

© А. А. Попов, О. В. Мачанските,
Е. Н. Головина

Московский областной НИИ акушерства
и гинекологии

ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ И БЕСПЛОДИЕ

УДК: 618.14-072.1

■ **Офисная гистероскопия произведена 104 пациенткам, страдающим различными видами бесплодия, с целью оценить лечебно-диагностические возможности офисной гистероскопии. Процедуру проводили с помощью гистероскопов с диаметром оптики 1,9 мм, и наружным диаметром тубуса 3,2–3,5 мм, по методике Bettocchi. Пациентки были разделены на две группы. Первую группу составили 68 пациенток, планирующих ЭКО. Во вторую группу были включены 36 пациенток на этапе восстановления естественной фертильности. В I группе внутриматочная патология выявлена в 32,7 % (n=22), во II группе — 58,3 % (n=21). Полученные данные позволяют считать офисную гистероскопию методом выбора для пациенток с бесплодием: в амбулаторных условиях могут быть выполнены диагностика и некоторые малоинвазивные операции, что позволит улучшить репродуктивные исходы.**

■ **Ключевые слова:** офисная гистероскопия; бесплодие; внутриматочная патология.

Введение

Бесплодие является актуальной проблемой современного общества. По данным ВОЗ, при частоте бесплодных браков, равной 15 % и выше (критический уровень), влияние его на демографические показатели превышает суммарное влияние невынашивания и перинатальных потерь, приобретая государственное значение. Частота бесплодия в России достигает 19 % и имеет тенденцию к росту. В связи с этим проблема лечения бесплодия в настоящее время приобретает не только медицинское, но также социально-демографическое и экономическое значение.

Нарушение репродуктивной функции женщин является следствием множества причин, где маточный фактор составляет 24–62 % [2, 1, 10]. Внутриматочная патология является единственной причиной бесплодия у 10–15 % женщин, а в сочетании с другими факторами ее частота увеличивается до 50 % [7].

Внедрение в клиническую практику гистероскопии существенно расширило возможности диагностики патологических состояний эндометрия. Сегодня гистероскопия приобретает все большее значение как метод, позволяющий выявлять внутриматочную патологию у пациенток, готовящихся к реализации генеративной функции как с помощью методов вспомогательных репродуктивных технологий, так и в естественных циклах.

Однако применение современных панорамных гистероскопов из-за их относительно большого диаметра (5 мм) связано с дилатацией цервикального канала, что требует общего обезболивания и ограничивает проведение гистероскопии с диагностической целью. То есть на поликлиническом этапе обследования, диагностика внутриматочной патологии ограничивается ультразвуковым, рентгенологическим и цитологическим исследованиями без привлечения высокоинформативного гистероскопического метода.

В то же время, целенаправленная работа по совершенствованию эндоскопов привела к созданию оптических приборов небольшого диаметра (от 1,2 до 3 мм) — минигистероскопов позволяющих осуществлять эффективную панорамную визуализацию полости матки без расширения цервикального канала при минимальных ощущениях дискомфорта у пациенток, что особенно важно у нерожавших пациенток [9].

Однако многие аспекты применения офисной гистероскопии, ее преимущества и недостатки в диагностике и лечении внутриматочной патологии у пациенток с бесплодием освещены недостаточно.

Цель исследования

Оценить лечебно-диагностические возможности офисной гистероскопии у пациенток с бесплодием.

Методика

С 2008 по 2010 год в отделении эндоскопической хирургии МОНИИАГ произведена офисная гистероскопия 104 пациенткам. Показаниями для проведения офисной гистероскопии были различные формы бесплодия. Пациентки были разделены на две группы. Первую группу составили 68 пациенток, планирующих ЭКО. Во вторую группу были включены 36 пациенток на этапе восстановления естественной фертильности. Процедуру проводили с помощью жестких гистероскопов фирм KARL STORZ (Германия) и Gynecare (США) с диаметром оптики 1,9 мм и наружным диаметром тубуса 3,5 мм по методике, предложенной Bettocchi.

При проведении офисной гистероскопии по Bettocchi пациентка находится на операционном столе в литотомической позиции. Без предварительного введения влагалищных зеркал и наложения пулевых щипцов на шейку матки гистероскоп вводился во влагалище при подаче среды растяжения (физиологический раствор). При утечке среды растяжения из влагалища большие половые губы сводили большим и указательным пальцами левой руки. После наполнения влагалища физиологическим раствором производили вагиноскопию, находили шейку матки. Основным ориентиром шейки матки при этом служил гладкий плоский эпителий, в отличие от складчатого эпителия влагалища. После чего находили наружный зев цервикального канала. Последующие этапы введения гистероскопа в полость матки и цервикального канала не отличались от традиционной методики гистероскопии.

Биопсию проводили на 8–12-й день менструального цикла. Открытые branши биопсийных щипцов располагали напротив исследуемого участка эндометрия, затем их погружали в ткань, не доходя до мышечного слоя, и проводили вдоль на протяжении 0,5–1 см. При получении достаточной порции слизистой branши щипцов закрывали и весь гистероскоп извлекали из полости матки, не погружая branши щипцов обратно в операционный канал гисте-

роскопа. Таким образом, получали не только ту ткань, что захватили между branшами, но и окружающую ткань, выступающую за их пределы. Этот прием обеспечивал больший объем материала.

Также в ходе офисной гистероскопии и биопсии эндометрия у 20 пациенток из I группы, уже имевших в анамнезе неудачные попытки ЭКО, было произведено бактериологическое исследование эндометрия. Забор материала проводили в ходе жидкостной проточно-промывной гистероскопии с предварительной санацией влагалища, исключая контактирования биоптата эндометрия с эндоцервиксом и влагалищной флорой.

Удаление полипов, рассечение синехий производили с помощью механических инструментов (щипцы, зажимы, ножницы).

После выполнения процедуры провели анкетирование пациенток. Анкеты содержали визуальную аналоговую шкалу боли, где 0 баллов соответствовал отсутствию болевых ощущений, а 10 баллов — нестерпимой боли.

Результаты исследования

В I группе внутриматочная патология выявлена в 32,7% (n=22), во II группе — в 58,3% (n=21). Структура внутриматочной патологии представлена в таблице 1.

Так в I группе выявлены: полипы эндометрия 8,8% случаев (n=6), полипы цервикального канала в 4,4% (n=3), миома матки в 5,9% (n=4), гиперплазия эндометрия в 10,7% (n=7), синехии цервикального канала в 2,9% случаев (n=2). Во II группе наиболее часто встречалась следующая патология: полипы эндометрия в 11,1% случаев (n=4), полипы цервикального канала в 13,9% (n=5), миома матки в 5,6% (n=2), гиперплазия эндометрия в 8,3% (n=3), внутриматочные синехии в 19,4% случаев (n=7). Средний балл при оценке болевых ощущений по 10-балльной шкале составил 2,58. При выявлении синехий цервикального канала и полости матки производили их рассечение острым путем, что было эффективно во всех случаях. Так же эффективно

Таблица 1

Структура внутриматочной патологии

Патология эндометрия	Группа I, %	Группа II, %
Полипы эндометрия	8,80	11,10
Полипы цервикального канала	4,40	13,90
Миома матки	5,90	5,60
Гиперплазия эндометрия	10,70	8,30
Синехии цервикального канала	2,90	0
Внутриматочные синехии	0	19,40
Итого:	32,7	58,3

но произведена полипэктомия при размерах полипов до 5 мм.

При бактериологическом исследовании эндометрия в 20% (n=4) случаев выявлена патогенная флора, а именно *Enterococcus sp.*, *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae*. Следует отметить, что несмотря на бактериальную обсемененность эндометрия, его морфологическая структура во всех выявленных случаях не была изменена и соответствовала средней стадии пролиферации.

Обсуждение результатов

Методика офисной гистероскопии позволяет провести процедуру без использования влажных зеркал, пулевых щипцов и анестезии, при этом минимизировать болевые ощущения у пациенток. К основным преимуществам офисной гистероскопии следует отнести и отсутствие необходимости в расширении цервикального канала, что особенно важно у нерожавших пациенток, дилатация цервикального канала у которых сопровождается травматизацией тканей шейки матки.

Автором метода (Bettocchi S., 1997) была показана возможность выполнения жидкостной гистероскопии при давлении среды до 40 мм рт. ст., что также уменьшает болевые ощущения [9, 5, 10]. Средний бал при оценке болевых ощущений составил 2,58 (по 10-балльной шкале).

Наличие в арсенале офисной гистероскопии операционного канала и микроинструментов (щипцы, ножницы, биполярный электрод) позволяет проводить не только прицельную «щипковую» биопсию, но и такие внутриматочные вмешательства как удаление полипов, рассечение синехий [6, 8]. То есть офисная гистероскопия позволяет не только диагностировать внутриматочную патологию, но и провести ее немедленное лечение (see-and-treat).

При сравнении структуры внутриматочной патологии в I и II группе обнаружено, что достоверно чаще внутриматочные синехии встречаются в группе пациенток, планирующих восстановление естественной фертильности (19,4%), этот феномен пока не нашел своего объяснения. В отношении частоты выявления гиперпластического процесса эндометрия различий нет.

Открытым остается вопрос в отношении диагностики хронического эндометрита. Напомним, что для гистологической верификации диагноза необходимы следующие маркеры: наличие очаговой лимфо-лейкоцитарной инфильтрации; очагового фиброза стромы; наличие плазматических клеток и склеротических изменений стенок спиральных артерий, из которых наличие плазматических клеток является обязательным [1, 2]. Кроме того, трудности диагностики так же свя-

заны с отсутствием четкой гистероскопической и клинической картины заболевания. Многими авторами отмечается высокая частота хронического эндометрита при бесплодии 17,2–67,7% и невынашивании 34–73,1% [1, 3, 4]. Однако в нашем исследовании мы не нашли ни одного гистологически подтвержденного диагноза «хронический эндометрит». Более того, морфологическая структура эндометрия с выявленной бактериальной обсемененностью не была изменена и соответствовала средней стадии пролиферации. Таким образом, можно предположить о преувеличенном значении микробного фактора в возникновении хронического эндометрита.

Выводы

1. Офисная гистероскопия — малоинвазивная технически простая и высокоинформативная процедура, выполняемая на амбулаторном этапе обследования. К преимуществам офисной гистероскопии нужно отнести отсутствие необходимости в анестезии и госпитализации, что неизбежно ведет к снижению стоимости самой процедуры.
2. Офисная гистероскопия — метод выбора при исследовании полости матки на амбулаторном этапе обследования, позволяющем при необходимости произвести некоторые лечебные манипуляции.
3. Включение офисной гистероскопии в обследование пациенток с бесплодием на этапе восстановления естественной фертильности и на этапе подготовки к ЭКО, позволяет своевременно диагностировать и, в ряде случаев устранять внутриматочную патологию, что дает возможность улучшить состояние эндометрия и повысить эффективность преодоления женского бесплодия.

Литература

1. Диагностика патологии полости матки у больных, страдающих трубно-перитонеальной формой бесплодия / Корсак В. С. [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2005. — вып. 3. — С. 50–53.
2. Корнеева И. Е. Состояние концепции диагностики и лечения бесплодия в браке: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2003.
3. Кузнецова А. В. Иммунология хронического эндометрита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001.
4. Серова О. Ф. Профилактика нарушений репродуктивной функции у подростков после аборта // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 15. — С. 984–986.
5. Хмельницкий О. К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. — СПб.: Сотис., 1994. — С. 136–144.

6. Bettocchi S., Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 1997. — Vol. 4. — P. 2255–2258.
7. Brown S. E., Coddington C. C., Schnorr J. Evaluation of outpatient hysteroscopy, saline infusion hysterosonography, and hysterosalpingography in infertile women: a prospective, randomized study // Fertil. Steril. — 2000. — Vol. 74. — P. 1029–1034.
8. Margalioth E. J., Ben Chetrit A., Gal M. Investigation and treatment of repeated implantation failure following IVF-ET // Human Reproduction. — 2006. — Vol. 21. — P. 3036–3043.
9. Operative office hysteroscopy without anaesthesia: A study of 4863 cases performed with mechanical instruments / Bettocchi S. [et al.] // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 2004. — Vol. 11. — P. 5961.
10. Ventolini G., Zhang M., Gruber J. Hysteroscopy in the evaluation of patients with recurrent pregnancy loss: a cohort study in a primary care population // Surg. Endosc. — 2004. — Vol. 18, N 12. — P. 1782–1784.

Статья представлена М. А. Шалиной
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

OFFICE HYSTEROSCOPY AND INFERTILITY

A. A. Popov, O. V. Machanskite, E. N. Golovina

■ **Summary:** Office hysteroscopy is performed 104 patients suffering from various kinds of sterility, in order to evaluate the therapeutic and diagnostic possibilities of office hysteroscopy. The procedure was performed using hysteroscopy with a diameter of 1.9 mm optics and an external diameter of the tube 3,2–3,5 mm, according to the method Bettocchi. Patients were divided into two groups. The first group comprised 68 patients before IVF. The second group included 36 patients in the recovery phase of natural fertility. In Group I, endometrial pathology was found in 32,7% (n=22), in group II — 58,3% (n=21). The data obtained allow us to assume office hysteroscopy method of choice for patients with infertility: an outpatient basis can be performed some diagnostics and minimally invasive surgery that would improve the reproductive outcome.

■ **Key words:** office hysteroscopy; infertility; endometrial pathology.

■ Адреса авторов для переписки

Попов Александр Анатольевич — д. м. н., проф., руководитель клиники эндоскопической хирургии МОНИИАГ.
Московский областной НИИ акушерства и гинекологии.
101000, г. Москва, ул. Покровка 22-а.
E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru.

Мачанските Ольга Витовтовна — к. м. н., научный сотрудник клиники эндоскопической хирургии МОНИИАГ.
Московский областной НИИ акушерства и гинекологии.
101000, г. Москва, ул. Покровка 22-а.
E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru.

Головина Елена Наильевна — аспирант клиники эндоскопической хирургии МОНИИАГ.
Московский областной НИИ акушерства и гинекологии.
101000, г. Москва, ул. Покровка 22-а.
E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru.

Popov Alexandre Anatolevich — Doctor of Medical Sciences, professor, the chief of the endoscopic surgery department of the Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology.
Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology.
22A Pokrovka street, Moscow, 101000, Russia.
E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru.

Machanskite Olga Vitovtovna — PhD, an assistant of endoscopic surgery department of Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology.
Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology.
22A Pokrovka street, Moscow, 101000, Russia.
E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru.

Golovina Elena Nailevna — resident of endoscopic surgery department of Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology.
Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology.
22A Pokrovka street, Moscow, 101000, Russia.
E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru.