

выявлена проксимальная окклюзия единственной маточной трубы.

Результаты исследования. Проведение трансцервикальной реканализации интрамурально окклюзированных маточных труб позволило интраоперационно восстановить проходимость хотя бы одной маточной трубы у 25 пациенток (92,6 %). Всего из 38 реканализированных труб проходимыми стали 31 маточная труба (81,6 %). Лапароскопический контроль позволил обнаружить и ликвидировать патологию дистальных отделов маточных труб и перитубарной области у 12 пациенток (57,1 %). Во время гистероскопии у 7 пациенток (29,6 %) была выявлена и устранена внутриматочная патология: субмукозные миоматозные узлы диаметром до 1,5 см, синехии, полипы. В одном случае трансцервикальная реканализация осложнилась перфорацией маточной трубы в истмическом отделе, обнаруженной параллельной лапароскопией. Из 25 пациенток, у которых была достигнута проходимость хотя бы одной маточной трубы с помощью гистероскопической трансцервикальной реканализации за вре-

мя послеоперационного наблюдения (не менее 6 мес.) беременность наступила у 12 (48 %): в 9 случаях маточная и в 3 случаях внематочная беременность в реканализированной трубе. Шесть беременностей закончились срочными родами. Частота реокклюзии прооперированных маточных труб по данным ГСГ через 1 год после операции составила 46,2 %.

Выводы. Считаем, что трансцервикальная реканализация является малоинвазивным и эффективным методом лечения трубной окклюзии в интрамуральном отделе, позволяющим восстановить проходимость маточных труб в 81,6 % случаев. Метод предпочтителен у пациенток с сочетанным поражением дистального и проксимального отделов маточных труб, а также с внутриматочной патологией. Частота наступления беременности после использования данной методики (48 %) сравнима с таковой после микрохирургических вмешательств (20–50,8 %), и вспомогательных репродуктивных технологий (19,2–65,4 %), экономические затраты при этом значительно меньше.

Ищенко А.И., Зуев В.М.

Клиника акушерства и гинекологии ММА
им. И.М. Сеченова,
Москва, Россия

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Ho-YAG ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Актуальность проблемы. Общеизвестно, что для достоверной оценки состояния маточных труб, выявления как спаячного процесса в малом тазу, так и наружного генитального эндометриоза существует единственный абсолютно информативный метод исследования — лапароскопия, при которой также выполняется необходимый объем оперативного лечения. Предметом оперативного вмешательства при трубно-перитонеальной форме бесплодия являются маточные трубы. Легкая ранимость, а также сложный механизм их функции диктует необходимость чрезвычайной бережности при хирургических манипуляциях на трубах. В связи с этим, особый интерес представляет использование Ho-YAG лазера с длиной волны 2,1 мкм. Его преимуществами являются минимальная проникающая способность (0,2–0,4 мм), и, следовательно, минимальное термическое повреждение окружающих тканей, а также возможность подведения излучения непосредственно к патологическому очагу посредством гибких кварцевых световодов.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения трубно-перитонеальной

формы бесплодия с помощью эндоскопических операций с использованием Ho-YAG лазерного излучения.

Материал и методы. Были пролечены 180 больных, разделенных на 2 подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия наружного генитального эндометриоза. Средний возраст пациенток составил $27,7 \pm 2,3$ лет. Частота первичного бесплодия составила 60 % среди больных с наружным генитальным эндометриозом и 15,6 % среди больных с трубно-перитонеальным бесплодием без эндометриоза. Продолжительность бесплодия у пациенток колебалась от 1 года до 14 лет.

Результаты исследования. Во время лапароскопии с помощью Ho-YAG лазера были выполнены реконструктивно-пластические операции на маточных трубах (сальпинголизис, сальпингостомия, фимбриопластика), вапоризация очагов эндометриоза. Лишь у двух пациенток с сактосальпинксами больших размеров и с тяжелым спаячным процессом была выполнена односторонняя тубэктомия. Все оперативные вмешательства выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Продолжительность операции составила 20–120

минут. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проведенное нами морфологическое исследование тканей, рассеченных с помощью Ho-YAG лазера и электроножа показало, что суммарная величина зоны тканевых изменений при воздействии Ho-YAG лазера не превышает 300 — 550 мкм, очаги гомогенизации волокон, некробиоза и некроза клеток стромы имеют очаговый характер и занимают меньшую площадь по сравнению с электрохирургическим воздействием, при котором зона тканевых изменений достигает 800 мкм. При анализе частоты рецидивирования спаечного процесса после применения электроножа и Ho-YAG лазера нами была отмечена достоверно меньшая частота рецидивирования в случае использования лазера. Изучение отдаленных результатов оперативного лечения показало, что в течение всего периода наблюдения у проопе-

рированных больных было отмечено улучшение состояния, уменьшение болевого синдрома. Беременность наступила у 62,2 % пациенток первой подгруппы и у 55,6 % больных второй подгруппы. Наибольшее количество беременностей наступило в течение первых 9 месяцев от момента оперативного лечения.

Выводы. Таким образом, эндоскопические операции являются наиболее эффективным способом лечения бесплодия трубно-перитонеального генеза, в том числе и при наличии наружного генитального эндометриоза. Использование Ho-YAG лазера при выполнении реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, разделении спаечных сращений, вапоризации и иссечении очагов эндометриоза позволяет существенно повысить эффективность и безопасность оперативного вмешательства и снизить риск рецидивирования спаечного процесса.

Ковалевская Г. Т., Шарыпова М. Б.,
Шутова Т. В.

ГУЗ ЦМСЧ № 51 ФМБА РФ,
Железнодорожск, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Актуальность проблемы. Воспалительные заболевания придатков матки остаются одной из ведущих проблем в гинекологии, занимают первое место по обращаемости за помощью и госпитализации. Осложнения воспаления не только повышает риск ухудшения здоровья пациентов и в молодом возрасте становится серьезным препятствием в осуществлении детородной функции, но в отдельных случаях создают угрозу для жизни женщины. Воспалительные заболевания являются самой частой причиной негормонального бесплодия, эктопических беременностей, невынашивания, болезней и пороков развития плода, и как следствие, большого числа оперативных вмешательств. В отделении используется лапароскопические операции для лечения гнойных tubo овариальных образований с целью сохранения детородной функции женщин в молодом возрасте.

Материал и методы. Для постановки диагноза традиционно используем клинические данные, лабораторные методы исследования, УЗИ органов малого таза, в отдельных случаях компьютерная томография. Предоперационный период включает весь спектр консервативной терапии для данной патологии, физиолечение. Большинство больных — женщины в возрасте до 35 лет. Показанием к операции явилось наличие объем-

ных образований воспалительного характера, неэффективная консервативная терапия в течение 3–5 дней, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии гениталий, требующих расширения оперативного вмешательства (миома, эндометриоз, перитонит), в отдельных случаях категорический отказ больной от лапаротомной операции. За 3 года в отделении произведено 56 оперативных вмешательств лапароскопическим доступом при воспалительных заболеваниях гениталий, в том числе по поводу пиосальпинкса — 22, пиовара — 24, пельвиоперитонита — 10. Объем выполненных операций заключался во вскрытии образования с последующим промыванием антисептическим раствором. У всех больных выполнялось дренирование брюшной полости, интра- и послеоперационная антибактериальная, инфузионная терапия, физиолечение, введение в брюшную полость по микроиригатору лекарственных препаратов. Выполнены следующие объемы операций: туботомия (одно-, двусторонняя); вскрытие абсцесса яичника; санация, дренирование брюшной полости. Осложнений при выполнении операции не было. Послеоперационный период протекал благоприятно, улучшалось самочувствие больных уже на 3–4 сутки, отмечалась стабильно положительная динамика клинико-биохимических показателей. Контроль излеченности