

лапароскопический, гистероскопический и лапаротомный доступ. Были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: сальпингоовариолизис — у 503 женщин, двусторонняя сальпингонеостомия — у 212, односторонняя сальпингонеостомия — у 31, фимбриопластика — у 229, микрохирургический трубный анастомоз — у 36, гистероскопическое бужирование устьев маточных труб — у 25. У большинства пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием (51,2%) выполнялись сочетанные оперативные вмешательства.

Эндоскопические оперативные вмешательства выполнены 497 пациенткам, в основном при непроходимости в дистальных отделах маточных труб. При проведении сальпингонеостомии формирование стомы осуществляли при помощи круговой биполярной коагуляции либо викриловыми швами для предотвращения окклюзии маточной трубы в послеоперационном периоде.

Микрохирургические операции проведены у 36 женщин при непроходимости маточных труб в тубоцервикальном и истмическом отделах. При наложении трубного анастомоза использовали оптическое увеличение, микрохирургический инструментарий, тончайший шовный ареактивный материал, постоянное орошение операционного поля растворами.

Гистероскопическое удаление синехий в полости матки и в области устьев маточных труб проведено 25 пациенткам. Бужирование маточных труб выполнялось под контролем лапароскопа для предотвращения перфорации маточной трубы.

Отдаленные результаты реконструктивно-пластических операций у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием оценены у 250 жен-

щин. Нормальная проходимость маточных труб наблюдалась в 78% (195) случаев. Реокклюзия маточных труб выявлена у 22% (55) пациенток. Значительное снижение проходимости маточных труб отмечено с ростом тяжести и выраженности спаечного процесса в полости малого таза. Маточная беременность наступила у 37,6% женщин. Из 94 беременностей срочными родами и рождением живых детей закончились 86 (89,5%), самопроизвольные выкидыши произошли у 3 пациенток, у 5 выявлена неразвивающаяся беременность. Внематочная беременность наступила у 23 (9,2%) женщин.

Заключение

Современные хирургические технологии позволяют осуществлять дифференцированный подход к лечению женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза. Микрохирургический метод обладает преимуществами при наложении анастомоза в проксимальных отделах маточных труб за счет большого увеличения и более точного сопоставления тканей. Гистероскопическое бужирование маточных труб эффективно при наличии синехий в матке и в области устьев маточных труб. Лапароскопический метод показан при непроходимости маточных труб в дистальных отделах. Наибольшая вероятность восстановления фертильности выявлена у пациенток со спаечным процессом I–II степени, незначительным повреждением маточных труб и длительностью бесплодия менее 5 лет. Хирургическая реконструкция дистального отдела маточных труб малоэффективна при тяжелой патологии маточных труб в сочетании со спаечным процессом III–IV степени выраженности, но может использоваться как 1 этап лечения перед ЭКО.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

© И. С. Морозова, М. С. Добровольский, С. Н. Гайдуков

СПб ГУЗ Городская больница № 38 им. Н. А. Семашко, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Одним из нередких осложнений новейших вспомогательных репродуктивных технологий является развитие синдрома гиперстимуляции яичников. При этом прослеживается тенденция к постоянному росту данного осложнения. На сегодняшний день частота синдрома гиперстимуляции наблюдается в 5–6 % случаев. Нередки случаи развития среднетяжелых и тяжелых формы синдрома гиперстимуляции, требующих ведения в условиях стационара,

где обеспечивается адекватное обследование, мониторинг их состояния и лечения. При этом наибольшая сложность отмечается при ведении больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами.

Цель исследования

Цель исследования оптимизация методов ведения пациенток со средней и тяжелой степенью тяжести.

Материал и методы

Всего было обследовано 24 женщины, поступившие в гинекологическое отделение по поводу среднетяжелой и тяжелой формы синдрома гиперстимуляции яичников при ЭКО. Было проведено общеклиническое обследование, включавшее в себя измерение массы тела и окружности талии, мониторинг введенной и выделенной жидкости, ЦВД при необходимости. При ведении данных больных бимануальное гинекологическое исследование не проводилось. Это было обусловлено недостаточной информативностью и риском разрыва яичников. Определялся уровень эстрадиола крови. УЗИ брюшной полости и грудной клетки (асцит, состояние печени, желчевыводящей системы и почек, размер яичников, гидроторакс), рентгенография грудной клетки и/или эхокардиография (при подозрении на наличие жидкости в плевральной полости и перикарде), ЭКГ и другие исследования по показаниям. У больных с СГЯ проводилось общепринятое лечение, особенностью которого являлось то, что с целью увеличения перфузии почек и повышения скорости фильтрации мочи в конце инфузионной терапии использовался не допамин, а лазикс.

Результаты и обсуждение

Как известно основными проявлениями синдрома гиперстимуляции яичников являлось значительное увеличение размеров яичников с возможным разрывом кист, накопление в брюшной полости, а также и других полостях жидкости.

Спектр и выраженность симптоматики зависел от степени тяжести синдрома.

До последнего времени считалось, что использование диуретиков при синдроме гиперстимуляции яичников неэффективно и может приводить к усилению гиповолемии. Поэтому, после восстановления ОЦ плазмы используется допамин, оказывающий кардиотоническое, гипертензивное, сосудорасширяющее и диуретическое действие. Вместе с тем, при использовании стабизола, циркулирующие в кровеносном русле его молекулы, удерживают около себя молекулы воды, не позволяют значительно усиливаться гиповолемии и предупреждают развитие гиповолемического шока. В результате проведения инфузионной терапии препаратами ГЭК 6 % с последующим назначением диуретиков быстрее отмечалась нормализация общего состояния женщин; сокращалась длительность госпитализации на 3–4 дня по сравнению с контрольной группой женщин, где подобная терапия не проводилась. С практической точки зрения важным является отсутствие в подавляющем большинстве случаев необходимости в парацентезах.

Заключение

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что включение диуретиков в состав инфузионной терапии у пациенток с тяжелыми формами синдрома гиперстимуляции яичников является клинически обоснованным и способствует сокращению длительности пребывания в стационаре таких больных.