

DOI 10.37882/2223–2966.2023.02.15

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT OF TUBE-PERITONEAL INFERTILITY WITH THE USE OF IMMUNOMODULATORY THERAPY

*T. Ivanova
M. Kogan
Yu. Nechaeva
I. Petushkov*

Summary. This article is devoted to the study of the problem of female infertility, in particular, the effectiveness of treatment of tube-peritoneal infertility with the use of immunomodulatory therapy.

Keywords: infertility, tube-peritoneal infertility, immunomodulating therapy, pregnancy, laparoscopy.

Иванова Таисия Алексеевна

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь
tasya1608tas@mail.ru

Коган Михаил Яковлевич

Заслуженный врач РФ, ГБУЗ «Областной Родильный Дом», г. Тверь

Нечаева Юлия Станиславовна

Ассистент, ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Петушков Иван Леонидович

ФГАО ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения РФ, г. Москва

Аннотация. Данная статья посвящена изучению проблемы женского бесплодия, в частности, эффективности лечения трубно-перитонеального бесплодия с применением иммуномодулирующей терапии.

Ключевые слова: бесплодие, трубно-перитонеальное бесплодие, иммуномодулирующая терапия, беременность, лапароскопия.

Введение

Воспроизводство здорового потомства является главной биологической задачей человечества. Проблема женского бесплодия остается одной из самых актуальных не только в России, но и в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 5% популяции бесплодны по генетическим, эндокринным и иммунологическим причинам. В нашей стране примерно 15% пар имеют проблемы с репродукцией. 50–55% случаев отсутствия беременности связаны с женским фактором, на трубно-перитонеальное бесплодие приходится 25%. Схемы лечения хронического сальпингита и оофорита — заболеваний, приводящих к данному виду бесплодия, до сих пор являются поводом для дискуссий врачей по всему миру. В настоящее время наибольшее внимание приковано к иммуномодулирующему компоненту терапии, его эффективности и оправданности использования.

Цель исследования

Оценить эффективность лечения трубно-перитонеального бесплодия с применением иммуномодуляторов, сравнить полученные результаты с данными литературы, в которых проанализирована эффективность классических схем терапии данного вида бесплодия.

Материалы и методы

Исследование проводилось на основе базы данных Родильного дома № 4 г. Тверь. Ретроспективно методом прицельной выборки изучено 97 протоколов лапароскопических операций женщин, проходивших плановое стационарное лечение с клиническим диагнозом «Женское бесплодие трубно-перитонеального происхождения. Хронический сальпингит и оофорит» в период с 2008 по 2014 год. Возраст пациенток варьировался от 22 до 39 лет. Средний возраст составил 28,6 лет.

Результаты

В стационаре проводилась активная иммуномодулирующая (после согласования с врачебной комиссией), противовоспалительная и антибактериальная терапия в сочетании с физиопроцедурами. «Пирогенал» дробно с целью «опсонизации» внутримышечно. Эмпирическая антибактериальная терапия: цефтриаксон 2.0г в 40.0мл 0,9% раствора хлорида натрия внутривенно струйно N.10; метронидазол 500мг/100мл внутривенно капельно N.5. Нистатин 500 000ЕД в форме суппозитория в вагинально N.10; Азитромицин 1000мг внутрь в 1, 7 и 14 дни лечения. Хлоропирамина гидрохлорид 25мг внутрь 1 раз в сутки N.10. Также, если по результатам бактериологического и ПЦР исследований обнаруживались специфические возбудители, проводился повторный курс антибиотикотерапии с учетом чувствительности возбудителя.

После консервативного лечения в плановом порядке пациенткам проведена лапароскопия. Диагностический этап оперативного вмешательства позволил, на основании лапароскопического диагноза, разделить пациенток на группы: I группа — Хронический сальпингит и оофорит (n=12); II группа — Хронический сальпингит и оофорит. СПКЯ вторичный (n=58); III группа — Хронический сальпингит и оофорит. Тазовые перитонеальные спайки (n=13); IV группа — Хронический сальпингит и оофорит. СПКЯ вторичный. Тазовые перитонеальные спайки (n=14).

При оценке проходимости маточных труб выяснилось, что у 72,2% пациенток они проходимы, у 27,8% — непроходимы. Важно отметить, что у 21,4% женщин, с наступившей беременностью, наблюдалась непроходимость маточных труб (у 68,75% наблюдалась непроходимость правой маточной трубы, у 25% — левой маточной трубы; у 6,25% — непроходимость обеих маточных труб).

В ходе лечебного этапа операции 100% женщин была выполнена электрокаутеризация и биопсия яичников. Части пациенток потребовалось проведение дополнительных манипуляций: хромосальпингоскопия — 58,2%; овариосальпинголизис — 19,4%; удаление гидатид маточных труб — 10,2%; адгезиолизис — 9,1%; сальпингостомия — 3,1%. На 3–5 сутки после операции пациентки получили рекомендации по планированию беременности и были выписаны из стационара.

Беременность наступила у 77,3% пациенток, причем 69,4% забеременели в течение первого года с момента проведения операции, из них 44,2% в течение первых 6-ти месяцев. У пациенток I группы беременность наступила в 73,1% случаев; II группы — у 88,6%; III группы — у 53,8%; IV группы — у 71,4%.

