

Современный взгляд на проблему трубно-перитонеального бесплодия

Д.м.н., проф. А.Л. УНАНЯН, Ю.М. КОССОВИЧ

В статье рассматриваются причины формирования и методы лечения трубно-перитонеального бесплодия. Консервативное лечение предусматривает проведение антибактериальной, иммуномодулирующей, антифиброзирующей терапии и физиотерапии. Авторами отмечается роль препарата Лонгидаза® 3000 МЕ, применение которого способствует быстрому и эффективному уменьшению выраженности спаечного процесса, обусловленного хроническим воспалением. При проведении оперативного вмешательства по возможности рекомендуется использовать лапароскопические методы.

Трубно-перитонеальный фактор является в настоящее время ведущей причиной женского бесплодия, составляя, по данным разных авторов, от 20 до 72% [1–3]. Несмотря на достижения современной медицины, трубно-перитонеальное бесплодие до сих пор остается одним из тяжелейших патологических состояний с учетом трудности его диагностики и лечения, а также возможности восстановления репродуктивной функции. Основными причинами формирования трубно-перитонеального бесплодия являются:

- перенесенные ранее воспалительные заболевания органов малого таза специфической и неспецифической природы, из которых наибольшее значение имеют хламидийная, гонорейнная, микоплазменная и трихомонадная инфекции [4, 5];
- различные внутриматочные манипуляции (искусственное прерывание беременности, раздельное диагностическое выскабливание эндометрия и эндоскопия, гистероскопия с удалением полипов эндометрия или субмукозных миоматозных узлов и др.);

- послеродовые и постабортные осложнения травматического и воспалительного генеза;
- перенесенные ранее оперативные вмешательства на органах малого таза (резекция яичника, консервативная миомэктомия, тубэктомия, перевязка маточных труб) и брюшной полости, особенно выполненные по экстренным показаниям из традиционного лапаротомного доступа и осложнившиеся развитием перитонита (например, аппендэктомия) [6–8].

Повреждение брюшной полости во время хирургического вмешательства и последующее развитие асептического воспаления приводят к отложению фибрина в зоне операционной раны с локальной активацией фибринолиза и протеолиза, что в конечном итоге способствует рассасыванию первичных фибриновых отложений без формирования спаек. При развитии послеоперационной инфекции воспалительно-дистрофический процесс затягивается, что не дает рассасываться фибриновым образованиям и способству-



ет избыточной локальной продукции коллагена с формированием мощных соединительнотканых сращений – спаек. Выраженность спаечного процесса в малом тазу прямо зависит от степени распространения спаек в брюшной полости, которая в основном определяется объемом и типом проведенного хирургического вмешательства. В связи с этим с целью профилактики развития спаечного процесса в брюшной полости следует стремиться к минимизации операционного вмешательства, отдавая предпочтение лапароскопическому способу (особенно при проведении плановых оперативных вмешательств на органах малого таза у женщин репродуктивного возраста).

Лечение трубно-перитонеального бесплодия включает консервативные и оперативные методы, применяемые последовательно или в сочетании друг с другом. Консервативное лечение трубно-перитонеального бесплодия предусматривает проведение противовоспалительной антибактериальной, иммуномодулирующей, антифиброзирующей терапии и физиотерапии. При обнаружении инфекций, передающихся половым путем, и/или морфологически верифицированном диагнозе хронического эндометрита терапия должна быть комплексной, этиопатогенетической и направленной на полную элиминацию выявленных возбудителей. Иммуномодулирующая терапия является неотъемлемой составляющей частью лечения трубно-перитонеального бесплодия, поскольку хронические воспалительные процессы органов малого таза всегда сопровождаются иммунологическими нарушениями, что требует обязательной коррекции.

