

синим. При выполнении терминальной сальпингостомии производилось вскрытие ампулярного отдела маточной трубы с помощью монополярного электроза или ножниц. В последующем производилось «выворачивание» краев раны ампулярного отдела в виде манжетки с точечной коагуляцией по краю манжетки. Завершающим этапом являлась санация брюшной полости с последующим введением растворов декстранов с а/б и гидрокортизоном. Наложение гидроперитонеума использовалось в качестве средства профилактики рецидива спаечного процесса. Проходимость маточных труб была восстановлена у 29 больных (83 %). В послеоперационном периоде всем больным проводилась комплексная реабилитационная терапия (антибиотики широкого спектра по короткой схеме, ранняя физиотерапия (магнитотерапия), рассасывающая и иммунотерапия). В последующем у 10 больных (32 %)

наступила маточная беременность, неблагоприятными прогностическими факторами в отношении восстановления репродуктивной функции при ТПБ являлись: длительность бесплодия более 5 лет; наличие спаечного процесса III–IV ст.

Выводы: 1) Эффективность эндоскопических операций по поводу ТПБ в отделении соответствует литературным данным. 2) Необходимы дальнейшие исследования по оптимизации ведения больных с ТПБ. 3) Трудно переоценить роль лапароскопии в диагностике трубно-перитонеального бесплодия. Лапароскопия позволяет уточнить степень поражения маточных труб и прогнозировать эффективность оперативного лечения. 4) При невозможности восстановления проходимости маточных труб во время лапароскопии пациентке рекомендуется ЭКО и ПЭ, как единственный вариант реализации фертильной функции.

Рулев В. В., Потин В. В., Тарасова М. А.

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта РАМН,
Санкт-Петербург, Россия

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Цель. Выяснение и устранение овариальных и внегонадных факторов, приводящих к нарушению фолликулогенеза в яичниках, имеет важное значение для преодоления бесплодия, обусловленного гормональной недостаточностью яичников.

Материал и методы. Лапароскопия проведена 1496 женщинам репродуктивного возраста с бесплодием, обусловленным нормогонадотропной недостаточностью яичников. Продолжительность бесплодия варьировала от одного года до 17 лет. Помимо гормонального обследования использовались ультразвуковые, иммунологические, гистологические методы исследования.

Результаты исследования. Малые формы наружного генитального эндометриоза были обнаружены у 55,1 %, эндометриоз III–IV стадии — у 14,8 %, хронический аднексит — у 21,0 %, синдром поликистозных яичников — у 9,1 % больных.

У 30,1 % больных с помощью метода прямой иммунофлюоресценции диагностирован аутоиммунный оофорит. У 45,5 % больных причина нормогонадотропной недостаточности яичников была установлена впервые. Лапароскопическая электрокоагуляция эндометриoidных гетеротопий привела к восстановлению овуляторного менструального цикла у 34,3 % больных с наружным генитальным эндометриозом. Электрокаутеризация яичников способствовала восстановлению овуляторного менструального цикла у 54,9 % больных с синдромом поликистозных яичников. В остальных случаях лапароскопия помогла выбрать оптимальную терапию нормогонадотропной недостаточности яичников.

Вывод. Таким образом, лапароскопия является эффективным методом исследования и терапии гормонального бесплодия у женщин.