

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ

Туракулова И.Э.¹, Худоярова Д.Р.², Элтазарова Г.Ш.³

¹Туракулова Ирода Эшматовна – резидент магистратуры;

²Худоярова Дилдора Рахимовна – доктор медицинских наук, доцент;

³Элтазарова Гулнара Шербековна – доцент,
кафедра акушерства и гинекологии №1,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: растет число факторов, способствующих вторичному бесплодию среди женщин детородного возраста (эндометрит, состояние матки после выскабливания, эндометриоз, опухоли матки, наличие синехий и инородного тела в полости матки). Эти состояния, в свою очередь, требуют лучшей диагностики, особенно при вторичном бесплодии. Нами изучены преимущества гистероскопии при вторичном бесплодии. У женщин, перенесших УЗИ и гистероскопию, удалось выявить миомы матки и воспалительные заболевания. Преимущество гистероскопии заключается в том, что она более эффективна при внутриматочной патологии, такой как синехии и лигатуры. Гистероскопия позволила одновременно поставить диагноз и провести лечение. После гистероскопического лечения в 85,7% случаев была восстановлена фертильная функция. В то время как без применения гистероскопического лечения лишь в 51,4% случаев наблюдалась беременность.

Ключевые слова: бесплодия, диагностика, гистероскопия, вторичное бесплодие у женщин, инородное тело, синехии.

Актуальность. Определение причины вторичного бесплодия остается актуальной проблемой. В настоящее время для диагностики причин вторичного бесплодия требуется использование современных технологий, одним из которых является гистероскопия. В настоящее время методом гистероскопии возможно одновременно диагностировать и лечить различные патологии со стороны матки, такие состояния как: хронический эндометрит, состояние после выскабливания полости матки, эндометриоз, опухоли матки, синехии и наличие инородного тела в полости матки. [1, 6] 1. Использование гистероскопического метода приводит к выявлению причин вторичного бесплодия в 40% случаев. Причинами нарушений репродуктивной функции у женщин могут быть гормональные нарушения, воспалительные заболевания, различные операции на половых органах. Патология со стороны матки составляет 24-62% [5, 7]. Одной из основных причин вторичного бесплодия является внутриматочная патология - 10-15%, другие причины - до 50%. Существует три основных причины бесплодия [2, 5]:

1. Трубное бесплодие. Бесплодие, связанное с анатомическими нарушениями отмечено у 30-74%, в 20-30% бесплодных женщин отмечены функциональные нарушения [4, 7].

2. Частота перитонеального бесплодия составляет 34%, овуляция происходит в яичниках, но из-за наличия спаек яйцеклетка не может оплодотвориться [8].

3. Патологические состояния полости матки встречаются в 15-25% случаев, которые могут повредить имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Это подслизистые миомы, полипы эндометрия, эндометриоз, синехии и инородные тела полости матки. Бесплодие может быть связано с различными патологиями шейки матки (5-10%) и влагалища. У 25% пациентов может быть одновременно несколько причин бесплодия. Эти состояния могут сопровождаться гормональными нарушениями, механическими обструктивными факторами (лигатура, полипы эндометрия матки, миоматозные узлы), воспалением и инфекциями. Механические факторы являются второй по значимости причиной бесплодия, на их долю приходится 40%. Согласно данным ВОЗ, у 14,2% женщин была аномальная матки (окклюзия), а у 9,2% - анатомические изменения в маточной трубе. Проходимость маточной трубы была нарушена (20%). Гидросальпинксы возникают в результате воспаления из-за закрытых маточных труб. Воспаление является одной из основных причин окклюзии маточной трубы и перитонеальных факторов [6].

Согласно литературным данным, после одного эпизода воспаления в малом тазу у 12% женщин появляется рубец, после повторного лечения воспаления у 25% и после многократного лечения - у более 50% женщин возникают рубцы и вторичное бесплодие. При диагностике и лечения трубного бесплодия обычно при отсутствии признаков воспаления проводят лапароскопию. При наличии воспалительного процесса в 28% случаев диагностируется гидросальпинкс. Сначала проводим противовоспалительную терапию, затем с целью диагностики и лечения проводится лапароскопия или гистероскопия. В случае воспаления матки, невозможность своевременной диагностики или лечения может привести к нарушению проводимости маточной трубы. Эти симптомы чаще всего встречаются в ампулярной части маточной трубы, иногда в интерстициальном и реже в фимбриях [2].

Целью научного исследования является оптимизация одновременной диагностики и лечения вторичного бесплодия с помощью гистероскопических процедур.

