

Раздел II

КЛИНИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ

УДК 616-073.754.4:618.12+618.177

СЕЛЕКТИВНАЯ САЛЬПИНГОГРАФИЯ И ЧРЕСКАТЕТЕРНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

С.Ю. РУМЯНЦЕВА*

Проведен анализ диагностических и терапевтических возможностей селективной сальпингографии и чрескатетерной реканализации (ССГ и ЧР МТ) у пациенток с трубным бесплодием. ССГ и ЧР МТ играют важную роль в обследовании и лечении при бесплодии, являются методами уточняющей диагностики проходимости и состояния МТ, дают женщинам реальный шанс беременности и родов.

Проксимальная непроходимость встречается у 10-25% женщин с патологией маточных труб. Традиционными методами лечения являются микрохирургические вмешательства и экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Чрескатетерная реканализация МТ представляется более технологичной и эффективной альтернативой, выполняется амбулаторно и в большинстве случаев не требует обезболивания; ССГ позволяет получить информацию о наличии изменений дистальных отделов МТ и, соответственно, строить прогноз в отношении наступления беременности. Несмотря на то, что методика была предложена в конце 1970-х г.г. и во многих развитых странах включена в программу обязательного обследования женщин с бесплодием, в России она до сих пор используется лишь в нескольких учреждениях [1,2].

Цель работы – анализ диагностических и терапевтических возможностей ССГ и ЧР МТ у пациенток с трубным бесплодием.

Материалы и методы. За период с 1993 по 2006 г. в ЦНИРРИ обратились 150 женщин с ранее диагностированной проксимальной непроходимостью обеих или единственной МТ (всего 276 МТ). Все пациентки имели направление на ЭКО. Их средний возраст – 33 года (от 21 до 42 лет), средняя длительность бесплодия 4 г (от 1,5 до 10 лет). Учитывая влияние возрастного фактора на фертильность, исследуемую популяцию пациенток рассматривали в двух возрастных группах: до и старше 35 лет.

Все исследования выполняли в рентгеноперационной, оборудованной ангиографическим комплексом Multistar («Siemens», Германия). Использовали неионные контрастные вещества Ультравист-300 или Омнипак-300. Целью повторной ГСГ являлось подтверждение проксимальной непроходимости МТ и обеспечение доступа в полость матки. Использовали металлический гистерограф («Storz», Германия) или двухпросветный баллонный ГСГ-катетер («Cook», США). С помощью шприца под контролем рентгеноскопии в полость матки медленно вводили контрастное вещество до тугого заполнения и делали рентгеновские снимки.

Если проксимальная непроходимость подтверждалась, выполняли ССГ. Через канал гистерографа или баллонного катетера в полость матки проводили преформированный в виде хоккейной клюшки 4-5F катетер («Cook», США), направляли его в один из рогов матки, заклинивали в устье МТ и производили инъекцию 2-3 мл контрастного вещества. Если появлялось контрастирование дистальных отделов, выполняли рентгеновские снимки.

В случае сохранения непроходимости предпринималась попытка ЧР МТ с помощью проводника «glide» («Terumo», Япония) или 3F микрокатетера и микропроводника («Cook», США). Осуществляли реканализацию непроходимого участка, затем выполняли контрольные снимки. Для оценки роли ЧР МТ учитывали все наступившие спонтанные беременности у женщин с успешно восстановленной проксимальной и сохраненной дис-

тальной проходимостью, у которых при стандартном обследовании не было выявлено других причин бесплодия. Пациенток прослеживали до наступления первой беременности или до начала применения ЭКО.

Результаты. При ГСГ проксимальная непроходимость обеих или единственной МТ была подтверждена у 120 (80%) из 150 пациенток. У остальных 30 женщин (20%) МТ оказались проходимы. Селективная катетеризация МТ оказалась технически возможна у всех 120 женщин. ССГ позволила визуализировать МТ у 35 пациенток (23%). Попытка ЧР МТ с сохраняющейся после ССГ проксимальной непроходимостью предпринята у 85 женщин. Процедура была успешной и позволила визуализировать дистальные отделы МТ у 75 пациенток (88%). Таким образом, совместное применение ССГ и ЧР позволило восстановить проксимальную проходимость и визуализировать, по крайней мере, одну МТ у 110 из 120 женщин (92%). Эти показатели в двух возрастных группах не имели статистически значимых различий. Побочным эффектом у 5 (4%) пациенток при выполнении процедур ССГ и ЧР МТ была вегетативная реакция в виде снижения артериального давления, тахикардии, тошноты, появления испарины, которая возникала при попадании контрастного вещества в брюшную полость. Эти явления купировались самостоятельно. Другим побочным эффектом был болевой синдром, имевшийся у двух женщин в течение 2 и 4 ч и купированный введением анальгина и но-шпы. При попытке ЧР повреждение МТ проводником возникло у одной пациентки и проявилось поступлением контрастного вещества в свободную брюшную полость. В двух других случаях было отмечено контрастирование стенки интрамурального отдела МТ, однако процедура была продолжена и закончилась успешной ЧР зоны окклюзии. Каких-либо клинических последствий у всех трех пациенток не отмечено. Осложнение, проявившее себя фебрильной температурой, болями внизу живота и лабораторными признаками бактериальной инфекции, отмечено после ССГ у одной пациентки с двухсторонним гидросальпинксом. Воспалительный процесс был успешно купирован антибиотикотерапией в течение 3 суток госпитализации.

В зависимости от проходимости и признаков поражения дистальных отделов МТ были выделены три варианта рентгеноморфологической картины: проходимые МТ без изменений дистальных отделов; МТ с адекватной проходимостью, но с патологическими изменениями дистальных отделов (отсутствие продольной складчатости, умеренное расширение ампулярного отдела, внутрипросветные спайки); МТ с выраженными патологическими изменениями и отсутствием адекватной проходимости в средних и/или дистальных отделах. Из 30 женщин, у которых непроходимость МТ при повторной ГСГ не подтвердилась, 19 забеременели в течение года (63%). Из 35 пациенток с восстановленной в результате ССГ проходимостью МТ, беременность в течение года наступила у 14 (40%). Для оценки терапевтической роли ЧР МТ беременности учитывали у пациенток с адекватной дистальной проходимостью МТ (варианты 1 и 2) без признаков спаечного процесса в малом тазу, с отсутствием нарушений овуляции и имеющих партнеров с нормальными показателями спермограммы. Анализировали результаты у 65 пациенток, сроки наблюдения составили от 3 до 60 (в среднем 15) мес.

Вероятность наступления беременности не зависела от того, была ли проходима одна или обе МТ. Однако из 20 пациенток старше 35 лет беременность после ЧР наступила лишь у одной женщины (5%). В группе пациенток моложе 35 лет забеременели 13 из 45 (29%). Из 12 беременностей, наступивших у пациенток с вариантом 1, десять (91%) были внутриматочными и одна (9%) трубной. В группе женщин, имеющих признаки поражения дистальных отделов МТ (вариант 2), одна из двух наступивших беременностей (50%) оказалась трубной. Таким образом, в ре-

* ФГУ Центральный научно-исследовательский рентгенорадиологический институт федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Санкт-Петербург

зультате комбинированного применения ГСГ (n=19), ССГ (n=14) и ЧР МТ (n=14) беременность наступила у 47 из 150 женщин (31%) и в 46 (30%) случаях закончилась нормальными родами.

При повторной ГСГ, выполнявшейся нами непосредственно перед планируемыми ССГ и ЧР, непроходимость МТ была подтверждена только у 80% пациенток, что подтверждает высокую частоту динамических причин незаполнения МТ контрастным веществом или красителем при использовании стандартных методов их оценки. В отличие от других методов, при выявлении проксимальной непроходимости МТ методика ГСГ имеет весьма эффективное продолжение в виде выполнения ССГ. Последняя представляется ценным диагностическим тестом, т.к. позволили добиться визуализации 23% МТ, «непроходимым» на основании других методов диагностики. При подтверждении органических причин ЧР позволила восстановить проксимальную проходимость МТ у 88% пациенток. Важно, что после успешных ССГ или ЧР могут быть визуализированы и оценены дистальные отделы МТ, состояние которых имеет ключевое значение для возникновения беременности. Выявление патологических изменений МТ позволило распределить пациенток на три группы. К первой из них мы отнесли женщин без патологических изменений дистальных отделов МТ, которые не нуждаются в дополнительном обследовании труб и лечении. Во вторую группу выделили пациенток с признаками поражения дистальных отделов МТ, которым могут помочь хирургические методы коррекции (фимбриопластика, неосальпингостомия и др.). Третью группу составили женщины с необратимыми изменениями МТ, делающими бесперспективными попытки дополнительного хирургического лечения и требующими применения ЭКО.

По данным литературы, частота возникновения спонтанной беременности после успешного восстановления проходимости МТ находится в пределах от 9% до 58% [1, 4–6], что объясняется разными критериями отбора. Наименьшая частота беременностей отмечена в работах, где в анализ включались все подряд пациентки. Лучшие же результаты опубликованы при соблюдении жестких критериев, где помимо патологии спермы у партнеров, нарушений овуляции и патологических изменений дистальных отделов МТ исключались женщины с перенесенными воспалительными заболеваниями придатков и эндометриозом [3]. Хорошо известно, что фертильность у женщин заметно снижается после 35 лет. Это подтверждается и нашими результатами: после успешных ССГ и ЧР МТ у пациенток до 35 лет частота возникновения спонтанных беременностей составила 29%, а старше 35 лет лишь 5%. Учитывая эти данные, у женщин старше 35 лет при отсутствии наступления спонтанной беременности спустя 12–24 мес. после ЧР МТ следует, вероятно, рекомендовать ЭКО.

Безопасность ЧР МТ достаточно очевидна. Полученные нами результаты подтверждают данные литературы об отсутствии серьезных клинических последствий даже перфорации маточных труб. Сообщения о возникновении тазовых инфекций после ЧР МТ единичны. Мы наблюдали это осложнение у единственной пациентки с гидросальпинксом, не выявленным при стандартном трансабдоминальном УЗИ. Применение влагалищных датчиков позволяет выявлять женщин с гидросальпинксом без рискованного для них введения контрастного вещества.

ССГ и ЧР МТ играют важную роль в обследовании и лечении пациенток с бесплодием. Они являются методами уточняющей диагностики состояния МТ, дают женщинам реальный шанс беременности и родов. Методику следует рекомендовать для включения в алгоритм обследования пациенток с бесплодием.

Литература

1. Овчаренко Д.В. Роль селективной сальпингографии и чрескатетерной реканализации в обследовании и лечении пациенток с проксимальной непроходимостью маточных труб: Автореф. дис... канд. мед. наук.– СПб, 2005.
2. Таразов П.Г., Овчаренко Д.В. // Акуш. и гинекол.– 1999.– №5.– С.49–51.
3. Hayashi M. et al. // Hum. Reprod.– 2003.– Vol.18, №1.– P.96–99.
4. Papaioannou S. et al. // Curr. Opin. Obstet. Gynecol.– 2004.– Vol.16, №4.– P.325–329.
5. Pinto A.B. et al. // J. Vasc. Intervent. Radiol.– 2003.– Vol.14, №1.– P.69–74.
6. Thurmond A.S. // Radiol. Clin. North Amer.– 2003.– Vol.41, №4.– P.757–767.

УДК 618.256

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО МОНИТОРИНГА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В ДИАГНОСТИКЕ НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ ПЕРВИЧНО-ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

К.А. ТОХУНЦ *

Спектр патологических состояний, обуславливающих синдром нормогонадотропной овариальной недостаточности, достаточно широк, и нормогонадотропная первично-овариальная недостаточность (ПОН) является наименее изученной среди них [1–3]. На сегодняшний день известно, что в основе формирования различных форм нормогонадотропной овариальной недостаточности лежат нарушения на гипоталамо-гипофизарном, овариальном и метаболически-эндокринном уровнях. Несмотря на многочисленные изыскания в области этиопатогенеза этого синдрома, данные, касающиеся Г-Г-Я взаимоотношений при этой патологии не систематизированы, а данные об УЗ-мониторинге матки и яичников и вовсе отсутствуют.

С целью выявления диагностически значимых ультразвуковых характеристик нами был проведен комплексный УЗ мониторинг органов малого таза, включающий многократные исследования матки, эндометрия, яичников в различные фазы менструального цикла и на протяжении нескольких циклов у 47 женщин с ПОН. Обследованные женщины были в возрасте от 17 до 35 лет (средний возраст 25,0±1,13 лет). Диагноз верифицирован на основании данных фоновых исследований гонадотропных и половых гормонов с использованием коммерческих наборов «DRG International INC и Syntron Bioresenrech Inc» и результатов проб с экзогенным люлиберинем и эстрадиолом. Группу контроля составили 22 фертильных женщины в репродуктивном возрасте. Исследование проводилось по общепринятой методике трансабдоминального и трансвагинального сканирования на аппаратах ALOKA 5500 и ALOKA SSD 1100 с использованием трансабдоминального трансдюсера 3,5 МГц и трансвагинального – 7,5 МГц. В результате исследования установлено, что биометрические параметры матки у больных с нормогонадотропной ПОН достоверно отличались от показателей в контрольной группе только относительно длины и ширины тела матки, причем была выявлена зависимость от выраженности дефицита эстрогенов и от длительности заболевания. В табл. 1 приведены сравнительные данные УЗ-биометрии матки и яичников у пациенток с ПОН и женщин контрольной группы.

Таблица 1

Эхографические показатели размеров матки и яичников у больных с нормогонадотропной первично-овариальной недостаточностью (М±m, см)

Группы	Размеры матки			Размеры яичников			
	длина	п-з размер	ширина	длина	толщина	ширина	объем
Норма (здоровые) n=22	5,3±0,4	3,8±0,3	4,9±0,5	2,7±0,2	1,8±0,1	2,5±0,2	7,1±1,4
Больные с ПОН n=47	4,4±0,1 p<0,05	3,3±0,1 p>0,05	3,9±0,1 p<0,05	2,8±0,1 p>0,05	2,2±0,5 p>0,05	2,6±0,1 p>0,05	8,8±0,9 p>0,05

Примечание: p – достоверность различия по отношению к норме

Эхографическая картина циклических изменений овариальных структур и трансформации эндометрия, полученная при динамическом четырехэтапном УЗ мониторинге, была достаточно вариабельна. Тем не менее, внимательное изучение эхограмм позволило выделить три эхографических варианта.

У 25,5% больных с нормогонадотропной ПОН яичники определялись как гомогенные симметричные образования со средним уровнем эхогенности. По всей строме яичников определялись диффузно рассеянные точечные или округлые жидкостные включения. При динамическом наблюдении отмечались периоды изменения эхогенности внутренних участков яичников, но роста звукопроводимости в связи с образованием отдельных фолликулов на эхограммах отчетливо не выявлялось. Такая эхограмма яичников рассматривается как проявление мелкокистозной дегенерации.

* Институт курортологии МЗ Армении, МЦ «Прометей», Ереван