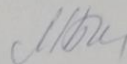


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор

Базина М.И.



РЕФЕРАТ

Трубно-перитонеальное бесплодие

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»
клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Трубно-перитонеальное бесплодие»
от 2018 года

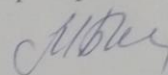
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиологичность данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Трубно-перитонеальное бесплодие» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

- I. Введение
- II. Этиология и патогенез трубного и перитонеального бесплодия
- III. Формы трубного и трубно-перитонеального бесплодия
- IV. Диагностика трубного и перитонеального бесплодия
- V. Лечение трубного и перитонеального бесплодия
- VI. Профилактика ТПБ
- VII. Заключение
- VIII. Список используемой литературы.

1. Введение

Инфертильность, то есть неспособность иметь потомство, является тяжелым состоянием, нарушающим социальную и психологическую адаптацию человека, влияющим на его здоровье и качество жизни. В силу этого бесплодие в семье остается одной из важнейших медицинских и государственных проблем.

Трубно-перитонеальный фактор является в настоящее время ведущей причиной женского бесплодия, составляя, по данным разных авторов, от 20 до 72%. 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.

Трубное бесплодие обуславливают анатомофункциональные нарушения маточных труб, перитонеальное — спаечный процесс в области малого таза. Из-за их частого сочетания у одних и тех же больных данную форму женской инфертильности часто обозначают одним термином — трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ).

2. Этиология и патогенез трубного и перитонеального бесплодия

Причиной непроходимости маточных труб могут быть как их функциональные расстройства, так и органические поражения.

К функциональным расстройствам маточных труб относят нарушения их сократительной активности (гипертонус, гипотонус, дискоординацию) без очевидных анатомоморфологических изменений.

Органические поражения маточных труб имеют визуально определяемые признаки и характеризуются непроходимостью на фоне спаек, перекрутов, перевязки (при ДХС), сдавлении патологическими образованиями и др.

К нарушению функции маточных труб приводит:

- гормональный дисбаланс (в особенности на фоне нарушения синтеза женских половых стероидов и гиперандрогениях различного происхождения);
- стойкие отклонения в симпатoadреналовой системе, провоцируемые хроническим психологическим стрессом по поводу бесплодия;
- локальное накопление биологически активных веществ (простагландинов, тромбксана А₂, ИЛ и др.), усиленно образующихся при хронических воспалительных процессах в области матки и придатков, провоцируемых персистирующей инфекцией или эндометриозным процессом.

Причинами органических поражений маточных труб и перитонеальной формы бесплодия служат, как правило, перенесённое ВЗОМТ, оперативные вмешательства на

матке, придатках, кишечнике (в том числе аппендэктомия), инвазивные диагностические и лечебные процедуры (ГСГ, кимопертубация, гидротубация, диагностические выскабливания), воспалительные и травматические осложнения после абортов и родов, тяжёлые формы наружного генитального эндометриоза.

3. Формы трубного и трубно-перитонеального бесплодия

Трубное бесплодие — возникает при отсутствии или непроходимости маточных труб или при их функциональной патологии — нарушении сократительной деятельности маточных труб (дискоординация, гипо- и гипертонус).

Этиология:

- воспалительные процессы гениталий;
- оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза (миомэктомия, резекция яичников, перевязка маточных труб);
- послеродовые осложнения (воспалительные и травматические);
- наружный эндометриоз;
- генитальные инфекции (хламидийная, гонорейная, микоплазменная, трихомонадная (герпетическая, цитомегаловирусная и др.).

Чаще всего органическая непроходимость маточных труб обусловлена инфекциями, передаваемыми половым путем.

Урогенитальный хламидиоз вызывает воспалительный процесс в трубах и приводит к их окклюзии, что сопровождается деструкцией фимбрий и развитием гидросальпинкса, а воспалительная реакция вокруг труб приводит к уменьшению их подвижности, препятствующему нормальному захвату и продвижению яйцеклетки.

