

## СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ С ТАЗОВЫМИ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМИ СПАЙКАМИ И БЕСПЛОДИЕМ

**Е. Дубинская**, кандидат медицинских наук, **А. Гаспаров**, доктор медицинских наук, профессор, **С. Назаров**, **М. Дорфман**, РУДН, Москва  
**E-mail:** eka-dubinskaya@yandex.ru

*У большинства пациенток с тазовыми перитонеальными спайками и бесплодием прогноз восстановления репродуктивной функции, как показал ретроспективный анализ, неблагоприятный в связи с поздней диагностикой причин бесплодия и безуспешным консервативным лечением.*

**Ключевые слова:** тазовые перитонеальные спайки, лапароскопия, бесплодие, репродуктивное здоровье.

Проблема спаечного процесса в малом тазу сохраняет свою актуальность, и связано это прежде всего с тем, что частота трубно-перитонеального бесплодия остается достоверно высокой, достигая 40–50% [2]. Хорошо известны основные факторы, приводящие к образованию спаек в малом тазу. К ним относятся: предшествующие операции на органах брюшной полости и органах малого таза (лапаротомия, лапароскопия), воспалительные заболевания придатков матки и наружный генитальный эндометриоз.

Особое место в структуре спаечного процесса занимают тазовые перитонеальные спайки (ТПС) (N73.6), связанные с перенесенными воспалительными заболеваниями придатков матки. В последнее время опубликованы данные о роли ангиогенеза в формировании данного патологического процесса [1].

Нами оценено состояние репродуктивной системы больных с ТПС и бесплодием на основании ретроспективного анализа. Методом простого случайного отбора из 1000 историй болезни пациенток, которым в ГКБ № 79 (Москва) в 2006–2008 гг. проводилось хирургическое лечение лапароскопическим доступом, были отобраны истории болезни с диагнозом: «Бесплодие. Спаечный процесс в малом тазу».

Проведен ретроспективный анализ данных семейного, соматического и репродуктивного анамнеза. Использовали статистическую компьютерную программу SPSS (версия 10.0.7) и Statistica (версия 6.0) for Windows. Достоверность различий полученных результатов определена с помощью парного либо непарного t-теста Стьюдента.

В результате анализа установлено, что встречаемость спаечного процесса в структуре хирургической патологии в отделении оперативной гинекологии составила 72,5% (725 историй болезни).

Для выявления частоты ТПС проанализирована структура причин спаечного процесса с учетом указания в анамнезе на фактор, предполагающий возможность его формирования. При наличии в анамнезе только данных о перенесенных оперативных вмешательствах спайки классифицировали как «послеоперационные», при указании лишь на воспалительные заболевания придатков матки любой

этиологии – как «тазовые перитонеальные спайки», при наличии эндометриоза, диагностированного при лапароскопии, и отсутствии других причин формирования спаечного процесса – как «спайки, связанные с эндометриозом». При указании в анамнезе на несколько вероятных причин спаечного процесса пациенток выделяли в отдельную группу, в которой ведущий фактор установить не удалось.

На основании проведенного анализа лишь в 48,2% случаев оказалось возможным установить единственную причину формирования спаечного процесса в малом тазу, при этом практически у каждой 5-й больной диагностированы ТПС (140 историй болезни). В 27,2% случаев указания в анамнезе на воспалительные заболевания придатков матки сочетались с перенесенными оперативными вмешательствами и наличием эндометриоза.

Для проведения клинико-статистического анализа состояния здоровья в исследование было включено 140 историй болезни пациенток фертильного возраста с ТПС и бесплодием, которым была проведена лапароскопия в отделении реконструктивно-пластической и экстренной гинекологии ГКБ № 79. Все пациентки прошли стандартное обследование, был исключен мужской фактор бесплодия. Контрольную группу составили 30 фертильных женщин, которые поступили в клинику для проведения стерилизации маточных труб лапароскопическим доступом. Диагноз ТПС был подтвержден при лапароскопии.

Возраст обследованных варьировал от 25 до 44 лет (в среднем –  $33,2 \pm 0,4$  года). Все пациентки обратились в клинику с жалобами на бесплодие, из них 54 (38,5%) – с первичным бесплодием, 86 (61,5%) – со вторичным. При первичном бесплодии средняя его длительность составила  $3,6 \pm 0,2$  года, при вторичном –  $3,2 \pm 0,3$  года.