Материалы и методы. Обследования проводились в частном медицинском учреждении «Шофокор» в г. Самарканд. Под нашим наблюдением находилось 70 женщин с вторичным бесплодием в период с 2018 по 2019 годы, которые составляют основную группу. 35 женщинам выполнено гистероскопическое и УЗ обследование.

В 1-й группу вошли женщины ($n = 35$) с вторичным бесплодием, которым выполнена гистероскопия и УЗД.

В контрольную группу 2 включены женщины ($n = 35$) с вторичным бесплодием, которым выполнено только УЗД.

Результаты. Из 35 женщин проспективной группы 1 женщины с вторичным бесплодием (в течение до 6 лет), хронический эндометрит был диагностирован у 11 (32%), обнаружены лигатуры в полости матки у 5 (14%), полипы эндометрия у 4 (11,4%) и в 2 случаях – субсерозная миома матки (5,6%), которые были диагностированы гистероскопией и УЗД. В основной первой группе при гистероскопическом исследовании женщин диагностированы следующие состояния: хронический эндометрит у 15 (42,8%), лигатура в полости матки - у 10 (28,6%), полипы эндометрия у 4 женщин (11,4%), синехии у 3 (8,6%) больных. Все эти женщины получили противовоспалительное лечение, а затем была проведена одновременно диагностическая и лечебная гистероскопия. Две женщины, у которых была диагностирована субсерозная миома, получили дополнительную гормональную терапию. Из них 30 (85,7%) восстановили репродуктивную функцию. В контрольной группе 35 бесплодных женщин прошли скрининг исключительно через УЗД. В среднем срок бесплодия составил до 6 лет. При УЗД обнаружено: хронический эндометрит у 12 (34,3%), лигатура полости матки - у 3 (8,6%), полипы эндометрия у 2 (5,7%), миоматозные субсерозные узлы в 2,9% случаев. Лечение проводилось исключительно противовоспалительной терапией. Одной женщине, у которой была диагностирована субсерозная миома матки, была назначена дополнительная гормональная терапия. Из них 18 (51,4%) восстановили естественную фертильность.

Выводы. В группе 1 женщины, проходящие УЗД и гистероскопию, смогли идентифицировать миомы матки и воспалительные заболевания в равной степени. Преимущество гистероскопии заключается в том, что она более эффективна при выявлении лигатур в полости матки и внутриматочных синехий. Гистероскопия позволила поставить диагноз и провести одновременное лечение. В 85,7% случаях была восстановлена репродуктивная функция. 2. В контрольной группе с вторичным бесплодием женщины подвергнуты только УЗД. В этой группе диагностированы миома матки и воспалительные заболевания, как и в основной группе. Никаких других патологий обнаружено не было. Лечение было только противовоспалительным. Одной пациентке с диагнозом миома матки была назначена гормональная терапия. Проведения только консервативной противовоспалительной терапии привело к восстановлению репродуктивной функции на 51,4%.

Таким образом, гистероскопия считалась более эффективной как в диагностическом так и в лечебном плане. У больных с вторичным бесплодием является более качественным методом оперативного восстановления фертильности.

Список литературы

1. Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э. Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба //Врач-аспирант. 2009. №. 6. С. 467-471.
2. Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б. Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов //Андрология и генитальная хирургия. 2005. Т. 6. №. 1. С. 20-22.
3. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А. Репродуктивная функция женщин, перенёсших в детстве распространённый аппендикулярный перитонит //Вестник Авиценны. 2019. Т. 21. №. 3.
4. Элтазарова Г.Ш., Ахтимова З. М. Морфологическая оценка целесообразности лечения TORCH-инфекции у женщин с отягощенным акушерским анамнезом //Врач-аспирант. 2010. Т. 42. №. 5. С. 94-101.
5. Элтазарова Г.Ш. Хомилаторликнинг биринчи ва иккинчи яримидаги ҳамда туғруқдан кейинги эрта кон кетишлар. «Ўзбекистон миллий энциклопедияси» Тошкент 2017. 131 стр.
6. Элтазарова Г.Ш. Репродуктив ёшда кўп учрайдиган инфекциялар ва ОИВ/ОИТСнинг ўрни ҳамда хомилаторлик асоратлари. Ўқув услубий қўлланма/ «Ўзбекистон миллий энциклопедияси» Тошкент 2017. 226 стр.
7. Элтазарова Г.Ш. Гестациянинг инфекциялар фонида кечиши ва оқибатлари. Монография / «Ўзбекистон миллий энциклопедияси» Тошкент 2018. 232 стр.
8. Shamsiyev A.M., Khusinova S.A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.