Neisseria gonorrhoeae вызывает развитие слипчивого процесса и появление спаек в малом тазу.

Микоплазмы обладают временной способностью адсорбироваться на клетках, прикрепляться к головке или средней части сперматозоида, изменяя его подвижность.

Уреаплазма может проникать в верхние отделы половой системы с помощью носителей — сперматозоидов, вызывать сужение или облитерацию труб; указанные возбудители прикрепляются к клеткам мерцательного эпителия, оказывают на него токсическое действие, нарушая продвижение яйцеклетки в полость матки; уреаплазмы также уменьшают подвижность сперматозоидов, ингибируют их пенетрацию в яйцеклетку. Вирусы вызывают ослабление местного иммунитета с активацией интеркуррентной инфекции.

Перитонеальное бесплодие — это бесплодие, обусловленное спаечным процессом в области придатков матки. Частота перитониального бесплодия составляет 40 % всех случаев женского бесплодия. Перитонеальная форма бесплодия возникает в результате воспалительных заболеваний внутренних половых органов, оперативных вмешательств, наружного эндометриоза.

При этом наблюдаются морфологические изменения труб: очаги склерозирования их стенки, чередующиеся с очагами лимфоцитарной инфильтрации диффузного характера; выявляются хронический васкулит, дискомплектация мышечных волокон, редукция капилляров, артериосклероз, варикозное расширение венул; отмечаются дистрофические изменения нервных волокон, деформация просвета трубы с образованием микрокист, дивертикулов, отложением солей извести в слизистой оболочке маточных труб.

У больных с эндометриозом наряду с патологией оогенеза в яичниках и выявлением дегенеративных ооцитов создаются неблагоприятные интраперитонеальные условия для гамет и эмбриона. Перитонеальная жидкость при эндометриозе содержит повышенное количество Т-клеток, продуцирующих у-интерферон, и активированных макрофагов, что препятствует репродуктивным процессам. При эндометриозе нарушается захват яйцеклетки маточной трубой сразу после овуляции и транспорт гамет и эмбриона по маточной трубе; это обусловлено изменениями функциональной активности труб вследствие гиперпродукции эндометриоидными очагами простагландина F2a. Бесплодие при эндометриозе может быть первичным и вторичным как при ановуляции и недостаточности желтого тела, так и при нормальном двухфазном цикле.

У больных с перитонеальным эндометриозом и бесплодием на эпителиоцитах эндометрия в позднюю секреторную фазу обнаружены многочисленные ворсинки и реснички. Сохранение микроворсинчатого покрова отражает недостаточность секреторной трансформации эндометрия вследствие недостаточности лютеиновой фазы при этом заболевании. Нарушение секреторной трансформации и связанная с этим деформация микрорельефа эпителиоцитов эндометрия при эндометриозе могут приводить к невынашиванию беременности или бесплодию. Микроворсинки и реснички являются препятствием для полноценной nidации оплодотворенной яйцеклетки в полости матки, что приводит к прерыванию беременности в ранние сроки.

Функциональная патология маточных труб встречается при:

- ♦ психоэмоциональной неустойчивости;
- ♦ хроническом стрессе;
- ♦ изменении синтеза половых гормонов (особенно их соотношения), нарушении функций коры надпочечников и симпато-адреналовой системы, гиперандрогении;

- ♦ уменьшении синтеза простагландинов;
- ♦ увеличении метаболизма простациклина и тромбксана;
- ♦ воспалительных процессах и операциях на органах малого таза.

4. Диагностика трубного и перитонеального бесплодия

Для диагностики ТПБ прежде всего имеет значение анамнез: указание на перенесённые ИППП и хронические воспалительные заболевания половых органов, выполнявшиеся оперативные вмешательства на органах малого таза, особенности течения послеабортных, послеродовых, послеоперационных периодов, наличие синдрома тазовых болей, альгодисменореи, воспалительных урогенитальных заболеваний у партнёра.