Физиотерапевтические методы при трубно-перитонеальном бесплодии могут включать:

- лекарственный электрофорез с применением солей йода, магния и кальция, ферментных препаратов и биогенных стимуляторов (ежедневно, всего 10–15 процедур);

- ультрафонофорез с использованием в качестве контактных сред препаратов лидазы, гиалуронидазы, ихтиола, масляных растворов витамина Е и йодида калия, индометациновой, гепариновой и троксевазиновой мази (ежедневно, всего 15 процедур), причем в зависимости от преимущественной локализации спаечного процесса в малом тазу существует возможность воздействовать вагинальным электродом через задний или боковые своды влагалища;

- электростимуляция матки и придатков с использованием вагинального электрода, вводимого в задний свод влагалища, и плоского электрода площадью не менее 150 см², располагаемого на крестце (10–12 процедур, начиная с 5–7-го дня менструального цикла, ежедневно по 5–6 минут с частотой импульсов 12,5 Гц);

- КВЧ-терапия с целью улучшения гемодинамики в сосудистом бассейне малого таза через месяц после хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия, начиная с 5–7-го дня менструального цикла (3 раза в день с 2-часовыми перерывами, всего 30 процедур);

- гинекологические орошения с применением различных минеральных вод при температуре 37–38 °С в течение 10–15 минут (через день, всего 12 процедур);

- гинекологический массаж (ежедневно, всего 20–40 процедур);

- грязевые аппликации на «триггерную» зону или грязевые влагалищные тампоны при температуре 38–42 °С в течение 30–40 минут (через день или 2 дня подряд с перерывом на 3-й день, всего 10–15 процедур);

- абдоминально-влагалищный вибромассаж с целью повышения проницаемости клеточных мембран и усиления тканевого обмена, что способствует улучшению кровотока, лимфооттока и трофики тканей при одновременной профилактике возникновения спаечного процесса

Лонгидаза® – это конъюгат гиалуронидазы с высокомолекулярным носителем – азоксимера бромидом, лишенный вследствие этого антигенных свойств, а также аллергизирующего, эмбриотоксического, тератогенного и канцерогенного эффектов, характерных для гиалуронидазы.

и разрыве ранее образовавшихся спаек (ежедневно, всего 10–12 процедур).

Одним из вариантов антифиброзирующей терапии является общее и местное применение различных лекарственных препаратов с рассасывающим эффектом – биостимуляторов, ферментов и глюкокортикостероидов (гидрокортизон) в виде тампонов, а также гидротубации. К сожалению, клинический опыт применения гидротубации в качестве метода местного лечения трубно-перитонеального бесплодия продемонстрировал недостаточную эффективность и высокую частоту возникновения различных осложнений. Среди них чаще всего наблюдается обострение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза с нарушением функциональной способности клеток эндосальпинкса и развитием гидросальпинкса, что значительно снижает перистальтическую активность маточных труб и нарушает транспорт по ним гамет.

Применение протеолитических ферментов в условиях хронического воспаления при трубно-перитонеальном бесплодии направлено на облегчение проникновения антибактериальных препаратов в ткани и активации их действия в очаге воспаления, а также подавление патологического роста соединительной ткани [9, 10]. Механизм их действия связан с влиянием на вторичные внутриматочные соединительноткан-



Лонгидаза® регулирует синтез медиаторов воспаления, что определяет умеренное противовоспалительное действие препарата, а также способность вызывать обратное развитие сформировавшейся патологической соединительной ткани (фиброза, спаек, склеротических образований).

ные изменения, формирующиеся вследствие длительной персистенции инфекционного агента с последующей активацией процессов фиброобразования и нарушением кровоснабжения ткани.

Наиболее универсальным общепризнанным средством воздействия на соединительную ткань является фермент гиалуронидаза, а его оптимальной лекарственной формой – препарат Лонгидаза®. Лонгидаза® – это конъюгат гиалуронидазы с высокомолекулярным носителем – азоксимера бромидом, лишенный вследствие этого антигенных свойств, а также алергизирующего, эмбриотоксического, тератогенного и канцерогенного эффектов, характерных для гиалуронидазы [11]. Препарат Лонгидаза® регулирует (повышает или снижает, в зависимости от исходного уровня) синтез медиаторов воспаления (интерлейкин-1 и фактор некроза опухоли альфа), что определяет его умеренное противовоспалительное действие. Описанные свойства обуславливают высокий терапевтический эффект препарата, его способность не только тормозить развитие продуктивной фазы воспаления, но и вызывать обратное развитие сформировавшейся патологической соединительной ткани (фиброза, спаяк, склеротических образований). Это позволяет применять Лонгидазу во время и после хирургического лечения с целью профилактики грубого рубцевания и спаечного процесса. Лонгидаза® 3000 МЕ для инъекций рекомендуется для

внутримышечного, подкожного (вблизи места поражения или под рубцово-измененные ткани) применения курсом от 5 до 15 введений (в зависимости от тяжести заболевания) с интервалом между ними 3–5 дней. Суппозитории Лонгидаза® 3000 МЕ рекомендуются для вагинального и ректального применения курсом до 10 введений, с интервалом в 2 дня. Дальнейшая схема введения корректируется в зависимости от тяжести, стадии и длительности заболевания. Побочных эффектов на фоне применения препарата по указанным схемам и в указанных дозах отмечено не было.

Одновременно с терапией трубно-перитонеального бесплодия проводят лечение выявленной сопутствующей гинекологической патологии – миомы матки, эндометриоза, поликистозных яичников – согласно установленным нормативам. При неэффективности консервативного лечения в течение года или подозрении на наличие непроходимости маточных труб как причины трубно-перитонеального бесплодия показано хирургическое лечение. На сегодняшний день методом выбора является лапароскопия с возможностью выполнения адгезиолиза и реконструктивных микрохирургических операций [6, 12].

Пациенткам с III стадией распространения спаечного процесса и/или пролиферативными процессами репродуктивной системы (миома матки, опухоли яичников, эндометриоз, гиперплазия эндометрия) с целью нормализации менструально-овариальной функции, дополнительно нарушенной хроническим воспалительным процессом, рекомендуют применение низкодозированных монофазных комбинированных оральных контрацептивов в течение 3–6 месяцев после операции. Если при последующей проверке выясняется, что проходимость маточных труб восстановлена, женщинам разрешается половая жизнь без предохранения под контролем ультразвукового мониторинга фолликулогенеза в течение 6–12 месяцев

[4]. В отсутствие самостоятельного наступления беременности в течение 6 месяцев регулярной половой жизни прибегают к стимуляции овуляции и/или внутриматочной инсеминации общей продолжительностью до полугода. При неэффективности эндоскопических и дополняющих их вспомогательных методов лечения трубно-перитонеального бесплодия в течение года или при отсутствии установленной перспективности выполнения любых реконструктивно-пластических операций (в случае отсутствия маточных труб или при их глубоких анатомических изменениях, особенно в истмическом и интерстициальном отделах) показано проведение экстракорпорального оплодотворения [13]. Следовательно, общая продолжительность лечения трубно-перитонеального бесплодия с применением консервативных и хирургических методов не должна превышать 2 лет, после чего, при сохраняющейся инфертильности, пациенток рекомендуют направлять на экстракорпоральное оплодотворение [14]. В послеоперационном периоде вне зависимости от тяжести спаечного процесса необходимо проводить курс антифиброзирующей терапии препаратом Лонгидаза®, который способствует быстрому и эффективному удалению спаек, обусловленных хроническим воспалением.

Таким образом, трубно-перитонеальное бесплодие требует ранней диагностики и поэтапной продолжительной реабилитации после перенесенного оперативного лечения. Одним из наиболее эффективных способов сохранения репродуктивной функции является профилактика развития трубно-перитонеального бесплодия, заключающаяся в предупреждении и своевременном лечении воспалительных заболеваний органов малого таза, рациональном ведении родов и послеродового периода, проведении реабилитационных мероприятий в ближайшие сроки после перенесенных гинекологических операций. ◻