Сведения о репродуктивном анамнезе у пациенток со вторичным бесплодием представлены в табл. 1, из которой видно, что наиболее часто у пациенток с ТПС и бесплодием в анамнезе была 1 беременность, у каждой 4-й женщины – 4 беременности. Количество беременностей не имело достоверной взаимосвязи с возрастом обследуемых. Среднее количество беременностей на 1 пациентку со вторичным бесплодием составило 1,9.

Данные об исходах беременности до наступления вторичного бесплодия у больных были следующими: роды – у 11 (12,8%), медицинский аборт – у 35 (40,7%), самопроизвольный выкидыш – у 7 (8,1%), медицинский аборт+самопроизвольный выкидыш – у 15 (17,4%), роды+самопроизвольный выкидыш – у 10 (11,6%), роды+самопроизвольный выкидыш+медицинский аборт – у 8 (9,4%). Таким образом, у 75 (87,2%) пациенток со вторичным бесплодием и ТПС в анамнезе были указания на искусственное прерывание

Таблица 1

### Репродуктивный анамнез у пациенток со вторичным бесплодием

Количество беременностей	Число пациенток
1	37 (43,1)
2	18 (20,9)
3	5 (5,8)
4	26 (30,2)

*Примечание.* Здесь и в табл 2 – в скобках – %.

беременности (53,5% от всех обследованных). Из них у 25 пациенток со вторичным бесплодием прерывание беременности осложнилось повторным выскабливанием слизистой оболочки полости матки в связи с наличием остатков плодного яйца, а также гистологически подтвержденным диагнозом эндометрита. Очевидно, что фактором риска развития вторичного бесплодия у пациенток с ТПС является прерывание беременности.

Все пациентки были разделены на 4 группы в зависимости от стадии спаечного процесса, диагностированной при лапароскопии (согласно классификации аднексальных спаек Американского общества фертильности – AFS) [4]. Минимальной степени распространения ТПС соответствовала сумма баллов от 0 до 5, средней – 6–10, умеренной – 11–20, тяжелой – 21–32. Распределение пациенток с бесплодием и ТПС в зависимости от степени распространения спаечного процесса представлено в табл. 2.

По данным хромогидротубации, проведенной при лапароскопии (согласно общепринятой методике), маточные трубы были проходимы у 46 (32,8%) пациенток с ТПС, непроходимы – у 94 (67,2%).

Анализ характера бесплодия в зависимости от стадии спаечного процесса у пациенток с ТПС и бесплодием показал, что достоверно чаще пациентки с IV стадией спаечного процесса страдали вторичным бесплодием; существенных различий при анализе бесплодия у пациенток с I–III стадией распространения аднексальных спаек не выявлено.

Все обследованные были правильного телосложения, физическое развитие соответствовало возрастной норме.

Анализ состояния здоровья больных с ТПС и бесплодием показал, что достоверных различий в частоте экстрагенитальных заболеваний у пациенток с различной степенью распространения спаечного процесса в малом тазу не выявлено, как не было и отличий между пациентками с ТПС и обследованными контрольной группы. У пациенток с ТПС наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (в среднем  $39 \pm 3,4\%$ ), на 2-м месте оказались заболевания мочевыделительной системы ( $28 \pm 1,7\%$ ), на 3-м – болезни органов дыхания ( $11,9 \pm 1,7\%$ ).

Семейный анамнез был отягощен у 45 (32,1%) пациенток: по онкологическим заболеваниям – у 21 (41,7%), в том числе желудочно-кишечного тракта – у 5 (3,6%), молочных желез – у 9 (6,4%), легких – у 3 (2,1%) и органов малого таза – у 4 (2,9%); по сердечно-сосудистым заболеваниям – у 12 (8,6%); по заболеваниям желудочно-кишечного тракта – у 9 (6,4%); по сахарному диабету – у 6 (4,3%). Таким

образом, у каждой 3-й пациентки с ТПС соматический семейный анамнез был отягощен.

У 10 (7,1%) пациенток с ТПС и бесплодием отмечен отягощенный аллергологический анамнез (реакция на новокаин, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные препараты, йод, хлорид кальция, глобулины).

