



Место количественной оценки проходимости маточных труб в определении прогноза лечения трубно-перитонеального бесплодия*

А.Н. Зиновьев, к.мед.н., Т.М. Мотовилова, к.мед.н., Т.С. Качалина, д.мед.н.,
О.В. Качалина, М.С. Зиновьева, к.мед.н.
Кафедра акушерства и гинекологии Нижегородской государственной медицинской академии

Одним из наиболее частых вариантов женского бесплодия является трубно-перитонеальное. Возможность оценки проходимости маточных труб представляет собой важную проблему для врача в процессе обследования пациентки с бесплодием. Ряд патологических процессов в половой сфере (воспаление, спайки, инфантилизм, опухоли) могут нарушать проницаемость маточной трубы и создавать препятствие для зачатия или продвижения уже оплодотворенной яйцеклетки по трубе в полость матки. В последнем случае есть вероятность наступления трубной беременности, что также относится к серьезным расстройствам репродуктивной функции [1-4].

Используемые в настоящее время методы диагностики оценки состояния маточных труб условно подразделяются на косвенные и прямые. К косвенным относятся гистеросальпингография (ГСГ), соносальпингоскопия (СГСС), кимографическая пертубация (КП), к прямым – лапароскопия с хромосальпингоскопией (ХСС), гистероскопия с фертилоскопией. Несмотря на широкое распространение косвенных методов исследования в диагностике трубно-перитонеального бесплодия, их доступность и малую инвазивность, существует мнение ряда авторов о том, что в 13–25% случаев они дают как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты [3].

ГСГ на данный момент является основным методом диагностики проходимости маточных труб, она позволяет определять точную локализацию окклюзии и косвенные признаки спаечного процесса в малом тазу при помощи введенного в

полость матки рентгеноконтрастного вещества. Патологические изменения трубы, такие как гидросальпинкс (необратимо измененная, расширенная, наполненная жидкостью маточная труба), также могут быть обнаружены при проведении ГСГ. Если же маточные трубы свободно проходимы, то контрастная жидкость выходит в брюшную полость. Из несомненных преимуществ метода необходимо отметить возможность документирования – получения снимков [2]. При этом факт попадания контраста в брюшную полость не гарантирует того, что реснитчатый эпителий труб функционирует нормально. ГСГ позволяет только качественно определить, проходимы маточные трубы или нет – без точной оценки степени проходимости. Кроме того, процедура связана с необходимостью облучать гонады и может вызывать спазматические боли у пациентки в процессе ее проведения. Данный метод имеет до 20% ложных результатов в связи с возможным спазмом трубы, что может быть ошибочно принято за ее обструкцию и повлиять на дальнейшую тактику и прогноз. Чаще всего исследование требует медикаментозной подготовки спазмолитиками, седативными препаратами. В случае, если на рентгенограммах ясно видна непроходимость труб, а беременность, несмотря на лечение, не наступает, повторение снимков лишено смысла.

В последние годы большое распространение получила СГСС. Данная процедура сходна с ГСГ, но она является более щадящей, поскольку не происходит облучения органов малого таза, в частности яичников. Вместо рентгеноконтрастного вещества в полость матки вводят стерильный инертный раствор, который поступает в маточные

*Статья впервые опубликована в Русском медицинском журнале. Мать и дитя. – 2013. – № 14.



трубы и при наличии их проходимости – в брюшную полость, что визуализируется в процессе УЗ-исследования [4]. Однако данный способ менее достоверный по сравнению с ГСГ, поскольку разрешающая способность УЗИ-аппарата ниже, чем рентгеновского. Оценка ведется в режиме реального времени, поэтому она достаточно субъективна и может свидетельствовать лишь о попадании жидкости через трубы в полость таза, но не позволяет охарактеризовать анатомические особенности самой трубы и динамику продвижения жидкости по ней. Кроме этого, данная диагностическая процедура не надежна в плане выявления спаечного процесса в малом тазу, имеются проблемы с ее документированием, чаще всего приходится ориентироваться лишь на протокол и субъективную оценку врача, проводившего исследование.

Важно отметить, что не следует проводить ГСГ и СГСС при наличии (клинически и по данным УЗИ) одно- или двустороннего гидросальпинкса во избежание обострения воспалительного процесса. Кимографическую пертубацию (КП) целесообразно применять лишь для оценки сократительной активности маточных труб после реконструктивно-пластических операций.

По данным современных исследований, диагностическая точность непрямых методов зависит от ряда факторов: спастическая реакция маточных труб, различные свойства контраста, сопутствующие гинекологические заболевания воспалительного характера, спаечный процесс в малом тазу и т.д. Так, точность диагностики при проведении ГСГ при проходимых маточных трубах составляет 81,6%, при непроходимости маточных труб с одной или двух сторон – 86,6%. Точность СГСС при проходимых маточных трубах составляет 80% и снижается до 32% при непроходимости с одной или двух сторон. Диагностическая значимость КП как при проходимых маточных трубах, так и при непроходимости маточных труб с одной или двух сторон составляет лишь 67%, что ограничивает ее применение [3].

