

Заключение

Использование данного метода исследования состояния маточных труб в условиях стационара одного дня позволяет избежать проведения боль-

шого числа малоинформативных методов диагностики трубно-перитонеального бесплодия и снизить частоту хирургических вмешательств у пациенток с бесплодием неясного генеза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

© В. С. Заболотнов, Т. А. Пылаева, О. Ю. Якушева, А. В. Вахричева

Ярославская государственная медицинская академия; МКУЗ МСЧ ОАО «Автодизель»; ООО «Частная клиника», Ярославль, Россия

Актуальность проблемы

Бесплодие — одна из наиболее актуальных проблем современной гинекологии. На его преодоление не редко уходят годы. Такие доступные методы диагностики, как гистеросальпингография (ГСГ) и эхогистеросальпингоскопия (ЭГСС) не являются максимально информативными, имеют большое число ложноотрицательных результатов, а диагностика наружного эндометриоза при использовании этих методов невозможна. Традиционная лапароскопия (ЛС), являясь «золотым» стандартом в диагностики проходимости маточных труб, используется на более поздних этапах обследования женщин, страдающих бесплодием. Это обусловлено относительной инвазивностью и дороговизной донного метода. В последние годы появился достаточно безопасный, информативный и экономичный эндоскопический метод диагностики бесплодия — трансвагинальная гидролапароскопия (ТВЛС). Данный метод может быть использован в условиях дневного стационара.

Цель исследования

Сравнить информативность различных методов диагностики проходимости маточных труб у женщин, страдающих бесплодием и не имеющих клинических признаков патологии органов малого таза.

Материал и методы

В исследование были включены 56 женщин, которым было проведено 117 исследований. При гинекологическом осмотре и трансвагинальном УЗИ-исследовании у пациенток не найдено патологии ор-

ганов малого таза, к тому же все имели нормальный менструальный цикл, отсутствовал эндокринный, иммунный и мужской факторы бесплодия. ГСГ и ЭГСС выполнялись по общепринятой методике в амбулаторных условиях. ЛС проводилась в условиях стационара под эндотрахеальным наркозом. ТВЛС осуществлялась в условиях дневного и круглосуточного стационаров, под внутривенным наркозом. В исследовании не сравнивались информативность ГСГ и ЭГСС.

Результаты

Все пациенты были разделены на три группы. В первой группе сравнивалась информативность традиционной ЛС и ТВЛС. Участвовало 16 женщин. В 15 случаях результаты совпали, что составило 94%. Во второй группе сравнивали ГСГ и эндоскопические методы (ЛС и ТВЛС) диагностики проходимости маточных труб. В нее вошли 30 женщин. Совпадение результатов было зарегистрировано в 16 (53%). В третьей группе сопоставляли ЭГСС и эндоскопические методы (ЛС и ТВЛС). В ней было 14 пациенток. Совпадение результатов отмечено в 4 случаях (29%).

Заключение

Эндоскопические методы должны иметь приоритетное место в диагностике проходимости маточных труб у женщин с бесплодием. По информативности ТВЛС не уступает традиционной лапароскопии, может выполняться в стационаре дневного пребывания и является методом выбора на ранних этапах обследования женщин, страдающих бесплодием.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОСКОРОСТНОГО ЦИФРОВОГО ВИДЕОМИКРОСКОПИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЦИЛИАРНОГО АППАРАТА ЭНДОСАЛЬПИНГСА

© А. М. Кабешов, Д. В. Карнаухов, М. В. Кабешова, А. А. Аверин, Ю. А. Лукашевич

Ярославская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии, Ярославль, Россия

Актуальность проблемы

Основная репродуктивная задача маточных труб — обеспечение капацитации сперматозои-

дов, оплодотворения яйцеклетки, жизнедеятельности эмбриона на ранних стадиях развития и

осуществление переноса его в полость матки. Этому способствует слаженная работа реснитчатых и секреторных клеток эндосальпинкса, гладкой мускулатуры маточной трубы. Большинство авторов сходятся во мнении, что за захват, удержание и продвижение яйцеклетки по маточной трубе отвечает главным образом реснитчатый эпителий маточной трубы, а перистальтические движения гладкой мускулатуры маточных труб и создаваемый ею феномен «выдавливании» играет вспомогательную роль. Это позволяет считать, что успех реконструктивно-пластической хирургии маточных труб и результаты лечения бесплодия в целом во многом зависят от состояния эндосальпинкса. В связи с этим применение методов объективной оценки и документирования двигательной активности цилиарного аппарата (ДАЦА) маточной трубы может иметь значение при формировании репродуктивного прогноза и тактики ведения пациенток, страдающих бесплодием.

Материал и методы

В основу исследования ДАЦА эндосальпинкса нами была положена методика, разработанная на кафедре оториноларингологии ЯГМА (заведующий кафедрой профессор В. С. Козлов). Забор материала осуществлялся по оригинальной методике атравматичного микробиопсирования фимбриального отдела маточной трубы лапароскопическим и кульдоскопическим доступами в условиях гидрофлотации, которая исключает кровотечение и необходимость гемостаза. Полученные биоптаты помещались в транспортную среду. В исследовании применялся световой микроскоп фирмы Carl Zeiss с цифровой видеокамерой ProgRes MF (Jenoptic, Германия), работающей в высокочастотном режиме. В условиях иммерсии под увеличением в 1000 крат отыскивался участок с хорошей видимостью ресничек мерцательного эпителия. Получаемое изображение сохранялось в цифровом виде и архивировалось. Подсчет частоты колебаний ресничек (ЧКР) мерцательного эпителия проводился в автоматическом режиме с помощью специально разработанного и адаптированного для целей работы программного обеспечения. По окончании исследования ДАЦА биоптаты направлялись на патоморфологическое исследование.

Апробирование методики проводилось на условиях добровольного информированного согласия пациенток, разделенных на 2 группы. В первую группу вошли 7 пациенток в возрасте от 25 до 32 лет, страдающих первичным бесплодием, которые были оперированы в связи с неэффективностью искусственной инсеминации спермой донора, проводимой по поводу азооспермии

партнера. У пациенток данной группы были исключены трубно-перитонеальный, маточный и эндокринный факторы бесплодия по данным результатов измерения базальной температуры, УЗ-фолликулометрии, диагностических лапароскопии и гистероскопии. Во вторую группу вошло 6 пациенток в возрасте от 20 до 32 лет, оперированных лапароскопическим доступом по поводу бесплодия с формированием двусторонних гидросальпингсов. Объем вмешательства включал в себя адгезиолизис с восстановлением топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза, двустороннюю стоматоластику, проводимую по методикам Semm и Bruhat, биопсию терминальных отделов гидросальпингсов. Всем пациенткам данной группы через 1,5–2 месяца после реконструктивной операции была выполнена трансвагинальная гидролапароскопия с целью контроля проходимости оперированных маточных труб. В 2 случаях во время кульдоскопии была выполнена биопсия фимбриальных отделов маточных труб с повторным исследованием ДАЦА эндосальпинкса. Все исследования проводились на 7–10 день менструального цикла.

Результаты

При исследовании биоптатов фимбриальных отделов маточных труб пациенток группы 1 средняя ЧКР составила 10.5 Hz (min — 9.59 Hz, max — 13.86 Hz), что соответствует литературным сведениям о норме. При этом ЧКР эндосальпинкса левой и правой маточных труб, исследованная у 5 пациенток с двусторонним забором материала, отличалась не более чем на 0.8 Hz.

ЧКР, полученная при исследовании биоптатов пациенток группы 2, колебалась в значительных пределах: от 1.3 Hz до 8.2 Hz и составила в среднем 4.25 Hz. Изменчивость значений ЧКР была также присуща биоптатам, полученным из разных маточных труб одной и той же пациентки — до 4.6 Hz. При этом степень снижения ЧКР коррелировала с тяжестью патоморфологических изменений в исследуемых биоптатах и «стажем» бесплодия. При проведении контрольной трансвагинальной гидролапароскопии у 2 пациенток (33,3%) был выявлен рецидив гидросальпинкса одной из оперированных маточных труб. После биопсии кульдоскопическим доступом фимбриального отдела маточной трубы с сохранившейся проходимостью выполнена конверсия на трансабдоминальную лапароскопию с повторной стоматопластикой гидросальпинкса и его биопсией. При контрольном исследовании ДАЦА фимбриальных отделов маточных труб с сохранившейся проходимостью получены данные о повышении ЧКР на 1.9 Hz (45,24%) и 2.7 Hz (41,52%) по срав-

нению с исходными показателями. Изменения ЧКР при повторном исследовании биоптатов маточных труб с рецидивировавшим гидросальпингсом были разнонаправлены и не превышали 3 % от исходных значений.

Заключение

1. Возможен атравматичный забор биопсийного материала фимбриального отдела маточной трубы традиционным и трансвагинальным лапа-

роскопическими доступами с применением удобной и воспроизводимой методики микробиопсии в условиях гидрофлотации.

2. Метод исследования ДАЦА эндосальпингса путем высокоскоростного цифрового видеомикроскопирования с программной обработкой данных требует дальнейшего изучения и может быть перспективен в комплексном определении репродуктивного прогноза и тактики ведения больных с бесплодием различного генеза.

АНТИМЮЛЛЕРОВЫЙ ГОРМОН КАК ОСНОВНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА

© А. С. Калугина, Б. А. Каменецкий, Н. В. Корнилов

Российско-Финская клиника «АВА-Петер», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Большой интерес в литературе уделяется антимюллеровому гормону (АМГ), который является представителем семейства трансформирующих факторов роста- β и отражает число фолликулов, находящихся в базальной фазе роста.

Материал и методы

Оценка показателей овариального резерва проведена у 56 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием (ТПБ), у 61 — с СПКЯ. Выявлена прямая корреляция концентрации АМГ с числом антральных фолликулов, базальной концентрацией фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и стартовой дозой гонадотропинов.

Результаты

У пациенток с самым низким значением АМГ было самое меньшее число антральных фолликулов (при ТПБ — $4,4 \pm 0,4$; при СПКЯ — $3,85 \pm 0,6$), самый высокий уровень базального ФСГ (соответственно, $10,4 \pm 0,8$ и $11,3 \pm 0,4$) и была использована самая большая стартовая доза ФСГ ($278,4 \pm 4,5$ при ТПБ и $275 \pm 6,1$ при СПКЯ).

При средних значениях АМГ указанные показатели были благополучнее в обеих группах.

У пациенток с ТПБ число антральных фолликулов составило $10,3 \pm 0,3$; базальная концентрация ФСГ — $4,5 \pm 0,2$ МЕ/л. При этом стартовая доза ФСГ оказалась меньше ($215,9 \pm 4,6$ МЕ). У пациенток с СПКЯ полученные данные достоверно не различались.

При АМГ $> 2,5$ нмоль/мл у пациенток с СПКЯ число антральных фолликулов было самым высоким ($21,3 \pm 0,8$); базальная концентрация ФСГ составила $4,6 \pm 0,2$ МЕ/л, а стартовая доза ФСГ оказалась значительно меньше ($98,6 \pm 1,8$ МЕ). Достаточно высокие показатели резерва получены и у больных с ТПБ, а стартовая доза ФСГ составила $132,1 \pm 3,8$.

Заключение

Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости и целесообразности подбора стартовой дозы ФСГ с учетом показателей функционального резерва яичников, и в частности, концентрации АМГ, которая фактически определяет ответ на стимуляцию и степень риска развития СГЯ. Правильный подбор стартовой дозы ФСГ позволяет, с одной стороны, снизить риск избыточного ответа на КСС и тем самым избежать развития СГЯ, с другой стороны, предотвратить возможный «бедный» ответ на стимуляцию, что, как известно, снижает эффективность программ ВРТ.

ВЛИЯНИЕ ДИБИКОРА НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ФУНКЦИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

© Р. А. Манушарова, Э. И. Черкезова

РМАПО, Клиника гинекологии и андрологии, Москва, Россия

Цель исследования

Изучение влияния Дибикора на состояние углеводного, липидного обмена, репродуктивной

системы, инсулинорезистентность (ИР) и гиперинсулинемию (ГИ) при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ).