

А.А. ВАСЮХИНА

Самарский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН,
СТРАДАЮЩИХ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ
БЕСПЛОДИЕМ**

Научный руководитель – д.м.н, доцент Р.Б. Балтер

В работе проведено исследование состояния гинекологического и соматического здоровья женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, планирующих ЭКО.

Ключевые слова: менструальный цикл, эндометрий, хронический эндометрит, трубно-перитонеальное бесплодие.

A.A. VASYUHINA

**ASSESSMENT OF THE HEALTH STATUS OF WOMEN WITH
TUBAL-PERITONEAL INFERTILITY**

This paper observes the study of gynecological status and physical health of women with tubal-peritoneal infertility planning IVF.

Keywords: menstrual cycle, endometrium, chronic endometritis, tubal-peritoneal infertility.

В литературе последних лет широко обсуждается механизм формирования недостаточности эндометрия, связанный с имевшими место воспалительными заболеваниями как в самой матке, так и в других органах репродуктивной системы. До последнего времени считалось, что полость матки стерильна, в связи с чем микробному фактору при хроническом эндометрите не придавалось должного значения. Однако современные исследования подтвердили высокий риск восходящего инфицирования при наличии в половых путях условно-патогенных микроорганизмов

из группы факультативно-анаэробных бактерий (эшерихии, протей, золотистый стафилококк) и анаэробных бактерий типа гарднерелл, бактероидов и вибрионов^{1,2,3}. Кроме того, в литературе имеются сведения о персистенции

¹ Никонов А.П., Асатурова О.Р., Чилова Р.А., Ищенко А.И., Рафальский В.В. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство по диагностике и антиинфекционной химиотерапии // http://lib.eit.kg/index.php/book/show_book/729 (электронная библиотека).

² Петров Ю.А. Хронический эндометрит в репродуктивном возрасте: этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика // Дис. ... д-ра мед. наук. Москва. 2012. С. 248.

³ Hartog J.E., Morre S.A., Land J.A. Chlamydia trachomatis associated tubal factor subfertility: immunogenetic aspects and serological screening / Human Reprod. Update. – 2006. Vol. 12. №6. P. 719-730.

в эндометрии более 20 видов микроорганизмов условно-патогенной группы⁴. При этом отмечено, что только у 14% женщин выделяются монокультуры, у остальных присутствуют ассоциации 2-6 видов микроорганизмов^{5,6,7}.

Формирование трубно-перитонеального бесплодия также связывают с наличием персистирующей или перенесенной инфекции в малом тазу и маточных трубах и соответственно – с возможностью обсеменения эндометрия микроорганизмами, что впоследствии также может привести к формированию хронического эндометрита^{8,9}.

Предполагается, что в ответ на «персистирующую» инфекцию запускается иммунный ответ с реакцией гиперчувствительности замедленного типа, что в дальнейшем приводит к невынашиванию беременности или нарушениям процесса имплантации¹⁰.

Цель исследования – анализ состояния здоровья женщин, страдающих трубно-перитонеальным бесплодием для выделения факторов, способству-

ющих развитию нарушений репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели нами были обследованы 98 женщин, страдающих трубно-перитонеальным бесплодием и планирующих ЭКО за период с сентября 2014 по март 2015 года.

Критериями включения в группу являлось наличие подтвержденного трубно-перитонеального бесплодия, связанного с непроходимостью маточных труб, при наличии овуляторного менструального цикла. Критериями исключения являлись другие или сочетанные с трубно-перитонеальным формами бесплодия – наличие иммунологических, эндокринных нарушений или эндометриоза.

Возраст женщин в группе колебался от 25 до 35 лет и составил 27,9 года.

Необходимо отметить, что на все приведенные ниже исследования нами было получено письменное информированное согласие каждой женщины.

Для объективной оценки состояния здоровья женщин нами был проанализирован индекс массы тела, который свидетельствовал о том, что ни у одной женщины в группах не было выраженного ожирения, с индексом массы тела более 40. Половина пациенток имела нормальный индекс массы тела. Повышенная масса тела, доходившая до умеренного ожирения, регистрировалась у 38 (38,8%) женщин.

Далее нами были проведены исследования анамнестических указаний на соматическую патологию, которая могла оказать влияние на

⁴ Шляпников М.Е., Линева О.И., Федорина Т.А. Постеродовый эндомиометрит: факторы риска, этиология, диагностика, лечение // Самарский медицинский журнал. – 2008. №1. С. 34-42.

⁵ Котиков А.Р. Патологическая анатомия и иммуногистохимический анализ эндометрия женщин с бесплодием неясного генеза и привычным невынашиванием беременности при хроническом эндометрите // Дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск. – 2005. С. 182.

⁶ Кулаков В.И., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит // Гинекология. 2005. Том 7. №5-6. С. 302-304.

⁷ Хачатрян Н.А., Кречетова Л.В., Тетрушвили Н.К. Лимфоцитоиммунотерапия в коррекции аллоиммунных нарушений при привычном выкидыше // Акушерство и гинекология. – 2014. №1. С. 9-14.

⁸ Кулавский В.А., Мустафина В.А., Габдулхакова А.Ф. Хронический эндометрит // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. – Красноярск. 2007. Вып. 14. С. 283-290.

⁹ Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Перминова С.Г. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин // Гинекология. – 2004. Том 6. №6. С. 5-10.

¹⁰ Сидельникова В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // Акушерство и гинекология. – 2007. №5. С. 24-27.

формирование и реализацию репродуктивной функции.

Анализ соматической патологии указывал на то, что практически все женщины в группе перенесли детские инфекции (100%), достаточно высока была частота острых респираторных вирусных заболеваний (с частотой более 2 раз в год их отметили 43,8% женщин). Часть пациенток указали на перенесенные заболевания почек и мочевыделительной системы (6,1%). На патологию системы пищеварения указали 6,1% женщин. Патологию сердечно-сосудистой системы (речь идет в подавляющем большинстве случаев о варикозной болезни I степени) имели в анамнезе 17,3% женщин.

На оперативные вмешательства на органах брюшной полости указывали 22 (22,4%) женщины. Из них аппендэктомия составила 14 (14,3%), у 8 (8,1%) женщин была проведена холецистэктомия.

Отметим, что на каждую женщину в группе приходилось по 2,6 заболевания.

В период обследования нами в рамках подготовки к ЭКО также оценивалось наличие экстрагенитальных заболеваний. Для этого каждую из них консультировал терапевт и при выявлении показаний – узкий профильный специалист. Было установлено, что у женщин группы регистрировались такие заболевания, как патология системы пищеварения (преимущественно хронический гастрит вне обострения) – 1,0%, патология сосудистой системы (варикозная болезнь I степени, не требующая хирургического лечения) – 17,3%, остеохондроз различных отделов позвоночника

– 37,7%, неярко выраженный метаболический синдром, который проявлялся преимущественно повышением индекса массы тела без нарушения при этом гормональной функции яичников – 17,3%.

Таким образом, соматических заболеваний, которые препятствовали бы проведению ЭКО и вынашиванию последующей беременности, выявлено не было.

Далее, согласно протоколу обследования, нами были оценены параметры менструальной функции и гинекологического здоровья женщин.

Анализ менструальной функции свидетельствовал о том, что практически у всех женщин менархе было близко к среднероссийским показателям и составило 14,7 года.

Анализ характера становления менструальной функции свидетельствовал о том, что у всех женщин менструальный цикл установился в первые полгода от начала менархе, менструации были регулярными.

У большинства пациенток менструальное кровотечение было умеренным (65,3%) и продолжалось 4-6 дней.

Скудные кровотечения продолжительностью менее 3 дней отметили 6,1% женщин в группе.

Далее нами была оценена продолжительность менструального цикла, которая имела значение в реализации протокола ЭКО и стимуляции суперовуляции.

Отметим, что у подавляющего большинства обследуемых женщин длительность менструального цикла была идеальной, что позволяло уменьшить риски реализации протокола ЭКО. В то же время встреча-

лись женщины с коротким менструальным циклом – 18,3% и длинным (более 33 дней) менструальным циклом – 9,1% соответственно.

Далее нами были оценены показатели нарушения менструального цикла. Было установлено, что наиболее частой формой нарушения являлась альгодисменорея (21,4%), наименее часто определялись такие состояния, как гипоменорея (9,2%).

Переходя к описанию гинекологической патологии женщин, необходимо еще раз отметить, что в начале обследования все эти женщины имели подтвержденный диагноз «трубно-перитонеальное бесплодие» и проходили подготовку к ЭКО.

В связи с изложенным, особого внимания заслуживали анамнестические указания на перенесенные гинекологические заболевания как возможная причина имеющегося бесплодия. Отметим, что у 51 (52,0%) пациентки – бесплодие было вторичным.

Репродуктивный анамнез женщин с вторичным бесплодием свидетельствовал о том, что на каждую женщину приходилось в среднем по $0,65 \pm 0,2$ беременности.

Исходы беременностей были следующими: завершились медицинскими абортами 47,1%, ранним самопроизвольным выкидышем 58,8%. Следует отметить, что в группе были женщины, у которых имелись указания как на самопроизвольный аборт, так и на искусственный аборт. Последовательность этих состояний не имела достоверно значимых различий.

Следует отметить, что почти половина женщин, имевших в анамне-

зе беременности (16,3% от общего числа женщин в группе), указывали на осложненное течение прерывания беременности – кровотечение, требующее повторного хирургического вмешательства, и/или присоединение воспалительного процесса.

У тех женщин, чья предыдущая беременность закончилась родами, нами был проанализирован характер течения беременности и особенности течения родов. Необходимо отметить, что наиболее частым осложнением беременности женщины считали угрозу прерывания беременности, по поводу которой каждая вторая женщина была госпитализирована. Среди других осложнений женщины называли многоводие (1,0%) и отеки беременных (1,0%).

Что касается непосредственно родов, то они у всех женщин с вторичным бесплодием протекали через естественные родовые пути, однако в послеродовом периоде 2,0% женщин в группе указывали на раннее послеродовое кровотечение, а 4,0% – на послеродовый эндометрит, по поводу которого в послеродовом периоде женщины получали лечение в условиях гинекологического стационара. Кроме описанного ранее, 26 (26,5%) женщин указали на перенесенное хирургическое вмешательство на органах репродуктивной системы. Одностороннюю тубэктомия по поводу внематочной беременности перенесли 14 (14,3%) пациенток. Тубэктомия с частичной резекцией яичника по поводу образовавшегося сактосальпинкса перенесли 10 (10,2%) женщин. И, наконец, по по-

воду апоплексии яичника были оперированы 2 (2,0%) пациентки.

Проведенный далее анализ перенесенной гинекологической патологии, которая также могла послужить основной причиной развития трубно-перитонеального бесплодия, показал, что наиболее частой патологией, на которую указывали женщины, были воспалительные заболевания того или иного отдела половой системы – 59 (60,2%) женщин, на втором месте стояла патология шейки матки – 62 (63,3%) пациентки, значительно реже регистрировались опухолевые процессы яичников – 11 (11,2%) женщин.

Учитывая тот факт, что в перечне перенесенных заболеваний наибольшее число принадлежит воспалительным процессам органов репродуктивной системы, кроме того, у подавляющего большинства женщин в анамнезе имели место инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, мы в рамках стандартного обследования провели исследование влагалищных мазков и бакпосевов из цервикального канала для исключения инфекционных агентов. Отметим, что в процессе подготовки к ЭКО все женщины были обследованы методом ПЦР: инфекций ни у одной пациентки выявлено не было.

При проведении исследования мазков на степень чистоты влагалищного содержимого, нами было установлено, что у 48 (48,9%) женщин имелось достаточно высокое содержание лейкоцитов (более 30). Следует отметить, что забор мазков мы старались осуществлять в одну фазу менструального цикла, чтобы циклические гормональные изме-

нения не влияли на результаты обследования.

Отметим, что значительной вариабельности в показателях содержания лейкоцитов выявлено не было. У большинства женщин их число варьировалось от 31 до 40 и присутствовала смешанная флора (48,9% женщин). Выраженная лейкорея при числе лейкоцитов более 40 наблюдалась у каждой десятой женщины (11,2%).

У этих же женщин присутствовала преимущественно кокковая флора при отсутствии лактобацилл.

Далее, при анализе результатов бактериологического исследования – качественного и количественного состава содержимого цервикального канала и влагалища, было выделено 488 штаммов микроорганизмов. Распределение по роду микроорганизмов показало, что 21,1% штаммов были представлены аэробами, 78,8% анаэробами и анаэробно-аэробными ассоциациями. При этом соотношение анаэробов/аэробов составило 1,6:1.

Было установлено, что среди анаэробов доминировали бактероиды, которые высевались в 100% случаев, в среднем количестве 8,35 lg КОЕ/мл. Пептострептококки выделены в 41,8% в количестве 2,36 lg КОЕ/мл. Лактобактерии обнаруживались в 2,62 lg КОЕ/мл соответственно. Пропиобактерии выделены у 34,7% женщин в количестве 1,61 lg КОЕ/мл.

Среди аэробов наиболее часто выявляли коринебактерии в 65,3% случаев в количестве 2,25 lg КОЕ/мл. Стафилококки были обнаружены в 60,2%, стрептококки в 31,6% случаев в средних количествах 1,12

Ig КОЕ/мл и 1,09 Ig КОЕ/мл соответственно. Энтерококки выявлены в 50,0% случаях в значительных количествах 1,39 Ig КОЕ/мл.

Выводы. Изложенное выше свидетельствует о том, что трубно-перитонеальное бесплодие сопровождается определенными изменениями микрофлоры как влагалища, так и цервикального канала и проявляется присутствием большого числа анаэробных бактерий, снижением лактобактерий и широким видовым ассортиментом различных микроорганизмов, от-

носящихся в том числе и к условно патогенной флоре.

Таким образом, проведенное нами исследование подтверждает, что у женщин бесплодие развивалось на фоне перенесенной гинекологической патологии преимущественно воспалительного характера. У всех женщин имелись нарушения микробиоценоза, обусловленного как перенесенной инфекцией, так и применением антибактериальной терапии в процессе санации очагов инфекции в репродуктивной системе.