Прямым и информативным методом, наиболее широко используемым в настоящее время, является метод, включающий выполнение хромосальпингоскопии при проведении лапароскопии и визуальную оценку состояния маточных труб [1, 3]. Показания к проведению данного исследования возникают в случае неоднократного применения косвенных методов исследования состояния маточных труб, наличия в анамнезе чревосечений, реконструктивно-пластических операций, подозрения на сопутствующие заболевания органов малого таза [3]. Смысл методики заключается в визуальном контроле за поступлением инертного красителя через маточные трубы в полость малого таза. К достоинствам относится возможность осмотра и определения анатомических особенностей трубы, наличия спаечного процесса и ряда

других изменений, которые могут быть не обнаружены при других исследованиях (эндометриоз, аномалии развития и т.д.). Однако общепринятая ХСС позволяет устанавливать факт того, что труба проницаема для жидкого красителя, т.к. жидкость изливается в полость таза. При этом не учитывается, что, даже если труба проходима для жидкой среды, далеко не всегда возможно беспрепятственное продвижение по ней сперматозоидов и оплодотворенной яйцеклетки.

В практической деятельности врача гинеколога-репродуктолога важно иметь возможность не только качественной оценки проходимости маточной трубы для жидкого красителя, использующегося с диагностической целью, но и количественной оценки проходимости маточной трубы, что позволяет определить прогноз восстановления фертильности у данной пациентки и дать адекватные рекомендации по дальнейшему лечению.

В связи с вышеперечисленным актуальной задачей представляется повышение точности диагностики за счет обеспечения количественной оценки степени проходимости маточных труб, определения тактики лечения, обеспечения возможности прогнозирования восстановления фертильности.

Решить данную проблему реально путем определения скорости прохождения жидкого красителя по маточной трубе в процессе лапароскопии с ХСС и степень проходимости маточной трубы по предложенной нами балльной системе, где:

- 5 баллов – жидкость поступает по трубе в малый таз через 1-3 с после введения свободным широким потоком сквозь свободные фимбрии;
- 4 балла – жидкость поступает через 2-5 с струей;
- 3 балла – жидкость поступает с задержкой на 5-10 с, при этом труба значительно раздувается и жидкость выделяется быстрыми крупными каплями;
- 2 балла – жидкость выделяется медленными каплями после существенной задержки или повторном введении жидкого красителя;
- 1 балл – жидкость пропотеваает через фимбриальный отдел трубы;
- 0 баллов – жидкость совсем не поступает в полость малого таза, фимбриальный отдел трубы не оформлен, отмечается выраженный спаечный процесс.

Предлагаемый способ осуществляют следующим образом. Пациентке проводят стандартное обследование и подготовку перед проведением лапароскопии по поводу бесплодия, берется информированное согласие на проведение вмешательства. Предварительно после адекватного обезболивания трансцервикальным доступом устанавливают систему для введения инертного жидкого красителя через полость матки в маточные трубы в процессе

операции. Лапароскопическое вмешательство проводят под наркозом в положении больной по Тренделенбургу. После визуальной ревизии органов брюшной полости и малого таза вводят жидкий краситель через установленную систему в полость матки в расчете на ее поступление сквозь маточные трубы в брюшную полость (ХСС). В это время хирург посредством лапароскопа отмечает особенности строения маточных труб, устанавливает факт наличия поступления жидкости в трубы, а затем через трубы в полость малого таза. Степень проходимости маточных труб оценивают в баллах, фиксируя скорость продвижения жидкого красителя по трубам с момента ее введения и характер вытекаемой жидкости.

Результаты проведенных нами исследований показали, что при оценке степени проходимости маточных труб на:

- 4-5 баллов – у пациентки имеется хороший прогноз в плане реализации репродуктивной функции;
- 2-3 балла – требуется пластическая операция (пластика трубы по Бруа, сальпинголизис), в целом прогноз благоприятный;
- 1-2 балла – требуются неосальпингостомия, пластические операции, прогноз сомнительный;
- 0 баллов – труба в функциональном отношении неполноценна, изменения глубоки, вмешательства на трубах бесперспективны, имеются показания к удалению трубы для подготовки к ЭКО и ПЭ.

Предлагаемый способ успешно апробирован на базе гинекологической клиники Областной клинической больницы им. Н.А. Семашко Нижнего Новгорода. Всего обследовано 300 больных, из них 10% при проведении лапароскопии с ХСС имели оценку 4-5 баллов, 40% получили 3-4 балла, 50% – 0-2 балла. Среди общего числа пациен-

ток, получивших 4-5 баллов, забеременели 40%, а у пациенток, получивших 3-4 балла, беременность наступила в 15% случаев.

Таким образом, предложенный способ обеспечивает количественную оценку проходимости маточных труб, т.е. позволяет оценить степень проходимости маточных труб, что в свою очередь обеспечивает возможность дифференцированно выбрать тактику лечения бесплодия. Применение метода позволяет судить о целесообразности сохранения каждой из маточных труб в процессе операции и перспективах восстановления детородной функции пациентки, а также своевременно определять показания для вспомогательных репродуктивных технологий. Это особенно актуально у больных с длительным анамнезом бесплодия, а также наличием отягощающих факторов (возраст, сопутствующая патология, проводимое ранее неадекватное лечение, повторные хирургические вмешательства на органах малого таза и т. д.).

Список использованной литературы

1. Дубницкая Л.В., Баканова Д.Н., Назаренко Т.А. Диагностическая ценность трансвагинальной гидролапароскопии при обследовании пациенток с бесплодием // Проблемы репродукции. 2006. № 1.
2. Дуда В.И., Дуда И.В. Гинекология, 2-е изд. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2005 С. 28.
3. Квициане К.Д. Комплексная оценка состояния маточных труб у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием: дисс....канд. мед. наук. – М., 2010. 105 с.
4. Рязанцев А.А. Эхографическая и лапароскопическая оценка проходимости маточных труб // Тезисы докладов III Съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. – М., 1999. С. 19.