

## «Лечение патологии шейки матки методом криодеструкции с последующей кондомтерапией при бесплодии»

Н.Ю.Спиженко

**Р**азработан метод лечения «шеечного» бесплодия, связанного с наличием антиспермальных

факторов в слизи цервикального канала матки. Обследованы 78 женщин, страдающих бесплодием; у 56 из них были обнаружены антиспермальные антитела в секрете шейки на фоне патологии шейки матки. Показано, что применение криодеструкции патологического очага на шейке матки с последующей кондомтерапией приводит к возникновению или значительному снижению титра антиспермальных антител у пациенток и ведет к возникновению беременности у 30,6% из них.

Проблема бесплодия в семье относится к наиболее актуальным медико-социальным аспектам охраны здоровья. Бесплодный брак является одним из факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на уровень рождаемости и прирост населения, что весьма важно в условиях значительного снижения рождаемости на Украине [1]. В последние годы значительное внимание уделяется иммунному фактору бесплодия, частота которого среди всех причин нарушения репродуктивной функции составляет 10-12% [4]. Согласно данным литературы, ведущее значение в развитии иммунного бесплодия играет шеечный фактор, т.е. функциональное состояние шейки матки и слизи цервикального канала [6, 7], наличие антиспермальных антител в секретах женских половых органов [3, 8]. Патология шейки матки является одним из наиболее частых гинекологических заболеваний [2]. Роль иммунного фактора при указанной патологии и, в частности, при бесплодии не изучена. Целью работы явилось выявление распространенности иммунных нарушений у женщин, страдающих бесплодием, связи данной патологии с заболеваниями шейки матки, а также разработка метода коррекции указанных расстройств.

Под нашим наблюдением в течение 2 лет находилось 78 бесплодных супружеских пар. Контрольную группу составили 30 супружеских пар с сохраненной репродуктивной функцией, обратившихся для выбора метода контрацепции (1-я группа). Среди 78 бесплодных женщин у 22 не наблюдалось патологических изменений шейки матки (2-я группа), у 56 — обнаружены доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки (3-я группа).

После исключения неиммунных факторов бесплодия производилось исследование антиспермальных спермоиммобилизирующих антител (СИАТ) по Изоджиму [5]. СИАТ не определялись в цервикальной слизи здоровых фертильных женщин 1-й группы. При бесплодии неясного генеза у пациенток 2-й группы антиспермальные антитела определялись в 63,6% случаев. При сочетании бесплодия с патологией шейки матки (3-я группа) СИАТ выявлены у 82,1% больных ( $p < 0,05$ ). При этом следует учесть, что у пациенток 3-й группы, наряду с ростом частоты выявляемое СИАТ, обнаружено достоверное возрастание их концентрации ( $p < 0,01$ ).

Нами проведено лечение патологии шейки матки методом криодеструкции с индивидуальной программой криовоздействия для каждой пациентки. Индивидуальный контроль за параметрами криовоздействия возможен только при использовании базовой криогенной аппаратуры с автоматизированным управлением. Данным требованиям отвечает установка «Криоэлектроника-4». Конструктивные особенности аппарата позволяют выбрать температуру в пределах от 0 до  $-196$  °C, установить необходимое время криовоздействия и быстро заморозить патологические ткани, что дает возможность получить необходимую зону крионекроза. При этом значительно укорачивается длительность болевых ощущений у пациенток во время проведения процедуры, которые значительны при увеличении экспозиции криовоздействия [О. М. Нагрег, 1994].

К преимуществам аппарата относится также прилагаемый комплект сменных аппликаторов различной формы. Их можно условно разделить на 3 класса: повторяющие форму шейки матки с заходом в

цервикальный канал для деструкции поражений по всей поверхности органа, цилиндрические разных размеров, предназначенные для криоде-струкции островковых поражений, и различной конусной формы, применяемые для крионизации. Возможность выбора формы аппликатора позволяет осуществить криовоздействие в пределах здоровых тканей, облегчает подход к патологическому очагу, что значительно повышает эффективность лечения. Для лечения легкой и умеренной форм дисплазии применялось однократное замораживание патологически измененных тканей до температуры  $-125^{\circ}\text{C}$  —  $-150^{\circ}\text{C}$  со скоростью охлаждения рабочей части аппликатора  $75-100^{\circ}\text{C}/\text{мин}$ . Замораживание продолжали до расширения фронта льда примерно на 3-5 мм за пределы очага дисплазии, что соответствует температуре ниже  $-20^{\circ}\text{C}$  на границе пораженной области.

