Результаты

Всем женщинам гистероскопия выполнена без внутривенной анестезии, у 3 женщин местно применялся раствор лидокаин-спрей, у одной женщины выполнена парацервикальная блокада. У 11 больных после диагностической гистероскопии для последующего выскабливания полости матки выполнена внутривенная анестезия. Во время проведения гистероскопий все женщины имели удовлетворительное самочувствие, жалоб на болевые ощущения не было. Осложнений во время и после проведения манипуляции не наблюдалось. По данным гистероскопии, у 5 женщин патологии полости матки и цервикального канала выявлено не было. Среди женщин репродуктивного возраста, обследование у которых проводилось в связи с невынашиванием беременности и неудачными попытками ЭКО, хронический эндометрит выявлен у 40 % женщин, из них в 11 случаях (78,6 %) получено гистологическое подтверждение, у 5 женщин (14,3 %) выявлены синехии полости матки. При гистероскопии произведено рассечение синехий ножницами и биопсийными щипцами у трех больных, 2 женщины в связи с грубыми сращениями и практически полной облитера-

цией полости матки направлены на гистерорезектоскопию. У четырех женщин по данным гистероскопии и гистологического исследования подтверждены остатки плодного яйца (у двух) и плацентарный полип (у двух). У трети обследованных женщин перименопаузального возраста была выявлена гиперплазия эндометрия, у 5 (55,6 %) — аденомиоз. Полипы эндометрия и цервикального канала выявлены у 17 больных (38,6 %) как репродуктивного, так и перименопаузального возраста. Удаление полипов размерами до 1,0 см выполнено 10 пациенткам без анестезии. При наличии образований более крупных размеров использованы внутривенные методы обезболивания. У 15 (34,1 %) из всех обследованных больных выявлено сочетание различных патологий.

Заключение

Офисная гистероскопия — высокоинформативный метод диагностики внутриматочной патологии. Процедура офисной гистероскопии, выполняемая без расширения цервикального канала и без обезболивания, хорошо переносится пациентками репродуктивного и перименопаузального возраста.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

© Н. В. Яковлева, Ю. М. Евсюкова, К. В. Агаджанян

Федеральное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», Ленинск-Кузнецкий, Россия

Актуальность проблемы

Трубно-перитонеальный фактор составляет основную причину бесплодия у женщин. Наиболее современными методами лечения бесплодия трубно-перитонеального генеза являются оперативные вмешательства и вспомогательные репродуктивные технологии. В связи с внедрением в клиническую медицину экстракорпорального оплодотворения в литературе широко обсуждается вопрос о целесообразности применения реконструктивно-пластических операций на органах малого таза у пациенток с бесплодием.

Цель исследования

Исследование эффективности различных видов оперативных вмешательств в лечении женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза.

Материалы и методы

Мы проанализированы результаты хирургического лечения 533 женщин, прооперированных

по поводу бесплодия трубно-перитонеального генеза. Средний возраст пациенток составил $25,8 \pm 0,98$ лет. Продолжительность бесплодия составила $7,5 \pm 0,2$ года.

Результаты

При диагностической лапароскопии и гистероскопии у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием были выявлены различные патологические изменения маточных труб: у 243 (45,6 %) женщин были выявлены гидросальпинксы, у 246 (46,1 %) — спаечный процесс в области фимбрий, у 44 (8,2 %) определялась непроходимость маточной трубы в проксимальном отделе. У всех женщин наблюдался спаечный процесс в полости малого таза различной степени выраженности. Сочетанная гинекологическая патология определена у 273 (51,2 %) пациенток.

При выполнении реконструктивно-пластических операций на маточных трубах использовали

лапароскопический, гистероскопический и лапаротомный доступ. Были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: сальпингоовариолизис — у 503 женщин, двусторонняя сальпингонеостомия — у 212, односторонняя сальпингонеостомия — у 31, фимбриопластика — у 229, микрохирургический трубный анастомоз — у 36, гистероскопическое бужирование устьев маточных труб — у 25. У большинства пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием (51,2%) выполнялись сочетанные оперативные вмешательства.

Эндоскопические оперативные вмешательства выполнены 497 пациенткам, в основном при непроходимости в дистальных отделах маточных труб. При проведении сальпингонеостомии формирование стомы осуществляли при помощи круговой биполярной коагуляции либо викриловыми швами для предотвращения окклюзии маточной трубы в послеоперационном периоде.

Микрохирургические операции проведены у 36 женщин при непроходимости маточных труб в тубоцервикальном и истмическом отделах. При наложении трубного анастомоза использовали оптическое увеличение, микрохирургический инструментарий, тончайший шовный ареактивный материал, постоянное орошение операционного поля растворами.

Гистероскопическое удаление синехий в полости матки и в области устьев маточных труб проведено 25 пациенткам. Бужирование маточных труб выполнялось под контролем лапароскопа для предотвращения перфорации маточной трубы.

Отдаленные результаты реконструктивно-пластических операций у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием оценены у 250 жен-

щин. Нормальная проходимость маточных труб наблюдалась в 78% (195) случаев. Реокклюзия маточных труб выявлена у 22% (55) пациенток. Значительное снижение проходимости маточных труб отмечено с ростом тяжести и выраженности спаечного процесса в полости малого таза. Маточная беременность наступила у 37,6% женщин. Из 94 беременностей срочными родами и рождением живых детей закончились 86 (89,5%), самопроизвольные выкидыши произошли у 3 пациенток, у 5 выявлена неразвивающаяся беременность. Внематочная беременность наступила у 23 (9,2%) женщин.

Заключение

Современные хирургические технологии позволяют осуществлять дифференцированный подход к лечению женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза. Микрохирургический метод обладает преимуществами при наложении анастомоза в проксимальных отделах маточных труб за счет большого увеличения и более точного сопоставления тканей. Гистероскопическое бужирование маточных труб эффективно при наличии синехий в матке и в области устьев маточных труб. Лапароскопический метод показан при непроходимости маточных труб в дистальных отделах. Наибольшая вероятность восстановления фертильности выявлена у пациенток со спаечным процессом I–II степени, незначительным повреждением маточных труб и длительностью бесплодия менее 5 лет. Хирургическая реконструкция дистального отдела маточных труб малоэффективна при тяжелой патологии маточных труб в сочетании со спаечным процессом III–IV степени выраженности, но может использоваться как 1 этап лечения перед ЭКО.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

© И. С. Морозова, М. С. Добровольский, С. Н. Гайдуков

СПб ГУЗ Городская больница № 38 им. Н. А. Семашко, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Одним из нередких осложнений новейших вспомогательных репродуктивных технологий является развитие синдрома гиперстимуляции яичников. При этом прослеживается тенденция к постоянному росту данного осложнения. На сегодняшний день частота синдрома гиперстимуляции наблюдается в 5–6% случаев. Нередки случаи развития среднетяжелых и тяжелых формы синдрома гиперстимуляции, требующих ведения в условиях стационара,

где обеспечивается адекватное обследование, мониторинг их состояния и лечения. При этом наибольшая сложность отмечается при ведении больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами.

Цель исследования

Цель исследования — оптимизация методов ведения пациенток со средней и тяжелой степенью тяжести.