

(ИПФ-1) и ситохром P450c17. В механизме возникновения яичниковой гиперандрогении ведущую роль играет повышенный уровень ЛГ в результате нарушения цирхорального ритма выделения ГТ — РГ в ядрах клеток медиобазального гипоталамуса. КОК имеют выраженный антиандрогенный эффект за счет следующих механизмов: под влиянием гормонов снижается секреция лютеинизирующего гормона, вследствие чего синтез андрогенов в яичниках значительно уменьшается, при этом под влиянием этинилэстрадиола происходит увеличение синтеза SHBG и, соответственно, уменьшение уровня свободного тестостерона в крови.

Учитывая, что антиандрогенный эффект КОК связан с сочетанным действием прогестинов и этинилэстрадиола, изолированный антиандрогенный эффект Диеногеста, показанный *in vivo* в тесте Хершберга, не имеет клинического значения. При этом небезразличным является содержание в КОК этинилэстрадиола.

Сниженный уровень эстрогена, наличие высокоселективных прогестагенов с низкой андрогенной активностью в препаратах Новинет и Регулон дают возможность свести к минимуму влияние препаратов на метаболические показатели.

Заключение

В результате проведенного исследования получены данные о достаточно высокой клинической эффективности Жанина, Новинета, Регулона в лечении яичниковых гиперандрогений. Данные препараты, не оказывая отрицательного влияния на метаболизм, нормализуют менструальный цикл, стабилизируют гормональный профиль, значительно снижают проявления гирсутизма и акне, способствуют повышению индекса здоровья у женщин с яичниковой формой гиперандрогении и могут применяться на этапе предгравидарной подготовки при исследуемой патологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ БЕЗ АНЕСТЕЗИИ

© М. А. Шалина, М. А. Тарасова, В. В. Рулев, Е. И. Абашова

НИИ акушерства и гинекологии им Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

В последние годы метод офисной гистероскопии широко используется в гинекологической практике для визуальной оценки состояния цервикального канала и полости матки, выявления внутриматочной патологии. Благодаря специальным миниатюрным гистероскопам манипуляция не требует расширения цервикального канала и может выполняться без анестезии. Целью исследования явилась оценка переносимости офисной гистероскопии без анестезии у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста.

Материалы и методы

Офисная гистероскопия проведена 44 женщинам в возрасте от 21 года до 54 лет. Большинство обследованных — 35 больных, имели репродуктивный возраст от 21 года до 44 лет ($32,9 \pm 1,1$ года) и 9 пациенток были в возрасте от 47 до 54 лет ($50,0 \pm 0,8$ лет). Показаниями для выполнения гистероскопии у женщин репродуктивного возраста явились: бесплодие, невынашивание беременности, неудачные попытки ЭКО (60,0%), нарушение менструального цикла (20,0%) и тазовые боли (8,6%). У четырех больных (11,4%) имелись осложнения

после искусственного прерывания беременности — медикаментозного или инструментального (остатки плодного яйца, плацентарный полип). В первую фазу менструального цикла (с 7 по 13 день) исследование выполнено 14 женщинам, во вторую (с 20 по 32 день) — 18, кроме того, у 3 больных исследование проведено во время кровянистых выделений. Показаниями для проведения исследования в перименопаузе явились: подозрение на аденомиоз, гиперпластические процессы эндометрия, в том числе на фоне приема препаратов ГЗТ. Перед проведением офисной гистероскопии с женщинами проводилось консультирование с объяснением особенностей метода. Все пациентки дали согласия на выполнение гистероскопии без анестезии. Гистероскопию проводили с помощью эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия), с использованием жесткого гистероскопа диаметром 4,3 мм. Для взятия прицельной биопсии использовали биопсийные щипцы, для удаления полипов цервикального канала и эндометрия применяли ножницы и биопсийные щипцы. В качестве среды для расширения полости матки использовали 0,9% физиологический раствор.

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