

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ПРИ ТАЗОВЫХ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ СПАЙКАХ

Е. Дубинская, кандидат медицинских наук,
РУДН, Москва
E-mail: eka-dubinskaya@yandex.ru

Рассматриваются клиничко-эндоскопические особенности, характерные для тазовых перитонеальных спаек, которые необходимо учитывать при изучении патогенеза спаечного процесса с помощью лабораторных и микроскопических методов.

Ключевые слова: тазовые перитонеальные спайки, клиничко-эндоскопические корреляции, бесплодие.

Тазовые перитонеальные спайки (ТПС) являются значительной проблемой в современной гинекологии. По нашим данным, у каждой 5-й пациентки со спаечным процессом в малом тазу, обратившейся по поводу бесплодия, спайки являются «постинфекционными», и других причин для их формирования нет. Однако большинство исследований в настоящее время посвящено послеоперационным спайкам. Причем, несмотря на высокую частоту ТПС в структуре причин бесплодия, данных о клиничко-эндоскопических особенностях таких спаек нет.

В 20–50% случаев перитонеальные спайки являются причиной бесплодия, и это связано не только с нарушением анатомии маточных труб. Доказано, что наличие параовариальных и перитубарных спаек ингибирует рост фолликулов [10]. Индукция овуляции при использовании вспомогательных репродуктивных технологий в большинстве случаев оказывается безуспешной у пациенток со сформировавшимися после воспаления выраженными спайками [12], что, по всей вероятности, связано с нарушением адекватного кровоснабжения яичников, а также влиянием паракринных механизмов, обусловленных нарушением ангиогенеза [1]. Пери- и интраутробные спайки влияют на подвижность маточных труб и, соответственно, на транспорт яйцеклетки. Данные нарушения приводят не только к бесплодию, но и (часто) – к внематочной беременности. При этом бесплодие может быть связано не только с дисфункцией маточных труб, но и с формированием спаек после хирургического лечения внематочной беременности.

Целью настоящего исследования была оценка клиничко-эндоскопических корреляций при ТПС.

В исследовании участвовали 200 пациенток с бесплодием и ТПС, верифицированными при лечебно-диагностической лапароскопии, проводившейся по общепринятой методике.

Все пациентки в зависимости от стадии спаечного процесса (в соответствии с классификацией аднексальных спаек Американского общества фертильности – AFS [3]) были разделены на 2 группы: 1-ю составили 67 (33,5%) пациенток со спаечным процессом I–II стадии, 2-ю группу – 133 (66,5%) пациентки с процессом III–IV стадии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

В соответствии с данной классификацией спайки рассматриваются как пленчатые или плотные; оценивается также степень вовлечения в спаечный процесс маточных труб и яичников (<1/3; в пределах 1/3–2/3; >2/3). В зависимости от характера и степени вовлечения органа каждый тип спаек оценивается в баллах; с учетом суммы баллов определяют стадию спаечного процесса.

Для полноты эндоскопической картины при описании спаечного процесса в малом тазу оценивали также локализацию спаек в других органах, вовлеченных в спаечный процесс (в классификации AFS это не учитывается). В 1-й группе практически у 1/3 пациенток яичники справа и слева были спаяны с яичниковой ямкой, в 17,9% случаев справа и в 20,8% – слева они имели сращения с широкой маточной связкой. Левые придатки были достоверно реже спаяны с кишечником и сальником, чем во 2-й группе (8,9 против 51,8%). Круглая маточная связка в спаечный процесс ни разу не вовлекалась.

Во 2-й группе наиболее часто встречались сращения маточных труб с маткой (справа – в 69,1%, слева – в 48,9% случаев), яичников (с обеих сторон) – с яичниковой ямкой (справа – в 84,2%, слева – в 70,7% случаев), а также у каждой 5-й пациентки – с широкой маточной связкой с обеих сторон. Левые маточные придатки у половины пациенток с III–IV стадией распространения спаечного процесса были спаяны с кишечником или сальником.

Достоверных различий частоты сращения правых и левых придатков матки с органами малого таза у пациенток не выявлено. Достоверно чаще отмечались спайки левых придатков матки с кишечником и сальником, что объясняется более близким анатомическим положением кишечника по отношению к ним.

Спаечный процесс в области дугласова и переднематочного пространства зарегистрирован только при III–IV стадии его распространения – соответственно у 24 (18,04%) и 6 (4,5%) больных.

При лапароскопии у 123 (92,5%) пациенток 2-й группы выявлены признаки хронического салпингита (утолщение ампулярных и истмических отделов труб, четкообразная деформация, гиперемия серозного покрова, множественные гидатиды, перитубарные спайки). Только у 10 пациенток маточные трубы были нормальной окраски, просматривались на всем протяжении, фимбриальные отделы были свободны, фимбриии выражены. Окклюзия маточных труб диагностирована у пациенток как 1-й, так и 2-й группы. Доминировала двусторонняя дистальная окклюзия при III–IV стадии спаечного процесса (40,6%), односторонняя (частичная) дистальная непроходимость выявлена в 24,8% случаев, при этом проксимальная частичная и полная окклюзия встречалась достоверно реже (в 11,3 и 8,3% случаев). Достоверных различий в группах по частоте частичной непроходимости, а также полной сочетанной проксимальной/дистальной окклюзии не выявлено. Проксимальная полная окклюзия обнаружена только у 9% пациенток с I–II стадией распространения процесса.

Таким образом, проходимость маточных труб в 1-й группе была нарушена практически у половины больных (43,3%), при III–IV стадии процесса – в 85% случаев, при этом частичная и полная дистальная окклюзия преобладала над проксимальной.

Среди пациенток с умеренной и тяжелой степенью спаечного процесса особенного внимания заслуживали больные с жидкостными образованиями в малом тазу, обнаруженными при УЗИ и подтвержденными при лапароскопии. Такими образованиями мы считали гидросальпинкс и серозоцеле (замкнутая область в малом тазу с жидкостным содержимым, отграниченная спайками). С учетом клинической значимости формирования данных образований при бесплодии мы выделили таких пациенток в отдельную группу – с ТПС крайне тяжелой степени.

Для лапароскопической оценки степени выраженности дистальной окклюзии маточных труб использовали классификацию AFS [6]. Частота указанных жидкостных образований во 2-й группе достигала 72,2%. Двусторонняя дистальная окклюзия превышала частоту односторонней практически вдвое (соответственно 52 и 29,1%). При наличии ТПС частота тяжелых форм жидкостных образований в малом тазу в целом составила 15,6%. При этом во 2-й группе у 9,4% пациенток зарегистрировали серозоцеле, а у 6,8% – серозоцеле в сочетании с гидросальпинксом.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Основной при поступлении в стационар у всех пациенток была жалоба на бесплодие. Однако при опросе удалось выявить и другие жалобы, на которые пациентки не обращали существенного внимания (табл. 1).

При этом частота хронической тазовой боли, диспареунии, овуляторной боли и нарушений функции соседних органов была достоверно выше у пациенток с III–IV стадией распространения спаечного процесса. Различий в частоте альгоменореи между группами не выявлено.

Боли внизу живота локализовались у 15 (22,3%) пациенток 1-й группы и 46 (34,5%) – 2-й, в поясничной области – соответственно у 2 (2,9%) и 38 (28,5%), иррадиация болей в прямую кишку отмечена у 6 (4,5%) пациенток 2-й группы.

Для оценки выраженности болевого синдрома была использована краткая форма опросника МакГилла [11]. До проведения лапароскопии всем пациенткам было предложено заполнить таблицу с 15 вариантами описания болевого синдрома; каждому присваивался определенный балл (от 0 до 3). «Сенсорный» балл равен сумме оценок по пунктам 1–11, «аффективный» – сумме оценок по пунктам 12–15, общий балл боли – сумме оценок по 15 пунктам опросника. Подсчет среднего балла у каждой пациентки позволил оценить особенности болевого синдрома в зависимости от его выраженности (табл. 2).

Сенсорный компонент характеризует боль вследствие механического или термического воздействия, изменения пространственных или временных параметров, аффективный – эмоциональную сторону боли (напряжение, страх, гнев или вегетативные проявления).

Согласно полученным данным, сенсорный компонент был наиболее выражен при описании тазовой боли и диспареунии, причем в большей степени – во 2-й группе. Аффективный компонент преобладал при описании альгоменореи, при этом у пациенток 2-й группы он был практически в 2 раза выше, чем в 1-й. Для пациенток обеих групп были характерны боли умеренной и слабой интенсивности. Боли, требующие неоднократного приема анальгетиков, во время менструации возникали у 9% больных 2-й группы. Наибольшую выраженность сенсорного компонента боли отмечали пациентки, у которых в спаечный процесс был

Таблица 1

Характер жалоб пациенток с ТПС и бесплодием

Жалобы	1-я группа	2-я группа
Тазовая боль	2 (2,9)	45 (33,8)*
Альгоменорея	20 (29,9)	51 (38,3)
Диспареуния	5 (7,4)	62 (46,6)*
Овуляторная боль	19 (28,4)	91 (68,4)*
Нарушение функции соседних органов (нарушение стула, мочеиспускания)	0	35 (26,3)*

Примечание. В скобках – %; * $p \leq 0,05$ между группами.

Таблица 2

Выраженность сопутствующего болевого синдрома в соответствии с результатами по опроснику МакГилла (баллы; $M \pm SD$)

Болевой синдром	1-я группа		2-я группа	
	А	Б	А	Б
Тазовая боль	3,2±0,2	0,7±0,1	4,77±0,46	1,45±0,23*
Альгоменорея	1,29±0,23	2,07±0,18	2,95±0,22*	3,67±0,31
Диспареуния	1,95±0,29	0,50±0,10	3,94±0,26	1,5±0,19*

Примечание. А – сенсорный; Б – аффективный компонент; * $p \leq 0,05$ между группами.

вовлечен кишечник, а также с наличием жидкостных образований в малом тазу.

Считается, что болевой синдром при наличии спаечного процесса обусловлен преимущественно снижением подвижности органов, что приводит к стимулированию рецепторов растяжения гладкомышечных клеток структур, вовлеченных в данный процесс, либо брюшной стенки [2, 8]. Однако исследования с использованием микролапароскопии показали, что около 80% пациенток при раздражении спаек отметили возникновение болевых ощущений [4]. Этот факт дал основание предполагать наличие болевых рецепторов, которые генерируют подобные импульсы. Подтверждением этой теории является наличие нервных окончаний в тазовых и нетазовых перитонеальных спайках [9].

Влияние иннервации на функционирование спаек пока неизвестно, однако, по всей вероятности, нейропептиды участвуют во многих процессах, в том числе и в контроле за кровотоком и регуляцией нейрогенного воспаления [13]. Так, нейролейкин А и субстанция Р стимулируют рост фибро-бластов и пролиферацию гладкомышечных клеток артерий, нейролейкин А индуцирует хемотаксис фибробластов [7].

Не все пациентки с ТПС отмечали наличие боли, однако проведенные исследования свидетельствуют о том, что большинство спаек содержат нервные окончания. Предположили, что не все нервы – функционирующие либо они имеют иной порог чувствительности, поэтому для передачи болевого импульса требуется большее количество стимулов [5].

пресс-релиз

Доказательная медицина и женское здоровье



На фотографии слева направо: профессор В.Е. Балан, профессор Н.Е. Рожкова, профессор М. Попп

18 мая 2010 г. в Москве состоялась медицинская конференция «Доказательная медицина и женское репродуктивное здоровье», в работе которой приняли участие около 300 врачей. Главным спонсором конференции была немецкая фармацевтическая компания «Бионорика».

В течение многих десятилетий компания разрабатывает и производит растительные лекарственные препараты широкого ассортимента, активно внедряет новые технологии, проводит фармакологические и клинические исследования с целью доказательства эффективности и безопасности растительных лекарственных препаратов (в отличие от химико-синтетических).

Роль фитопрепаратов, разработанных на основе доказательной медицины, в поддержании репродуктивного здоровья женщин подчеркивалась во многих выступлениях, прозвучавших на конференции.

В докладе академика Н.И. Рожковой, президента Российской ассоциации маммологов, было отмечено, что в настоящее время в клинической маммологии происходит смещение акцентов с терапии на профилактику, где важен правильный выбор препаратов для лечения доброкачественных заболеваний молочных желез (мастопатия) и ПМС, чтобы предупредить развитие более тяжелых заболеваний. Фитопрепараты идеально подходят для этих целей.

Одним из актуальных направлений является гинекологическая эндокринология. Ведущие акушеры-гинекологи России осветили проблемы коррекции нарушений менструального цикла (проф. Т.В. Овсянникова, кафедра акушерства и гинекологии ФГБОУ ММА им. И.М. Сеченова), критерии выбора адекватной терапии в климактерический период (проф. В.Е. Балан, отделение гинекологической эндокринологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии – НЦ АГиП – им. академика В.И. Кулакова), мастопатии в практике акушера-гинеколога (проф. Е.Н. Андреева, отделение эндокринной гинекологии Эндокринологического научного центра).

На втором секционном заседании рассматривались проблемы инфекционной патологии в акушерстве и гинекологии. Профессор Т.С. Перепанова (НИИ урологии Росмедтехнологий) рассказала о современных подходах к лечению инфекции мочевых путей у женщин, проф. А.И. Емельянова (НЦ АГиП) – о принципах ведения беременных и родильниц с инфекцией мочевыводящих органов.

Докладчики подчеркивали необходимость назначения в различных проблемных ситуациях, связанных с женским здоровьем, препаратов с доказанными эффективностью и безопасностью. К таким средствам, в частности, относятся растительные лекарственные препараты компании «Бионорика» Мастодион (для лечения мастопатии и предменструального синдрома), Циклодинон (при нарушениях менструального цикла и ПМС), Климадинон (при климактерических нарушениях) и Канефрон Н (для лечения воспалительных заболеваний почек и мочевого пузыря).

Сегодня фитопрепараты компании «Бионорика» (Германия) присутствуют на фармацевтическом рынке почти в 50 странах мира. Компания осуществляет активные инвестиции в научные исследования, считая, что в будущем потенциал растительных лекарственных препаратов с доказанной эффективностью значительно возрастет.

Фирма, как подчеркнул председатель правления компании «Бионорика» доктор М. Попп, будет и впредь расширять свою исследовательскую деятельность. В частности, в текущем году она намерена более активно сотрудничать с ведущими научно-исследовательскими институтами и другими медицинскими учреждениями России.

Таким образом, при III–IV стадии распространения спаечного процесса отмечаются более выраженные нарушения анатомии маточных труб за счет частого «склеивания» придатков матки с соседними органами малого таза. У половины пациенток 2-й группы в спаечный процесс вовлекаются кишечник и сальник, что значительно усложняет выполнение оперативного вмешательства.

С увеличением выраженности болевого синдрома преобладает его сенсорный, а не аффективный компонент. Результатом становится возможность до операции предположить стадию аднексальных спаек. Наибольшую выраженность сенсорного компонента боли отмечают пациентки, у которых в спаечный процесс вовлечен кишечник, а также в случае наличия жидкостных образований в малом тазу (гидросальпинкс, серозоцеле).

Выявленные при ТПС клинико-эндоскопические корреляции необходимо учитывать при изучении патогенеза спаечного процесса в малом тазу с помощью лабораторных и микроскопических методов.

