографии (Табл. 3).

Степень распространенности спаечного процесса определяли по классификации J.Nulka. У 13 (26±6,2%) больных выявлена 1-2 степень распространенности спаечного процесса, 3-4 – у 14 (28±6,3%). У 35 (70±6,5%) больных спаечный процесс сочетался с нарушением проходимости одной или нескольких

маточных труб. При лапароскопии наружный генитальный эндометриоз был выявлен у 7 (14±4,9%) пациенток, у 4 (8±3,9%) – поликистозные яичники. Кисты яичников обнаружены у 5 (10±4,3%) женщины, субсерозная лейомиома матки – у 4 (8±3,9%). Важным явилось то, что у 20 (40±6,9%) пациенток выявлено несколько патологических изменений органов малого таза, в том числе патология маточных труб, спаечный процесс в малом тазу, лейомиома матки, кисты яичников, наружный генитальный эндометриоз, поликистозные яичники.

Табл.2

Формы поражения маточных труб

Форма поражения труб	Трубно-перитонеальное бесплодие (n=50)	
	Абс. число	%
Хронический сальпингит	21	42±6,9
Хронический сальпингоофорит	25	50±7,1
Гидросальпинкс	12	24±6,1
Пиосальпинкс	1	2±2

Табл. 3

Локализация окклюзии маточных труб по данным лапароскопии

Локализация	Количество	
	Абс. число	%
Интрамуральный отдел	0	0
Истмический отдел	7	14±4,9
Ампулярный отдел	29	58±6,9

В результате проведенных оперативных вмешательств у 45 (90±4,2%) женщин проходимость маточных труб была восстановлена, что позволяет рекомендовать использование лапароскопии для диагностики и лечения трубно-перитонеального бесплодия.

Выводы

Анализ клинико-anamnestических данных и результатов амбулаторного обследования показал, что пациентки с трубно-перитонеальным бесплодием представляют собой группу больных с высокой частотой гинекологических заболеваний, перенесенных ранее ИППП, среди которых лидирует хламидийная инфекция (26%).

В 90 % случаях с помощью гистеросальпингографии правильно был установлен факт непроходимости маточных труб, однако место окклюзии часто было определено ошибочно.

Признаки спаечного процесса в малом тазу были выявлены при ультразвуковом исследовании лишь в 11% случаях, что позволяет рекомендовать этот метод преимущественно для выявления сопутствующей патологии.

При лапароскопии у 40% женщин с трубно-перитонеальным бесплодием диагностирована сопутствующая патология органов малого таза. Сочетанием нескольких факторов нарушения репродуктивной функции можно объяснить низкую эффективность длительного (в среднем 3,5 года) консервативного лечения.

В результате проведенной лечебно-диагностической лапароскопии трубно-перитонеальное бесплодие диагностировано у всех пациенток. У 70 % женщин выявлено сочетание спаечного процесса с нарушением проходимости маточных труб. В 90 % случаев проходимость труб была восстановлена. Проведение лапароскопических операций позволяет не только диагностировать патологию, но и одновременно корректировать её.

Таким образом, от своевременной диагностики степени повреждения репродуктивной функции зависит успешность терапии трубно-перитонеального бесплодия. Проведение лапароскопических операций на органах малого таза при infertility является обязательным этапом лечебно-диагностических мероприятий.

Литература

1. Камаев, И.А. Петрушенкова О.Н. О факторах риска первичного и вторичного женского бесплодия / И.А. Камаев, О.Н. Петрушенкова // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №1. – С.19–21.
2. Маргиани, Ф.А. Роль лапароскопии в диагностике и лечении некоторых форм женского бесплодия / Ф.А. Маргиани // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2001. – №1. – С.59–63.

3. Маргиани, Ф.А. Роль эндоскопической хирургии в диагностике и лечении различных форм женского бесплодия / Ф.А. Маргиани // Проблемы репродукции. – 2003 – Т 9, №1 - С.61–64.
4. Роль лапароскопии в диагностике и лечении бесплодия у женщин / В.И. Кулаков [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1997 - №5. – С.18–20.
5. Lashen, H. Investigations for infertility / H. Lashen // Current Obstetrics & Gynaecology [Electronic resource]. – 2004. - Vol.14, № 4. – Mode of access: . - Date of access: 12.02.07.
6. Lok, F. Surgical management of tubal disease and infertility / F. Lok, T.C. Li // Current Obstetrics & Gynaecology [Electronic resource]. – 2002. – Vol. 12, № 5. – Mode of access: . - Date of access: 12.02.07.
7. Infertility: Testing of helpseeking model / L. White [et al.] // Social Science & Medicine [Electronic resource]. – 2006. – Vol.162, № 4. – Mode of access: . - Date of access: 12.02.07.
8. Should laparoscopy be a mandatory component of the infertility evaluation in infertile women with normal hystrosalpingogram or suspected unilateral distal tubal pathology / Y. Lavy [et al.] // European Journal of Obstetrics & Gynecology [Electronic resource]. – 2004. – Vol.114, № 1. – Mode of access: . - Date of access: 12.02.07.