«Пирогенал» — липополисахарид, образующийся в процессе жизнедеятельности *Salmonella typhi*. Препарат является активным иммуномодулятором, который, связываясь с толл-подобными рецепторами (TLR4) иммунокомпетентной клетки, усиливает секрецию провоспалительных цитокинов, хемокинов факторов роста, продукцию IFN β , IFN γ , увеличивает экспрессию молекул адгезии лейкоцитов, активирует систему комплимента, стимулирует фагоцитоз [1,2,3].

Данные процессы и определяют эффекты препарата: он оказывает антибактериальное, противовирусное действие, активирует иммунный ответ и стимулирует процессы регенерации. Основная задача «Пирогенала» в лечении трубно-перитонеального бесплодия — выведение воспалительного процесса в активную фазу, для того чтобы, на данном этапе, провести антибиотикотерапию. При комплексном лечении препарат не дает перейти воспалению в хроническую форму, следовательно, предотвращает развитие спаечного процесса в малом тазу [4,5,6,7].

В литературе представлен ряд исследований об эффективности массивной антибиотикотерапии при лечении женского бесплодия, связанного с трубно-перитонеальным фактором. Результаты показывают, что беременность наступила лишь у 38–44% пациенток с диагнозом «Женское бесплодие трубно-перитонеального происхождения. Хронический сальпингит и оофорит», что составило меньше половины от всех исходов, причем в течение первого года после лечения частота наступления беременности составила 13–15% [8,9,10].

Выводы

В результате комплексного лечения с применением активной иммуномодулирующей терапии, беременность у пациенток с клиническим диагнозом «Женское бесплодие трубно-перитонеального происхождения. Хронический сальпингит и оофорит» наступила в 77,3% случаев, что является статистически значимым показателем для данной выборки ($p < 0,05$) и отражает высокую эффективность проведенной терапии. «Пирогенал» оказывает антибактериальное, противовирусное действие, активирует иммунный ответ и стимулирует процессы регенерации, чем и доказывает обоснованность его применения в ежедневной практике врача-гинеколога. Опираясь на полученные результаты, можно говорить о значимом влиянии активной иммунотерапии на исход лечения женского бесплодия трубного происхождения, так как, по данным литературы, при классической схеме лечения процент наступления беременности в течение года варьировался от 38 до 44%, а в течение первого года после терапии беременность наступала в 13–15% случаев [11,12,13].

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д. Тазовые перитонеальные спайки: этиология, патогенез, диагностика, профилактика. М.: Медицинское информационное агентство, 2013. / Gasparov A.S., Dubinskaja E.D. Tazovye peritoneal'nye spajki: etiologija, patogenez, diagnostika, profilaktika. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2013. [in Russian]
2. Довлетханова, Э.Р. Возможность применения иммуномодуляторов в комплексном лечении ВЗОМТ / Э.Р. Довлетханова // Медицинский совет.— 2012.— № 12.— С. 84–87.— EDN PUIQNR.
3. Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза, обусловленных микст-инфекцией / О.В. Ромащенко, С.В. Возиянова, А.В. Руденко, Л.Ф. Яковенко // Здоровье женщины.— 2016.— № 6(112).— С. 134.— EDN WIQZUD.
4. Джайиоба, О. Рекомендации по лечению воспалительных заболеваний органов малого таза / О. Джайиоба, Г. Лезенби, Д.Е. Сопер // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение.— 2013.— № 1(1).— С. 43–54.— EDN WFLNBR.
5. Уракова, Н.А. Иммуноterapia как способ повышения эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний органов малого таза / Н.А. Уракова, Т.В. Ипатова // РМЖ. Мать и дитя.— 2018.— Т. 1.— № 2.— С. 120–123.— EDN YWTVZB.
6. Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society of Reproductive Surgeons. *Fertil Steril* 2013; 99 (6): 1550–5.
7. Mutsaers SE, Prêle CM, Pengelly S et al. Mesothelial cells and peritoneal homeostasis. *Fertil Steril* 2016; 106 (5): 1018–24.
8. Arung W, Drion P, Cheramy JP et al. Intraperitoneal adhesions after open or laparoscopic abdominal procedure: an experimental study in the rat. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2012; 22: 651–7.
9. Rocca A, Aprea G, Surfaro G et al. Prevention and treatment of peritoneal adhesions in patients affected by vascular diseases following surgery: a review of the literature. *Open Med (Wars)* 2016; 11 (1): 106–14.
10. Ten Broek RP, Stommel MW, Strik C et al. Benefits and harms of adhesion barriers for abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2014; 383: 48–59.
11. Sulima A, Davydova A, Litvinov V. Proinflammatory cytokines TNF- α and IL-1 in pelvic peritoneal adhesions of various etiology at reproductive age women. 32nd Annual Meeting of ESHRE. Helsinki, July 3rd — 6th, 2016. v. 31 (Suppl. 1). Helsinki, 2016; p. 463–4.
12. Gornall V, Koninckx PR. Microsurgical principles and postoperative adhesions: lessons from the past. *Fertil Steril* 2016; 106 (5): 1025–31.
13. The American Fertility Society classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988; 49: 944–55.

© Иванова Таисия Алексеевна (tasya1608tas@mail.ru), Коган Михаил Яковлевич,
Петушков Иван Леонидович.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»