Для лечения тяжелых форм дисплазии использовали двухмоментное замораживание. Температура криоаппликатора при этом снижалась до  $-150$  —  $-170^{\circ}\text{C}$ . Между двумя замораживаниями шейку матки осматривали с помощью кольпоскопа для определения неохваченной части поражения. Островковые поражения эпителия шейки матки замораживали по участкам, используя аппликатор нужной формы.

При наличии на шейке матки ретенционных кист их необходимо непосредственно перед криодеструкцией вскрыть скальпелем на глубину от 1 до 2 см и стерильным ватным тампоном удалить содержимое кист. Полость кисты при этом спадается, и к месту поражения плотно прикладывается аппликатор необходимой формы. Температура наконечника снижается до  $-140$  —  $-160^{\circ}\text{C}$ , экспозиция составляет 1 мин. Через 12 недель после криохирургического лечения определяли в церви-кальном секрете концентрацию антиспермальных антител. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности предложенного нами способа лечения. После криодеструкции антиспермальные антитела определялись только у 2 ( $10,5 \pm 7,0\%$ ) из 19 пациенток 2-й группы и у 3 ( $5,8 \pm 4,2\%$ ) из 52 пациенток 3-й группы, что достоверно ниже, чем до лечения ( $p < 0,001$ ). Следует отметить, что в случае присутствия антиспермальных антител в цервикальной слизи их концентрация не превышала 1:8 во второй и 1:18 в третьей группах больных.

Полученные результаты исследования позволили разработать метод лечения «шеечного» бесплодия, связанного с наличием антиспермальных антител в слизи цервикального канала. Метод заключается в криодеструкции патологического очага на шейке матки с помощью аппарата «Криоэлектроника-4» и последующей кондомтерапии в течение 6-9 мес.

В продолжение 2 лет после лечения мы наблюдали 16 супружеских пар из 2-й группы и 46 — из 3-й. Беременность наступила у 5 (31,2%) и у 14 (30,4%) женщин из соответствующих групп. Всего наблюдалось 62 пары с бесплодием, беременность наступила у 19, что составляет 30,6%. Тем женщинам, у которых бесплодие не излечилось данным методом, рекомендована искусственная инсеминация.

Среди забеременевших женщин оплодотворение произошло через 2-3 мес после начала половой жизни без презерватива у 5, через 3-4 мес — у 10, через 5-6 мес - у 3, через 7-8 мес - у 1-й. У большинства женщин беременность протекала без осложнений. У 3 пациенток отмечена угроза прерывания беременности: в 7-8 недель у 1, в 12-13 — у 1, в 24-25 — у 1, ранние гестозы — у 4, поздние гестозы — у 2, анемия беременных — у 5. У 15 женщин беременность завершилась своевременными родами, все родили живых доношенных детей. У 2 пациенток произошли преждевременные роды, один недоношенный ребенок массой 1800 г умер в результате пневмопатии. У 2 пациенток произошел самопроизвольный аборт в сроки 8-9 и 12-13 недель.

Таким образом, у бесплодных женщин с наличием антиспермальных антител в цервикальном канале криохирургический метод лечения позволил устранить или снизить их титр более чем у 90% пациенток. Беременность наступила у 30,6% из них, что свидетельствует о высокой эффективности этого метода в сочетании с кондомтерапией.

## **Список литературы**

1. Вовк І. Б., Летиця ван дер Перк. Проблеми планування сім'ї в Україні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1995. - 2. - С. 33-35.
2. ЗапорожанВ. М., БезпояснаВ. В., МостовийВ. В. Комплексне кріохірургічне поєднання з КВЧ-впливом лікування гіперпластичних процесів шийки матки // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1996. - 3. - С. 48-50.
3. Bielfed P., Mettler L. Immunologischbedingte Sterilitat unter Berücksichtigung weiblicher und mannlicher Faktoren // Gynakologie. - 1990. - Bd.14, 3 -S. 145-150.
4. Frenzl G. Antikörper und Sterilitat // Gynakol. Prax. - 1990. - Bd.14, 3. - S. 79-488.
5. Isojima S. // Arch. Androl. - 1989. - 23, 3. - P. 185-199.
6. Litshgin M. Zervix Faktor // Ther. Umschau. - 1987. - Bd. 44, 5. - S. 358-368.
7. Quereux C., Desrochas A., Wahl P. Les glaires hostiles et insuffisantes // Gynakologie. - 1987. - 33, 1.- P. 28-33.
8. Shulman S. Sperm antibody laboratory, fertility antibody diagnostics // Immunology of Reproduction. - International Symposium. - Kiev, 1996. - P. 3.