

РОЛЬ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТОЧНЫХ ТРУБ



Гурецкая Н. С., Шулико Л. А., Мельник К. Ю.

ФГУЗ ЦМСЧ № 122 ФМБА РФ,
Санкт-Петербург, Россия

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С целью оценки диагностической эффективности отделения УЗД в выявлении эктопической беременности проведен ретроспективный анализ 34 случаев внематочной беременности, оперативно пролеченных в гинекологическом отделении ЦМСЧ № 122 ФМБА РФ за 7 месяцев 2006 года.

Материал и методы. Нами было обследовано 24 пациентки (71 %), поступивших в экстренном порядке. В 4 случаях УЗИ были проведены в других учреждениях города и в 6 случаях для установления диагноза была произведена диагностическая лапароскопия. Поводом для УЗД послужили жалобы на меноррагию, болевой синдром, нарушение менструального цикла, подозрение на внематочную беременность или угрозу прерывания маточной беременности. Возраст пациенток варьировал от 21 до 39 лет. Всем пациенткам проведено комплексное (трансабдоминальное и трансвагинальное) УЗИ на сканерах фирмы Simiens.

Результаты исследования. Эктопическая беременность характеризуется аномальной имплантацией плодного яйца, чаще в области придатков матки (98–95 % случаев в трубе.) При обследовании был выявлен 21 случай внематочной беремен-

ности (88 %). Наиболее вероятным УЗ-признаком являлось выявление солидно-кистозного параовариального образования — расширенная труба с плодным яйцом (72 %). В 28 % случаев патологическое образование отчетливо не определялось, но при этом наблюдалось избыточное количество жидкости (кровь) в малом тазу, признаки гематосальпинкса на стороне поражения. В 70 % случаев визуализировали желтое тело беременности, как правило, на стороне поражения. Децидуальная реакция эндометрия при т.н. «пустой» матке отмечена в 61 %. У 3 пациенток (12 %) УЗ-признаков беременности не выявлено, по результатам оперативного лечения, во всех случаях плодное яйцо находилось в истмическом отделе трубы.

Заключение. УЗИ является высокоинформативным, первым и обязательным этапом инструментального обследования при подозрении на эктопическую беременность. В экстренной ситуации врач УЗД ориентируется на клиническую картину, но УЗ-поиск наиболее эффективен при наличии результатов теста на беременность и ХГЧ крови. Наибольшие трудности вызывает диагностика трубной беременности в истмическом отделе.

Дячук А. В., Шулико Л. А., Лятошинская П. В.

ЦМСЧ № 122 ФМБА РФ,
Санкт-Петербург, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ У БОЛЬНЫХ С ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ БЕСПЛОДИЯ

Актуальность проблемы. Окклюзия маточных труб в проксимальном отделе является одной из наиболее трудноустраняемых причин трубно-перитонеального бесплодия у женщин. Частота ее по данным различных авторов составляет до 20 %, поэтому сегодня продолжается поиск новых малоинвазивных, доступных, недорогих и эффективных способов решения этой проблемы.

Материал и методы. Мы выполнили трансцервикальную гистероскопическую реканализацию маточных труб под лапароскопическим контролем с использованием набора коаксиальных катетеров,

предложенных Novy в 1988 году (J-NCS-503570, COOK, США). Прооперировано 27 пациенток с окклюзией маточных труб в интрамуральном отделе, средний возраст которых — $28,6 \pm 5,7$ лет (от 21 до 42 лет). Продолжительность бесплодия на момент выполнения операции составила в среднем $4,2 \pm 2,03$ года. С помощью ГСГ исследования у 11 пациенток установлена билатеральная обструкция интрамурального отдела маточных труб, у 9 — унilaterальная, у 6 — одна труба была непроходима в интрамуральном отделе, в то время как с другой стороны имелся гидросальпинкс, а у 1 пациентки была

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