ТПБ можно заподозрить и у пациенток с эндокринным бесплодием, у которых не происходит восстановление естественной фертильности в течение 1 года после начала адекватно подобранной гормональной терапии. При гинекологическом обследовании о ТПБ свидетельствуют признаки спаечного процесса: ограничение подвижности и изменение положения матки, укорочение сводов влагалища.

Для диагностики наличия трубно-перитонеального бесплодия и его причин используют клинико-anamнестический метод, выявление возбудителя ИППП, гистеросальпингографию, лапароскопию, сальпингоскопию.

Заключительным этапом исследований, окончательно уточняющих наличие/отсутствие ТПБ, служит диагностическая лапароскопия. Её проводят в обязательном порядке при подозрении на ТПБ и эндометриоз, причём независимо от результатов ГСГ (если такое исследование проводилось). Диагностическую лапароскопию назначают также пациенткам с эндокринным (ановуляторным) бесплодием через 6–12 мес гормональной терапии, обеспечивающей восстановление овуляции, но не приводящей к преодолению бесплодия. Кроме того, диагностическую лапароскопию используют и у пациенток с предварительным диагнозом необъяснимого бесплодия, причину которого не удаётся заподозрить при исходном поликлиническом обследовании.

5. Лечение трубного и перитонеального бесплодия

Лечение трубно-перитонеального бесплодия проводится консервативным и оперативным путем.

Консервативное лечение трубно-перитонеального бесплодия

1. При обнаружении ИППП проводится комплексная этиопатогенетическая терапия, направленная на элиминацию возбудителя, вызвавшего воспалительный процесс органов малого таза.

2. Иммунотерапия (приложение), поскольку при хронических воспалительных процессах придатков матки большое значение имеют иммунологические нарушения.

3. Рассасывающая терапия, включающая общее и местное (тампоны, гидротубации) применение биостимуляторов, ферментов (вобензим, серта, лидаза, трипсин, ронидаза и др.), глю-кортикостероидов.

Как разновидность местной терапии используются гидротубации с ферментами, антибактериальными средствами, гидрокортизоном. К сожалению, клинический опыт продемонстрировал как недостаточную эффективность этого метода лечения трубного бесплодия, так и частое возникновение осложнений (обострение воспалительных процессов, гидросальпинксы, нарушение строения и функции клеток эндосальпинкса, снижение способности трубы к перистальтическому перемещению яйцеклетки).

4. Физиотерапия при трубно-перитонеальном бесплодии.

1. Лекарственный электрофорез с применением солей I, Mg, Ca, ферментных препаратов и биогенных стимуляторов, ежедневно, № 10—15.

2. Ультрафонофорез органов малого таза. В качестве контактных сред применяют препараты лидазы, гиалуронидазы, террилитина, 2—10 % масляного раствора витамина Е, ихтиола, индометациновой, нафталановой, гепароидной, гепариновой, троксевазиновой мази, 1 % йодида калия на глицерине. Воздействуют на нижние отделы живота, ежедневно, № 15.

При наличии вагинального электрода воздействуют через задний или боковые своды — в зависимости от преимущественной локализации спаечного процесса.

3. Электростимуляция матки и придатков — вагинальный электрод (катод) вводят в зеркалах в задний свод влагалища, другой (анод) — площадью 150 см² располагают на крестце. Используют прямоугольные монополярные импульсы, частота 12,5 Гц по 5—6 мин, ежедневно № 10-12, начиная с 5-7 дня МЦ.

4. КВЧ-терапию трубно-перитонеального бесплодия начинают через 1 мес. после хирургического лечения, с 5—7 дня МЦ. 3 раза каждый день с 2-часовым перерывами, на курс 30 процедур. При этом улучшается гемодинамика в сосудистом бассейне малого таза.

5. Гинекологические орошения — используют сероводородные, мышьяковистые, радоновые или азотные, кремнистые, слабоминерализованные минеральные воды; $t = 37-38\text{ }^{\circ}\text{C}$, 10-15 мин, через день, № 12.

6. Гинекологический массаж используют ежедневно, № 20—40 (приложение 5).

7. Грязевые аппликации на «триггерную» зону, $t^{\circ} = 38-40\text{ }^{\circ}\text{C}$; тампоны влагалищные грязевые (39—42 $^{\circ}\text{C}$), 30—40 мин, через день или 2 дня подряд с перерывом на 3-й день, №10—15.

8. Абдоминально-влагалищный вибромассаж — усиливает тканевой обмен, повышает проницаемость клеточных оболочек и улучшает процессы диффузии, что способствует улучшению кровотока и лимфооттока, трофики тканей, препятствует возникновению слипчивых процессов, приводит к разрыву ранее образовавшихся спаек. Процедуры проводят ежедневно, на курс 10—12 процедур.

Оперативное лечение трубно-перитонеального бесплодия

Методы оперативного лечения трубно-перитонеального бесплодия более эффективны, чем консервативная терапия и включают в себя: лапароскопию, микрохирургические операции и селективную сальпингографию с чрезкатетерной реканализацией маточных труб.

Лапароскопия имеет преимущество перед другими методами оперативного лечения бесплодия, поскольку позволяет не только диагностировать факт и причину непроходимости маточных труб (с помощью осмотра и проведения хромосальпингоскопии), но и сразу же проводить оперативное восстановление их проходимости (сальпинголизис, сальпингостомия и др.).

В лечении ТПБ используют как оперативную лапароскопию (дополняемую в послеоперационном периоде восстановительной терапией и стимуляторами овуляции), так и ЭКО.

Лапароскопические реконструктивнопластические операции ставят задачей восстановление анатомической проходимости маточных труб, их могут назначать пациенткам с ТПБ, не имеющим противопоказаний к хирургическому лечению. ЭКО используют либо при исходно установленной бесперспективности выполнения любых реконструктивнопластических операций (у пациенток с отсутствием маточных труб или при их глубоких анатомических изменениях), либо после констатации неэффективности преодоления ТПБ с применением эндохирургии.

В зависимости от характера выявленных патологических изменений при лапароскопических реконструктивнопластических операциях освобождают маточные трубы от сдавливающих их спаечных сращений (сальпинголизис), восстанавливают вход в воронку маточной трубы (фимбриопластика) или создают новое отверстие в зарощённом ампулярном отделе трубы (сальпингостомия). При перитонеальном бесплодии выполняют разделение и коагуляцию спаек. Параллельно при лапароскопии устраняют обнаруживаемую сопутствующую хирургическую патологию (эндометриоидные гетеротопии, субсерозные и интрамуральные миомы, ретенционные образования яичников).

Микрохирургические операции:

1. Фимбриолизис — освобождение фимбрий трубы из сращений.
2. Сальпинголизис — разделение сращений вокруг труб, ликвидация перегибов, искривлений.
3. Сальпингостоматопластика — создание нового отверстия в трубе с запаянным ампулярным концом.
4. Сальпингосальпингоанастомоз — резекция части трубы с последующим соединением конца в конец.
5. Пересадка трубы в матку при непроходимости в интерстициальном отделе.

Противопоказания к хирургическому лечению ТПБ с целью восстановления естественной фертильности:

- возраст старше 35 лет, длительность бесплодия свыше 10 лет;
- острые и подострые воспалительные заболевания;
- эндометриоз III–IV степени по классификации AFS;
- спаечный процесс в малом тазу III–IV степени по классификации Hulka;
- перенесённые ранее реконструктивнопластические операции на маточных трубах;
- туберкулёз внутренних половых органов.

Противопоказания к микрохирургическим операциям:

1. Абсолютные:

- кровотечение из половых путей;
- активный воспалительный процесс;
- недавние операции на половых органах;
- туберкулез гениталий.

