

## ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПЕРИТОНИТА И КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

---

*Для определения фертильности было проведено исследование в группе взрослых женщин, которые в детстве были оперированы по поводу перитонита и у пациенток, которые в детском возрасте были оперированы в ДХЦ 1 ГКБ г. Минска по поводу врожденных аноректальных аномалий в 1980–84 гг. В результате исследования выявлено, что в отдаленном периоде после коррекции аноректальных пороков у женщин чаще наблюдается: социальная дезадаптация; нарушения менструальной, сексуальной функции, бесплодие. Перфоративный аппендицит и перитонит, особенно перенесенный в раннем детском возрасте, может привести к трубной дисфункции, вследствие образования послеоперационных спаек после воспаления и последующим повышением риска внематочной беременности и женского бесплодия.*

**Ключевые слова:** аноректальные пороки развития, беременность, аппендицит, бесплодие, фертильность.

*Yu. G. Dzehtyarou*

## **EFFECTS OF THE TRANSFERRED PERITONITIS AND CORRECTION OF ANOREKTAL MALFORMATION A WOMAN'S REPRODUCTIVE FUNCTION**

*To determine fertility study was conducted in the group of adult women, who in childhood had been operated due to peritonitis and in patients who as children were operated for congenital anorectal anomalies in 1980–84, the study revealed that in the remote period after the correction anorectal malformations in women is more common: social exclusion; menstrual irregularities, sexual function, infertility. Perforating appendicitis and peritonitis, especially moved in early childhood can lead to tube dysfunction, due to the formation of peritoneal adhesions after inflammation and subsequent increased risk of ectopic pregnancy and infertility.*

**Key words:** *anorectal malformations, pregnancy, appendicitis, infertility, fertility.*

Демографическая ситуация в современном мире позволяют признать проблему фертильности одним из приоритетных клинических и социальных направлений. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (2005) частота бесплодных союзов высока и составляет в развитых странах 25–30% всех супружеских пар [4]. В рамках специальной программы ВОЗ по репродукции человека выделены следующие ключевые варианты бесплодия у женщин: 1) трубное бесплодие, обусловленное патологией маточных труб; 2) эндокринное бесплодие, связанное с расстройствами в деятельности системы желез внутренней секреции; 3) обусловленное преимущественно анатомическими нарушениями в области влагалища и матки; 4) иммунологическое, вызываемое явлениями сенсибилизации женского организма [1, 2].

Аноректальные пороки (АРП) являются редкими и сложными пороками развития нижних отделов желудочно-кишечного тракта и мочеполовых путей, встречающимися в 1 случае на 3500–5000 живорожденных. Медицинский и технический прогресс привели к высокой выживаемости и увеличению продолжительности ожидаемой взрослой жизни. Основной результат лечения направлен на способность контролировать удержание и выделение каловых масс. Обеспечение функции контроля каловых масс прямой кишки является сложной задачей, и некоторые дети остаются чистыми только благодаря выполнению регулярных клизм или формированию колостомы. В то же время часто дети имеют проблемы с мочеиспусканием, страдая недержанием мочи и невозможностью опорожнить мочевого пузыря, особенно при затруднении мочеиспускания важно сохранить функции почек [1].

Проведено несколько исследований по вопросам недержания мочи и кала в раннем детстве; и характер ее оптимистичен. Менее изучен вопрос, в какой степени успешна хирургическая коррекция в отдаленном периоде. Взрослые ожи-

дают сохранение половой и фертильной функции, но малоизвестно о возможных осложнениях, связанных с рождаемостью и сексуальным здоровьем [3].

С учетом демографической ситуации в РБ в настоящее время проблема репродуктивного здоровья является одним из приоритетных социальных направлений. В хирургии детского возраста причинами, приводящими к репродуктивным проблемам у женщин, являются перитонит и врожденная патология аноректальной области [5].

**Целью** исследования явился анализ отдаленных результатов лечения девочек с аноректальными пороками развития, аппендикулярным и первичным перитонитом, сравнение результатов в этих группах.

### **Материал и методы**

Для определения фертильности было проведено исследование в группе взрослых женщин, которые в детстве были оперированы по поводу перитонита и у пациенток, которые в детском возрасте были оперированы в ДХЦ 1 ГКБ г. Минска по поводу врожденных аноректальных аномалий в 1980–84 г. г. На момент операции их возраст варьировал от 1 до 14 лет.

Приглашения на участие в исследовании и подробная информация о нем были отправлены по почте 95 пациенткам. Было получено 71 (74%) ответов. Часть пациенток отказались принимать участие в исследовании. 71 пациентке, согласившимся принять участие в исследовании, были отправлены анкеты для заполнения. Таким образом, был проведен опрос путем рассылки разработанной анкеты для определения социального и фертильного статуса пациенток. Для оценки функций были отражены следующие аспекты: социально-демографические характеристики, сведения о предыдущих хирургических вмешательствах, фертильности, начале половой жизни и описание менструального цикла. При необходимости и возможности со стороны пациенток проводился

## ■ Оригинальные научные публикации

индивидуальный осмотр совместно с сотрудниками отделения или кафедры акушерства и гинекологии БГМУ.

Пациентки были разделены на 2 группы: первая группа – женщины, перенесшие в детстве операции по поводу перитонита  $n = 37$  (средний возраст  $31,3 \pm 7,24$  лет). Из них диагноз первичный перитонит был у 13 (35,1%) девочек, перитонит на фоне деструктивного аппендицита – у 24 (64,9%). Причем у 15 (62,3%) из них он был осложнен местным перитонитом, у 9 (37,7%) – разлитым. Перитонит в возрасте до 10 лет был у 20 (54%) девочек, старше 10 лет – у 17 (46%) пациенток.

Вторая группа – женщины, оперированные в ДХЦ 1 ГКБ г. Минска по поводу врожденных аноректальных пороков  $n = 34$  (средний возраст  $26 \pm 3,6$  лет). Промежностная эктопия анального канала была у 20 (58,8%), эктопия анального канала в преддверие влагалища диагностирована у 13 (38,3%) девочек, клоакальная форма атрезии была у 1 (2,9%).

### Результаты и обсуждение

Среди опрошенных пациенток 2 группы (дети с ВПР) были отмечены два случая смерти, что составило 5,8%. Девочка А., оперированная по поводу вестибулярной эктопии анального канала – умерла в возрасте 1 года 6 месяцев от гнойного миелиита. Пациентка С., в возрасте – 11 лет, причина смерти – острая почечная недостаточность на фоне хронического пиелонефрита.

При оценке сексуальной функции получены следующие данные: в группе женщин, перенесших перитонит, жили половой жизнью 36 из 37. Возраст начала половой жизни составил  $17,6 \pm 1,2$  года. После коррекции ВПР: 20 из 22 пациенток жили половой жизнью, но начало половой жизни наступило в  $20,3 \pm 1,9$  года. Более позднее начало половой жизни у женщин, перенесших операции по поводу ВПР, вероятнее всего связано с психологическим компонентом, чувством «нетипичности» анатомического строения наружных половых органов, косметологическими проблемами, проявляющимися в наличии рубцов на передней брюшной стенке, промежности.

У 3 (9,4%) пациенток после коррекции аноректальных пороков было выявлено расположение анального отверстия кпереди от должного места. Это способствовало контаминации влагалища и уретры и вызывало у женщин постоянное каломазание и частые инфекции мочевых путей. Наличие переднерасположенного заднего прохода приводило к проблеме полового воздержания в течение длительного периода. У 2 (6,2%) женщин были выявлены осложнения, такие как стеноз (1) и рефистулизация (1), что так же

приводило к ограничению в половой жизни. Особенности сексуальной функции отразились и на семейной жизни пациенток.

**Семейный анамнез.** Женщины, перенесшие операции по поводу перитонита в 67,6% (25 пациенток) были замужем, у 18,9% (7 женщин) брак не был зарегистрирован, и 5 (13,5%) оставались одиночками. Пациентки, перенесшие операции по поводу ВПР аноректальной области в 50% (16 женщин) были замужем, у 10 (31,3%) их сексуальные отношения с мужчинами не были зарегистрированы и в 18,7% (6 женщин) оставались одиночками.

**Образование.** Интересные данные выявлены при изучении полученного пациентками образования. Среди женщин, перенесших перитонит, у 16 (43,3%) было высшее образование, у 21 (56,7%) средне-специальное, то есть все закончили как минимум средние специальные образовательные учреждения.

Среди женщин второй группы 14 (43,8%) имели высшее, 16 (50%) – средне-специальное, а так же 2 (6,2%) имели лишь базовое (средняя школа) образование. Это вероятно связано с проблемами социальной адаптации, инвалидизацией пациенток, невозможностью длительное время находиться в коллективе, психологической усталостью, стеснением.

**Менструальная функция.** При оценке менструальной функции оценивались возраст ее наступления, длительность и продолжительность цикла. Время появления менструаций у пациенток первой группы составило  $13,5 \pm 2,5$  лет, второй группы –  $13,4 \pm 2,1$  года. Таким образом, данный показатель не зависел от выполненных операций и послеоперационных осложнений и определялся особенностями индивидуума.

Нарушение правильных взаимоотношений между различными звеньями, регулирующими процесс полового созревания, приводит к нарушению становления менструальной функции у девочек. У пациенток первой группы после перенесенного перитонита нарушение менструальной функции имело место у 7 (18,9%). Из них 2 (28,6%) женщины оперировались по поводу деструктивного аппендицита, осложненного местным перитонитом, 5 (71,4%) – по поводу первичного перитонита. Первичный перитонит, как следствие воспалительных заболеваний тазовых органов значительно чаще приводил к нарушению менструальной функции.

У женщин, перенесших операции по поводу ВПР аноректальной области беременность наступила лишь у 10 (31%) пациенток, при том, что желание иметь ребенка отметили 80% респондентов. Нарушение репродуктивной функции у этой группы обусловлено анатомической неполноцен-

## Оригинальные научные публикации

ностью аномальной матки и влагалища, а также сопутствующими функциональными нарушениями. При необходимости выполнялось ультразвуковое исследование. Были выявлены признаки гипоплазии матки и яичников – у 25%, аномалия строения матки (двуорогая матка) – 8,3%.

Часто для решения вопроса о выборе способа родоразрешения пациентки гинекологи обращались за советом к детским хирургам, выполнившим операции по поводу коррекции ВПР. Практически всем женщинам, перенесшим операции по поводу ВПР, родоразрешение проводилось путем кесарева сечения.

### Выводы

1. В отдаленном периоде после коррекции аноректальных пороков у женщин чаще наблюдается: социальная дезадаптация; нарушения менструальной, сексуальной функции, бесплодие.

2. Перфоративный аппендицит и перитонит, особенно перенесенный в раннем детском возрасте, может привести к трубной дисфункции, вследствие образования перитонеальных спаек после воспаления и последующим повышением риска внематочной беременности и женского бесплодия.

3. Во время создания колостом при лечении аноректальных пороков развития у девочек ре-

визия гинекологических структур является обязательной. Выявление тех или иных аномалий необходимо для проведения в будущем специальных лечебных мероприятий, способствующих наступлению беременности.

### Литература

1. *Diedrich, K., Bayer O.* // International Symposium on GnRH Analogues in Human Reproduction. 2-d: Proceedings. – Geneva, 1993. – V. 3. – P. 21–26.

2. *Olsen, J., Koppers-Chinnow M., Spirelle A.* Потребность в медицинской помощи при лечении бесплодия: исследование, основанное на обзоре данных пяти Европейских стран // *Fertil. steril.* – 1996. – V. 66, N 5. – P. 95–100.

3. *Puri, P.* Fertility following perforated appendicitis in girls / *P. Puri, E. P. McGuinness, Guiney* // *J. Pediatr. Surg.* – 1989. – Vol. 24, № 6. – P. 547–9.

4. *Бакуридзе, Э. М., Дубницкая Л. В., Федорова Т. А.* Реабилитация пациенток с бесплодием после реконструктивно-пластических операций на органах малого таза // *Журн. акушерства и жен. болезней.* – 2001. – № 3. – С. 47–51.

5. *Дегтярев, Ю. Г., Любич Н. В.* Влияние перитонита на репродуктивную систему у девочек. Материалы XII съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях». – Гомель, 2006. – Т. 1. – С. 130–131.

Поступила 28.07.2014