

# Значение микросальпингоскопии в выборе тактики лечения женщин с трубным бесплодием

А.М. Феськов, Н.А. Чумакова, И.М. Безпечная, А.Н. Зозулина, А.В. Рыжков

Центр репродукции человека «Клиника проф. Феськова А.М.», г. Харьков

В результате проведенного исследования суммарный процент наступления беременности был достоверно выше у пациенток II группы, которым была проведена лапароскопия в сочетании с микросальпингоскопией. Применение микросальпингоскопии во время исследования проходимости маточных труб позволяет объективно оценить состояние эндосальпинкса и выработать адекватную тактику лечения бесплодия, что в свою очередь сокращает длительность лечения бесплодия и повышает процент наступления беременности. Таким образом, высокие критерии прогностической ценности микросальпингоскопии позволяют рекомендовать этот метод к широкому внедрению в клиническую практику при лечении пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия.

**Ключевые слова:** лапароскопия, микросальпингоскопия, бесплодие, ЭКО.

В структуре женского бесплодия трубно-перитонеальная форма занимает около 50–70%. Традиционно для исследования проходимости маточных труб применяются такие методы исследования, как гистеросальпингография, эхогистеросальпингоскопия, гидротубация, которые имеют большое число ложноотрицательных результатов и ряд осложнений. Поэтому с развитием эндоскопической хирургии широко используется проведение лапароскопии с хромогидротубацией [1, 3]. Однако данное исследование также не дает полного представления о функциональности маточных труб. Для более углубленного исследования состояния эндосальпинкса в настоящее время используют микросальпингоскопию – осмотр слизистой оболочки маточных труб с помощью прямой визуализации под увеличением [4, 5].

**Цель исследования** – оценить эффективность использования микросальпингоскопии во время лапароскопии для выработки дальнейшей тактики лечения у пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно было оценено 96 пациенток с трубным бесплодием и 40 пациенток после фертилизации. Средний возраст составил  $28,0 \pm 5,5$  года, длительность бесплодия – от 2 до 8 лет ( $3,6 \pm 2,1$ ). Первичное бесплодие отмечено у 55 пациенток (57,3%), вторичное – у 41 пациентки (42,7)%. Все женщины имели регулярный менструальный цикл. Сальпингофорит в анамнезе был у 60 пациенток (62,5%). Эндометриоз – у 22 пациенток (22,9%). Показатели спермограммы супругов были в пределах нормы.

Все пациентки были разделены на 2 клинические группы. Первую (I) группу составили 56 пациенток. Для исследования проходимости маточных труб у этих пациенток была проведена стандартная лапароскопия с хромогидротубацией. Во II группу было включено 40 женщин, которым была проведена лапароскопия с хромогидротубацией и микросальпингоскопией. Третью (III) контрольную группу составили 40 пациенток, у которых диагностирована нормальная проходимость маточных труб по данным фертилизации.

Использовался стандартный аппаратный набор для лапаро-

скопии (видеокамера, источник света, электроблок, видеомонитор). Для микросальпингоскопии использовали эндоскоп HAMOU III (Karl Storz, Germany).

Для оценки результатов микросальпингоскопии мы использовали классификацию состояния слизистой оболочки маточных труб по Brosens [4]:

- I стадия: складчатость слизистой оболочки сохранена;
- II стадия: складки слизистой оболочки сглажены, но сохранены;
- III стадия: нежные спайки между складками слизистой оболочки (вовлечено менее 50% слизистой);
- IV стадия: выраженный спаечный процесс:
  - a) с сохранением складчатости;
  - b) слизистая оболочка сглажена;
- V стадия: склероз и потеря складчатости слизистой оболочки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным лапароскопии у 39 (69,9%) женщин I группы были выявлены перитонеальные спайки I–II степени, у 17 (30,4%) женщины – перитонеальные спайки III–IV степени. При хромогидротубации трубы были проходимы свободно у 15 (26,8%) женщин; с ограничением – у 27 (48,2%) женщин – стеноз маточных труб I–III степени; у 14 (25%) пациенток маточные трубы были непроходимы: окклюзия фимбриального отдела – у 8 (14,3%) пациенток, окклюзия в интрамуральном отделе – у 6 (10,7%). Во время лапароскопии пациенткам была проведена коррекция выявленных нарушений: сальпингоовариолизис, сальпингостомия, фимбриопластика. После проведенного оперативного вмешательства 43 пациенткам с сохраненной или восстановленной проходимостью маточных труб была проведена стимуляция овуляции с инсеминацией спермой мужа (ИСМ) в течение 3 рабочих циклов. 13 пациенткам с выраженным стенозом и окклюзией маточных труб в интрамуральном отделе была проведена программа экстракорпорального оплодотворения) – ЭКО.

Во II группе по данным лапароскопии и микросальпингоскопии у 12 (30%) женщин были выявлены перитонеальные спайки I–II степени, трубы проходимы свободно, состояние слизистой оболочки маточных труб по Brosens I стадии. Учитывая длительность бесплодия ( $3,6 \pm 2,1$ ), нормальные показатели спермограммы и результаты исследования проходимости маточных труб, этим пациенткам в последующем была проведена программа ЭКО и перенос эмбрионов в полость матки. У 21 (52,5%) женщины были выявлены перитонеальные спайки II–III степени, при хромогидротубации маточные трубы проходимы свободно у 9 (22,5%) женщин, с ограничением – у 7 (17,5%) – стеноз I–III степени, окклюзия фимбриального отдела маточных труб выявлена у 5 (12,5%) женщин, состояние эндосальпинкса по Brosens II–III стадии. Во время лапароскопии этим пациенткам была проведена коррекция выявленных нарушений: сальпингоовариолизис, сальпингостомия, фимбриопластика. Этим пациенткам в последующем была рекомендована стимуляция овуляции с инсеминацией спермой мужа в те-

Результаты лечения пациентов с бесплодием трубно-перитонеального генеза

Группа	Наступление беременности	Маточная беременность	Внематочная беременность	Выкидыш
I (n=56)	11* (19,6%)	8* (14,2%)	1 (1,7%)	2 (3,5%)
II (n=40)	15** (37,5%)	12** (30%)	1 (2,5%)	2 (5%)
III (n=40)	14 (35%)	12 (30%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)

Примітка: \* –  $p < 0,05$  при сравнении показателей пациенток I группы с III;  
\*\* –  $p < 0,05$  при сравнении показателей пациенток II группы с III.

чение 3 рабочих циклов. У 7 (17,5%) женщин выявлен спаечный процесс органов малого таза III–IV степени, при хромогидротубации – стеноз III степени или окклюзия маточных труб, состояние слизистой оболочки маточных труб по Brosens IV–V стадии. Данным пациенткам в последующем была проведена программа ЭКО.

Для индукции овуляции пациентки, которым была рекомендована ИСМ, использовали препарат фирмы «Serono» (Швейцария) Гонал Ф по 75 ЕД/сут с 3-го дня цикла до достижения лидирующим фолликулом размеров 17–18 мм, после чего пациентки получали овуляторную дозу Хорагона 5000 ЕД в/м (Ferring). Через 48 ч проводилась ИСМ после обработки спермы методом swim up.

Стимуляция овуляции всем пациенткам в программе ЭКО проводилась по длинному протоколу с использованием гонадотропных гормонов и агонистов ГнРГ. Оплодотворение ооцитов и культивирование эмбрионов проводили общепринятыми методами. После переноса эмбрионов в полость матки применялись стандартные схемы поддержки эндометрия с использованием прогестиннов. Полученные результаты обработаны статистически с использованием параметрических и непараметрических методов.

В результате проведенного лечения в I группе в течение года беременность наступила у 11 (19,6%) женщин: маточная – у 8 (14,2%), внематочная – у 1 (1,7%), выкидыш – у 2 (3,5%); во II группе беременность наступила у 15 (37,5%) женщин: маточная – у 12 (30%), внематочная – у 1 (2,5%), выкидыш – у 2 (5,0%) – таблица.

## ВЫВОДЫ

На основании проведенного ретроспективного анализа можно сделать вывод, что суммарный процент наступления

беременности был достоверно выше у пациенток II группы, которым была проведена лапароскопия в сочетании с микросальпингоскопией. Применение микросальпингоскопии во время исследования проходимости маточных труб позволяет выработать адекватную тактику ведения пациенток в послеоперационный период, что в свою очередь сокращает длительность лечения бесплодия и повышает процент наступления беременности. Таким образом, высокие критерии прогностической ценности микросальпингоскопии позволяют рекомендовать этот метод к широкому внедрению в клиническую практику при лечении пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия.

## Значення мікросальпінгоскопії у виборі тактики лікування жінок з трубним безпліддям

**О.М. Феськов, Н.О. Чумакова, І.М. Безпечна, О.М. Зозуліна, А.В. Рижков**

Використання мікросальпінгоскопії при лапароскопії дозволяє вибрати адекватну тактику ведення пацієнток з трубно-перитонеальною формою безпліддя.

**Ключові слова:** лапароскопія, мікросальпінгоскопія, безпліддя, ЕКЗ.

## The value of mikrosalpinhoscopy in choosing therapeutic approach of women with tubal infertility

**O. Feskov, N. Chumakova, I. Bezpechnaya, A. Zozulina, A. Ryzhkov**

Using of mikrosalpinhoscopy during laparoscopy allows to select the adequate tactics of management of patients with tubal-peritoneal form of infertility.

**Key words:** laparoscopy, mikrosalpinhoscopy, infertility, IVF.

## Сведения об авторах

**Феськов Александр Михайлович** – Центр репродукции человека «Клиника проф. Феськова А.М.», 61001, г. Харьков, ул. Елизарова, 15; тел.: (057) 716-16-66. E-mail: info@feskov.com.ua

**Чумакова Наталья Александровна** – Центр репродукции человека «Клиника проф. Феськова А.М.», 61001, г. Харьков, ул. Елизарова, 15; тел.: (057) 716-16-66. E-mail: chumakova@feskov.com.ua

**Безпечная Ирина Михайловна** – Центр репродукции человека «Клиника проф. Феськова А.М.», 61001, г. Харьков, ул. Елизарова, 15; тел.: (057) 716-16-66

**Зозулина Александра Николаевна** – Центр репродукции человека «Клиника проф. Феськова А.М.», 61001, г. Харьков, ул. Елизарова, 15; тел.: (057) 716-16-66

**Рижков Артем Вячеславович** – Центр репродукции человека «Клиника проф. Феськова А.М.», 61001, г. Харьков, ул. Елизарова, 15; тел.: (057) 716-16-66

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М.: Медицина. Антидор, 2000. – 860 с.
- Попов А.А., Горский С.Л., Мананникова Т.Н. и др. Лапароскопия и гистероскопия в подготовке пациенток к экстракорпоральному оплодотворению // Эндоскопия в гинекологии. – М., 1999. – С. 187–188
- Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы): Руководство для врачей /

Под ред. Кулакова В.И., Леонова Б.В. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 782 с.

- Brosens I. The value of salpingoscopy in tubal infertility // Reprod. Med. Rev. – 1996. – № 5. – P. 1–11.
- Campo R., Gordts S., Brosens I. Minimally invasive exploration of the

female reproductive tract in infertility // Reprod. Biomed. Online. – 2002. – Vol. 4, № 3. – P. 40–45.

- Moor M., Cohen M., Liu G. Experience with 109 cases of transvaginal hydrolaparoscopy // J. Am. Assos. Gynecol. Laparosc. – 2003. – Vol. 10, № 2. – P. 282–285.

Статья поступила в редакцию 16.05.2013