2. Относительные:

- возраст больной старше 35 лет;
- длительность трубного бесплодия более 5 лет;
- частые обострения воспалительных процессов придатков матки и острый воспалительный процесс, перенесенный в течение предыдущего года;
- наличие больших гидросальпинксов;
- резко выраженный спаечный процесс в малом тазу;
- пороки развития матки;
- внутриматочные новообразования.

Относительно целесообразности использования операции сальпингостомии при наличии гидросальпинкса нет единой точки зрения. Существует мнение, что выполнение реконструкции трубы при гидросальпинксе имеет смысл лишь при его небольших размерах

(менее 25 мм), отсутствии выраженного спайкообразования в области придатков и при наличии фимбрий.

При поражении маточных труб в истмическом и интерстициальном отделах, как и при абсолютном трубном бесплодии (при отсутствии маточных труб, туберкулёзном поражении внутренних половых органов), рекомендуют ЭКО. В послеоперационном периоде для повышения эффективности эндоскопических операций могут быть использованы восстановительные физиотерапевтические процедуры, направленные на активацию местных и общих обменных процессов, нормализацию микроциркуляции, профилактику послеоперационного спайкообразования (электрофорез цинка и меди, ультразвук в импульсном режиме, токи надтональной частоты). Продолжительность физиотерапевтического лечения составляет 1 мес. В период применения физиотерапии и в течение 1–2 мес после её завершения обязательна контрацепция. В последующем при отсутствии беременности в течение ближайших 6 мес целесообразно переходить к лечению с использованием индукторов овуляции, назначаемых в 4–6 циклах. Общая продолжительность лечения ТПБ с применением хирургических и консервативных методов не должна превышать 2 лет, после чего при сохраняющейся инфертильности пациенток рекомендуют направлять на ЭКО.

Недостаточная эффективность микрохирургических операций на маточных трубах связана с частым развитием спаечного процесса в послеоперационном периоде, что приводит к возобновлению непроходимости труб.

Селективная сальпингография с чрекатетерной реканализацией при обструктивных поражениях проксимальных отделов маточных труб, применяется редко из-за высокой частоты осложнений (перфорация трубы во время манипуляции проводником, инфекционные осложнения, эктопическая беременность в ампулярных отделах труб).

6. Профилактика ТПБ

Профилактика ТПБ заключается в предупреждении и эффективном лечении воспалительных заболеваний половых органов, рациональном ведении родов и послеродового периода, проведении реабилитационных мероприятий в ранние сроки после гинекологических операций.

7. Заключение

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.

Хирургическая лапароскопия является действенным методом лечения различных форм infertility. Однако, при трубно-перитонеальном бесплодии его использование целесообразно ограничить лишь I-II степенью спаечного процесса в малом тазу.

Применение современных методов вспомогательной репродукции, основанных на оплодотворении *in vitro*, значительно расширяет возможности реализации репродуктивной функции и позволяет преодолеть практически все формы infertility у бесплодных супружеских пар, ранее обреченных на бездетность. За счет увеличения арсенала этих методов возможно достижение беременности при ситуациях, в которых на это нельзя было рассчитывать даже теоретически: при отсутствии или необратимой окклюзии маточных труб, отсутствии или нефункционировании яичников, а также крайне низких показателях спермограммы.

Использование этих методов целесообразно, эффективно и оправдано, поскольку частота наступления беременности близка к показателям естественной фертильности человека, а частота пороков развития у родившихся детей не превышает общепопуляционную норму.

8. Список используемой литературы

1. Гинекология - национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина 2009 г.
2. Практическая гинекология Лихачев В.К. 2007 г.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. N 572н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
4. Алан Х. Де Черни, Лорен Натан. Акушерство и гинекология, т. 1. Москва, 2008. - 772 с.
5. National Clinical Practice Guideline the Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Clinical Strategy and Programmes, Health Service Executive N 3. 2014.
6. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное/Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
7. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
8. Гинекология: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер.