

минут. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проведенное нами морфологическое исследование тканей, рассеченных с помощью Но-YAG лазера и электроножа показало, что суммарная величина зоны тканевых изменений при воздействии Но-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 Но-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 Но-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,
Железногорск, 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

подтвердился данными УЗИ, вагинального осмотра, показателями крови. В 1 случае потребовалось вхождение в брюшную полость повторно с расширением объема операции. При выписке женщинам рекомендовалось реабилитационное лечение через 2–3 месяца после операции. В отделении проводилось исследование проходимости маточных труб УЗ — исследованием с применением «Эховист».

Результаты исследования. Из всех прооперированных больных для реабилитации в отделение поступило 16 человек. У 9 из них УЗИ подтвердило проходимость маточных труб, у 3 проходимость была затруднена и у 5 женщин трубы оказались непроходимыми. Две женщины согласились на повторную операцию лапароскопическим до-

ступом с целью восстановления проходимости труб путем сальпингостомии. Для закрепления эффекта проводились лечебные гидротубации в послеоперационном периоде. В последующем у этих 13 больных 7 беременностей завершились рождением живых детей, у 3 произошли самопроизвольные выкидыши, 1 женщина прервала беременность аборт по семейным обстоятельствам. У 2 женщин беременность пока не наступила.

Вывод. Таким образом, выполняя оперативные вмешательства лапароскопическим доступом при воспалительных заболеваниях половых органов у молодых женщин, нам удастся однозначно сохранить менструальную и в перспективе детородную функции. Метод достаточно перспективный, направлен на сохранение функции деторождения.

¹Лятошинская П.В., ¹Шоллер Йозеф,
^{2,3}Беженарь В.Ф., ⁴Кира Е.Ф.

¹Отделение акушерства и гинекологии, Донау Госпиталь, Вена, Австрия;

²Кафедра акушерства и гинекологии, ВМедА;

³НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург;

⁴Национальный Медико-хирургический Центр Минздравсоцразвития, Москва, Россия

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Введение. Проксимальная окклюзия маточных труб является одной из причин женского бесплодия. Около 20 % хирургических вмешательств на маточных трубах выполняется в связи с данной патологией. Основным методом диагностики проксимальной трубной окклюзии является гистеросальпингография или лапароскопическая перфузия маточных труб. Однако, данные диагностические методы не позволяют дифференцировать истинную трубную окклюзию от спазма маточных труб. Мы различаем также трубную окклюзию от трубной обструкции. Обструкция интрамурального отдела маточных труб может быть обусловлена скоплением секрета внутри просвета маточной трубы вследствие нарушенного клиренса, а также наличием субмукозной миомы матки или эндометриального полипа в области устья маточных труб. Под трубной окклюзией мы понимаем истинное сращение просвета маточной трубы. Традиционным методом лечения проксимальной трубной патологии на сегодняшний день является микрохирургическое вмешательство на маточных трубах, резекция маточных труб и наложение тубо-корнуального анастомоза. Выполнение данного вида операций связано порой с различными техническими сложностями и неудовлетворительным результатом.

Более современным методом является трансцервикальная катетеризация маточных труб, которая может быть выполнена под рентгенологическим, эндоскопическим, ультразвуковым контролем или тактильным способом. Некоторые исследователи полагают, что постоянно растущие успехи вспомогательных репродуктивных технологий возвещают конец репродуктивной хирургии маточных труб. В то же время, некоторые пациентки не могут себе позволить такую дорогостоящую процедуру как ЭКО, или просто не желают ее выполнять. Кроме того, проведение процедуры ЭКО связано с существенным риском возникновения многоплодной беременности.

Целью нашего исследования является развитие малоинвазивных и недорогостоящих методов диагностики и коррекции проксимальной трубной обструкции, которые могли бы быть селективно применены у пациенток с благоприятным фертильным прогнозом, или, в других случаях, позволили бы более быстро определить показания к выполнению ЭКО.

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены 33 пациентки с проксимальной непроходимостью маточных труб, выявленной по результатам гистеросальпингографии или лапароскопической хромогидротубации. Средний