

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО АУТОИММУНИТЕТА

У ПАЦИЕНТОК СО СПАЕЧНЫМ ПРОЦЕССОМ И НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

В статье представлены результаты исследований 71 пациентки со спаечным процессом и лапароскопически подтвержденным диагнозом «наружный генитальный эндометриоз» (НГЭ). В соответствии с оценкой специфической сывороточной иммунореактивности все пациентки были разделены на 3 группы: группа А (нормореактивный тип), группа В (гиперреактивный тип) и группа С (гипореактивный тип). Длительность бесплодия – в среднем $6,1 \pm 1,3$ года. После хирургического лечения проводилась антигонадотропная терапия: бусерелин 3,75 мг (курсом 4–6 инъекций). Всем больным групп В и С на фоне основной терапии проводилась коррекция иммунологических нарушений. Вывод: коррекция иммунологических нарушений у больных со спаечным процессом, ассоциированным с НГЭ, способствует повышению эффективности восстановления репродуктивной функции.

Ключевые слова:

наружный генитальный эндометриоз
бесплодие
спаечный процесс
иммунореактивность

По имеющимся литературным данным, ведущее место в структуре причин женского бесплодия занимает трубно-перитонеальный фактор, связанный с нарушением проходимости маточных труб [1–3]. Основными причинами, ведущими к развитию спаечного процесса малого таза и непроходимости маточных труб, являются воспалительные заболевания женских половых органов и наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) [4]. В последние годы отмечается неуклонный рост частоты НГЭ в структуре гинекологической заболеваемости. В настоящее время этот патологический процесс встречается у 12–50% женщин репродуктивного возраста [5]. Наличие спаечно-рубцового процесса в области малого таза выявляется у 60% женщин, страдающих НГЭ [6, 7].

Проблема бесплодия у больных с НГЭ до настоящего времени остается нерешенной, поэтому дальнейший поиск эффективной терапии, направленной на восстановление репродуктивного здоровья у этого контингента пациенток, сохраняет свою актуальность.

Цель исследования: повышение эффективности лечения бесплодия у больных со спаечным процессом и НГЭ.

Материал и методы исследования: проведено обследование и лечение 71 пациентки со спаечным процессом в малом тазу и НГЭ. Для обследования больных применялся комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования. Для оценки сывороточного содержания

панели естественных регуляторных аутоантител использовали иммуноферментный метод «ЭЛИ-П-Комплекс» (содержание естественных аутоантител класса IgG).

Все пациентки в соответствии с оценкой специфической сывороточной иммунореактивности, определяемой по содержанию естественных регуляторных аутоантител, были разделены на 3 группы:

- группа А – нормореактивные – 11 (15,5%) пациенток;
- группа В – гиперреактивные – 26 (36,6%) пациенток;
- группа С – гипореактивные – 34 (47,9%) пациентки.

Основной жалобой было отсутствие беременности в течение последнего года.

Первичным бесплодием страдали 69% (49) пациенток, вторичным – 31% (22). Средняя длительность бесплодия у пациенток из группы С (гипореактивных) была достоверно выше по сравнению с группами А и В. Та же закономерность отмечена у пациенток группы В по сравнению с группой А.

Тазовые боли умеренного и выраженного характера, заметное ощущение постоянного дискомфорта как во время менструации, так и в течение большей части менструального цикла беспокоили в основном пациенток групп В и С (83,3 и 86,2% соответственно), что связано с преобладанием в них высокой степени распространения патологического процесса.

Частота перенесенных заболеваний у пациенток групп В и С достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группе А, что может косвенно указывать на снижение общей сопротивляемости организма и явиться одним из факторов развития и прогрессирования НГЭ.

Таким образом, на основании совокупности симптомов, опираясь на данные клинического обследования пациенток, в ходе работы был определен ряд характерных клинических признаков НГЭ у пациенток с разным

уровнем содержания естественных регуляторных аутоантител: бесплодие (100%), тазовые боли (61%), дисменорея (53%), короткий менструальный цикл (34%).

При анализе этих данных можно сделать заключение, что выраженность и тяжесть этих симптомов достоверно чаще наблюдается у пациенток с нарушенным аутоиммунитетом.

При проведении ультразвукового исследования эхографические признаки аденомиоза I–II степени выявлены у 32% больных, причем у 23% с первичным бесплодием и у 9% с вторичным бесплодием.

Эндометриодные кисты яичников были диагностированы у 89% (63) пациенток. При этом односторонние кисты выявлены у 53% (38) и двусторонние у 35% (25) больных. Двустороннее поражение яичников достоверно чаще выявлялось у пациенток гипореактивной группы (68%), односторонние кисты были выявлены у большинства больных (92%) гиперреактивной группы.