Семейный гинекологический анамнез был отягощен у 71 (50,7%) пациентки. Так, у ближайших родственников 31 (22,1%) женщины был диагностирован спаечный процесс в малом тазу или в брюшной полости, в 18 (12,9%) случаях – эндометриоз (аденомиоз, перитонеальный эндометриоз или эндометриоидные кисты яичников), в 14 (10%) – миома матки, в 8 (5,7%) – гиперплазия эндометрия. Таким образом, наиболее часто у пациенток с ТПС в анамнезе были указания на заболевания, патогенез которых, по современным данным, связан преимущественно с нарушением ангиогенеза.

Оценка менструальной функции показала, что возраст наступления менархе в среднем колебался от 12 до 14 лет. Средний возраст менархе у женщин с ТПС и бесплодием практически не отличался от такового в контрольной группе (соответственно  $11,9 \pm 0,25$  и  $12,9 \pm 0,31$  года;  $p \geq 0,05$ ). Зависимости времени наступления менархе от выраженности стадии ТПС не выявлено.

Менструальный цикл установился сразу у большинства обследованных (91,1%). У всех пациенток с ТПС и бесплодием, включенных в исследование, менструальный цикл был регулярным. Продолжительность его у каждой 2-й женщины была в пределах 26–29 дней. Удлиненный цикл отмечен в 30,1%, укороченный (менее 25 дней) – в 25% случаев. В основном продолжительность менструаций была 5 и более дней (у 75% женщин); у 61% обследованных менструации были обильными. Таким образом, существенных отличий у женщин с ТПС и бесплодием от показателей в контрольной группе не отмечено.

Начало половой жизни у пациенток с ТПС и бесплодием относилось к возрасту 18 лет – 21 год без достоверной зависимости от выраженности спаечного процесса. У 93% пациенток половая жизнь была начата вне брака.

Согласно собранному анамнезу, до 3 половых партнеров имели 34 (24,2%) пациентки с ТПС и бесплодием, от 3 до 5 – 71 (50,7%), более 5 – 35 (25%). Это достоверно отличается от данных литературы, согласно которым до 3 половых партнеров имеют 82,5% фертильных женщин, более 5 – всего 3,6% женщин [3]. Таким образом, согласно полученным нами результатам, у большинства пациенток с ТПС и бесплодием количество партнеров составляет от 3 до 5.

Анализ контрацептивного поведения показал, что пациентки с IV стадией ТПС наиболее часто не предохранялись либо использовали прерванный половой акт. Наибольшая частота использования оральных контрацептивов и презервативов отмечена у пациенток с I стадией распространения спаечного процесса. Видимо, это связано с более ответственным отношением к регулированию рождаемости, хотя частота первичного и вторичного бесплодия в данной группе пациенток достоверно не отличалась. Пациентки с IV стадией ТПС достоверно реже использовали эстроген-гестагенные препараты, что, возможно, было связано с указаниями в анамнезе на преимущественно вторичное бесплодие в этой группе женщин.

Ритм-метод в среднем применяла каждая 10–12-я женщина с II–III стадией ТПС, частота использования спер-

Таблица 2

**Распределение пациенток с бесплодием и ТПС в зависимости от стадии спаечного процесса**

Степень распространения аднексальных спаек (AFS, 1988)	Число пациенток
Минимальная	15 (10,7)
Средняя	18 (12,9)
Умеренная	42 (30,0)
Тяжелая	65 (46,4)
Всего	140 (100)

мицидов во всех группах была низкой. Отметим, что только при III и IV стадиях ТПС до момента планирования беременности соответственно у 3,3 и 6,5% пациенток были указания в анамнезе на использование внутриматочной спирали (ВМС). Среди пациенток с I и II стадиями указаний на ношение ВМС не было. Возможно, это также связано с высокой частотой вторичного бесплодия у больных с IV стадией ТПС.

У всех 100% обследованных в анамнезе было указание на воспалительные заболевания органов малого таза.

Анализ анамнестических данных о наличии заболеваний, передаваемых половым путем, у обследованных показал, что у 42 (30%) пациенток диагноз хламидийной инфекции был установлен случайно, при проведении обследования по поводу бесплодия. Это совпадает с данными литературы о том, что в большинстве случаев данное заболевание протекает бессимптомно [5].

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наличие ТПС у пациенток с бесплодием наиболее часто сочетается при III и IV стадиях спаечного процесса с указаниями в анамнезе на перенесенную хламидийную инфекцию, однако частота последней достоверно не отличается от таковой воспаления придатков матки неспецифической или неуточненной этиологии.

У пациенток с I и II стадиями распространения спаечного процесса в малом тазу наиболее часто регистрировали воспалительные заболевания неспецифической или неуточненной этиологии, однако практически у каждой 8-й женщины в анамнезе была хламидийная или гонококковая инфекция. Наиболее частое сочетание специфических инфекций выявлено у пациенток с IV стадией спаечного процесса (9,2%). Достоверных различий в частоте хламидийной инфекции в анамнезе у пациенток с III и IV стадиями ТПС не выявлено.

У пациенток с ТПС и бесплодием максимально часто в анамнезе встречались воспалительные заболевания придатков матки неспецифической или неуточненной этиологии (55,9). Частота гонококковой инфекции составляла в среднем 8,8% (в 4 раза ниже, чем частота хламидийной инфекции).

Достоверных различий в давности перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза у обследованных разных групп с ТПС и бесплодием не выявлено; она составляла от 3 до 8 лет (средняя продолжительность ремиссии – 3,7 года).

Таким образом, ретроспективный анализ выявил высокую частоту спаечного процесса в структуре хирургической патологии при бесплодии (72,5%); при этом ТПС выявлен у каждой 5-й пациентки, обратившейся по поводу бесплодия. Это определяет актуальность разработки новых

методов профилактики и лечения. Наиболее часто при проведении лапароскопии по поводу бесплодия диагностируется III–IV стадия спаечного процесса, что требует адекватной подготовки хирурга и оснащения стационара.

Анализ состояния здоровья пациенток показал, что наиболее часто в структуре соматической патологии преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта и органов мочевыделительной системы. У каждой 3-й женщины был отягощен семейный анамнез (в половине случаев – по онкологическим заболеваниям).

Особенностью репродуктивного анамнеза было преобладание вторичного бесплодия, при этом в 87,2% случаев отмечены указания на искусственное прерывание беременности. Умеренная и тяжелая степени спаечного процесса наиболее часто сочетаются в анамнезе с указанием на перенесенную хламидийную инфекцию, при этом у половины пациенток с ТПС преобладают воспалительные заболевания придатков матки неуточненной или неспецифической этиологии.

Полученные данные свидетельствуют о том, что преобладающее большинство направленных на оперативное лечение пациенток с бесплодием и ТПС имели неблагоприятный прогноз восстановления репродуктивной функции в связи с поздней диагностикой причин бесплодия и безуспешным консервативным лечением.

## Литература

1. Бурлев В.А., Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С. Перитонеальные спайки: от патогенеза до профилактики // Проблемы репродукции. – 2009; 3: 36–44.
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Гаспаров А.С. Гинекология. – М.: МИА, 2005. – С. 133..
3. Хилькевич Е.Г. Клиника, диагностика и современные технологии в лечении бесплодия у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий: дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2005. – 227 с.
4. American Fertility Society (1988) The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions // Fertil. Steril. – 1988; 49: 944–955.
5. Stamm W. Chlamydia trachomatis infections of the adult // Holmes K.K., Sparling P.F., Mardh P.-A., et al. Sexually transmitted diseases. 3rd ed. – New York, NY: McGraw-Hill, 1999: 407–422.

### THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN PATIENTS WITH PELVIC PERITONEAL ADHESIONS AND INFERTILITY

*E. Dubinskaya, Candidate of Medical Sciences; Professor A. Gasparov, MD; S. Nazarov, M. Dorfman*

*Russian University of Peoples' Friendship, Moscow*

*Reproductive analysis has indicated that the prognosis for recovery of reproductive function is poor in most patients with pelvic peritoneal adhesions and infertility due to the late diagnosis of infertility causes and to ineffective medical treatment.*

**Key words:** pelvic peritoneal adhesions, laparoscopy, infertility, reproductive health.