Литература

1. Бурлев В.А., Дубинская, Е.Д., Гаспаров А.С. Перитонеальные спайки: от патогенеза до профилактики // Проблемы репродукции. – 2009; 3: 36–44.
2. Alexander-Williams J. Do adhesions cause pain? // Br. Med. J. – 1987; 294: 659–660.
3. American Fertility Society. 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.
4. Almeida O., Val-Gallas J. Conscious pain mapping // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 1997; 4: 587–590.
5. Cervero F., Laird J. Visceral pain // Lancet. – 1999; 353: 2145–2148.
6. Classification of Distal Tubal Occlusion // Fertil Steril. – 1988; 49: 944–955.
7. Harrison N., Dawes K., Kwon O. et al. Effects of neuropeptides on human lung fibroblast proliferation and chemotaxis // Am. J. Physiol. – 1995; 268: 278–283.
8. Keltz M., Peck L., Liu S. et al. Large bowel-to-pelvic sidewall adhesions associated with chronic pelvic pain // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 1995; 3: 55–59.
9. Kligman I., Drachenberg C., Papadimitriou J. et al. Immunohistochemical demonstration of nerve fibres in pelvic adhesions // Obstet Gynaecol. – 1993; 82: 566–568.
10. Mahadevan M., Wiseman D., Leader A. et al. The effects of ovarian adhesive disease upon follicular development in cycles of controlled stimulation for in vitro fertilization // Fertil Steril. – 1985; 44: 489–492.
11. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods // Pain. – 1975; 1: 277–299.
12. Molloy D., Martin M., Speirs A. et al. Performance of patients with a 'frozen pelvis' in an in vitro fertilization program // Fertil Steril. – 1987; 47: 450–455.
13. Sternini C. Organisation of the peripheral nervous system: Autonomic and sensory ganglia // J. Invest. Dermatol. Symp. Proceed. – 1997; 2: 1–7.

CLINICO-ENDOSCOPIC CORRELATIONS IN PATIENTS WITH PELVIC PERITONEAL ADHESIONS.

E. Dubinskaya, Candidate of Medical Sciences

Russian University of Peoples' Friendship, Moscow

The study evaluates clinico-endoscopic features in patients with pelvic peritoneal adhesions. It's necessary for considering at studying pathogenesis of adhesions by laboratory and microscopic studies.

Key words: pelvic peritoneal adhesions, clinical and endoscopic features, infertility.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Н. Мурашкин¹, кандидат медицинских наук,
А. Игнатовский², кандидат медицинских наук,

¹Клинический кожно-венерологический диспансер, Краснодар,

²Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

E-mail: m_nn2001@mail.ru

Приводятся данные о заболеваемости подростков инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). Описаны особенности клинической картины гонореи, хламидиоза, трихомониаза, урогенитального герпеса, папилломавирусной инфекции у подростков. Обсуждается социально-эпидемиологическое значение подростковой заболеваемости ИППП.

Ключевые слова: инфекции, передающиеся половым путем, гонорея, хламидиоз, трихомониаз, урогенитальный герпес, папилломавирусная инфекция, подростки.

Как известно, здоровье человека на 50% определяется образом жизни [4]. Начало XXI века ознаменовалось для человечества эпидемическим распространением инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИППП). В мире ежегодно среди молодых людей до 25 лет регистрируется более 100 млн новых случаев заражения ИППП, исключая ВИЧ [7]. Высокие показатели распространенности ИППП в молодой среде связаны с особенностями поведения подросткового поколения. Очевидно, что широкая распространенность ИППП характерна не для всей молодежи, а для определенных ее групп, которым свойственны конкретные условия жизни, уровень образования, воспитание и усвоенные нормы поведения. Из ИППП наиболее часто встречаются гонококковая, трихомонадная, хламидийная, микоуреаплазменная инфекции, а также бактериальный вагиноз [5, 8].

Сегодня в подростковой среде приняты фактически все модели сексуального поведения и все типы сексуальных отношений [2], о чем свидетельствуют результаты анонимного анкетирования 220 подростков от 14 до 18 лет. Ранняя сексуальная активность подростков стала одной из важнейших социальных проблем. Лишь 8% юношей и 17% девушек считают раннее начало половой жизни неприемлемым для себя. Всего 13% респондентов полагают, что употребление алкоголя и психотропных препаратов опасно для здоровья. Естественно, это накладывает отпечаток на сексуальное поведение.

По данным нашего опроса, впервые в половой контакт 81% девушек и 63% юношей вступают в состоянии алкогольного опьянения той или иной степени; защищенный сексуальный дебют имел место лишь у 18% юношей и 8% девушек, од-