Основными причинами, ведущими к развитию спаечного процесса малого таза и непроходимости маточных труб, являются воспалительные заболевания женских половых органов и наружный генитальный эндометриоз

По результатам гормонального исследования уровни лютеинизирующего, фолликулостимулирующего, аденокортикотропного гормонов, эстрадиола, кортизола, тестостерона, 17-ОН-прогестерона, дегидроэпиандростеронсульфата были в пределах нормы.

Таким образом, анализ результатов исследования показателей аутоиммунитета с данными обследования пациенток с бесплодием, спаечным процессом и НГЭ показал: изменения аутоиммунитета по гипер- и гипореактивному типу при НГЭ ассоциированы с большой длительностью заболевания и тяжестью процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всем пациенткам проводили комбинированную терапию.

I этап – хирургическое удаление морфологического субстрата лапароскопическим доступом.

II этап – антигонадотропная терапия: аГнРГ (бусерелин 3,75 мг) парентерально на 2–4-й день после операции по 1 инъекции 1 раз в 28 дней курсом 4–6 инъекций. Препараты группы агонистов ГнРГ также обладают противовоспалительной активностью в отношении спаек, формирующихся при эндометриодной болезни, и рассматриваются в качестве средства профилактики спаек при эндометриозе.

С целью повышения эффективности восстановления фертильности всем больным гиперреактивной и гипореактивной групп (84,5%, n = 60) на фоне основной терапии проводили коррекцию иммунологических нарушений в зависимости от уровня отклонений и специфики в продукции эмбриотропных аутоантител.

Пациенткам с выраженной активацией иммунных процессов (36,6%) с целью подавления активности иммунной системы, коррекции выявленных нарушений и профилактики ранних потерь беременности рекомендовали прием гестагенов (дидрогестерон 20 мг с 18-го по 27-й день цикла) и дополнительно терапию глюкокортикоидами (метилпреднизолон 2–4 мг/сут) до наступления беременности.

Средства, используемые для повышения активности иммунной системы, назначали пациенткам с гипореактивным состоянием аутоиммунитета, с целью иммунокоррекции назначали индуктор синтеза эндогенного интерферона тилорон по схеме 250 мг/сут – 2 дня, далее по 125 мг через 48 ч – 4 нед. и иммуномодулятор азоксимебра бромид 12 мг интравагинально, ежедневно 10 дней с повторными курсами в течение 3–6 мес. под контролем «Эли-П-Тест».

По результатам лапароскопии спаечный процесс I степени выявлен у 30% больных, II степени – у 21% больных, III степени – у 27% пациенток и IV степени – у 23% больных. Степень выраженности спаечного процесса коррелировала с уровнем нарушения иммунореактивности. У подавляющего большинства пациенток с III и IV степенью выраженности спаечного процесса отмечался низкий уровень эмбриотропных аутоантител. Четкой корреляции между степенью выраженности спаечного процесса и степенью распространенности наружного эндометриоза выявлено не было.

Результаты лечения бесплодия оценивались в течение 12 мес. после проведенного комбинированного лечения. Эффективность восстановления репродуктивной функции у пациенток группы А составила 73% (n = 8), группы В – 46% (n = 12), группы С – 29% (n = 10).

У 56% (n = 39) пациенток беременность не наступила. Преимущественно это пациентки гипореактивной группы с дистальным поражением маточных труб, выраженными перитонеальными спайками, III–IV степенью НГЭ.

Вывод. Суммарная эффективность восстановления репродуктивной функции после проведения коррекции нарушений иммунореактивности в комплексной терапии бесплодия у пациенток со спаечным процессом, обусловленным НГЭ, составила 44,3%, что на 9% превышает литературные данные.



ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольская К.В., Штыров С.В., Мачанските О.В., Чеченова Ф.К. Исходы реконструктивно-пластических операций при трубно-перитонеальной форме бесплодия. *Проблемы репродукции*. 2001, 3: 12–5.
2. Кулаков В.И., Корнеева И.Е. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия. *Акуш и гинекол*. 2002, 2: 56–59.
3. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. М., 2010. 96–113.
4. Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. 2004. С. 228.
5. Адамян Л.В., Кулаков В. И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. 2006. С 18
6. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриодная болезнь. 2002. С. 452.
7. Trinder J, Cahill DJ. Endometriosis and infertility: the debate continues. *Hum Fertil (Camb)*, 2002.