

Антихламидийные антитела класса А были обнаружены у 4 женщин (16,7 %). У 3 пациенток (12,5 %) были обнаружены антихламидийные антитела обоих классов.

В контрольной группе женщин частота выявления хламидий составила 3 % (3 из 100). Ни у одной из женщин, инфицированных хламидиями, не было симптомов урогенитальной инфекции.

Выводы: Проведенное исследование свидетельствует о частом распространении урогенитальной хламидийной инфекции среди женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов ма-

лого таза и трубным бесплодием. Наличие хламидий у практически здоровых женщин свидетельствует о частом латентном течении заболевания. А это в отсутствие лечения может способствовать развитию восходящей инфекции. Поэтому важно проводить скрининговые обследования женщин репродуктивного возраста, особенно сексуально активных подростков. Серологические исследования могут служить дополнительным маркером при установлении диагноза, особенно при развитии воспалительных заболеваний органов малого таза и бесплодия, связанного с непроходимостью маточных труб.

Павлова С. А., Бугрова Т. И, Бушкова О. Н.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПК ФМБА РФ,
Клиническая больница № 6 ФМБА РФ,
Москва, Россия

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Актуальность проблемы. Несмотря на опрделенные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения женского бесплодия, в последние годы наблюдается рост числа женщин репродуктивного возраста, страдающих бесплодием. Так, по данным отечественных авторов, частота бесплодного брака колеблется от 8 до 17 %. В последние годы в диагностике и лечении женского бесплодия широко применяются эндоскопические методы. По данным литературы, лапароскопический метод хирургического лечения является наиболее эффективным, максимально информативным и способствует восстановлению репродуктивной функции в 25–35 % случаев.

Материал и методы. С апреля 2004 г. по апрель 2006 г. в отделении гинекологии Клинической больницы № 6 ФМБА России выполнено 215 лечебно-диагностических лапароскопий у пациенток с различными формами женского бесплодия. Возраст пациенток варьировал от 22 до 43 лет, средний возраст составил 32 года. Всем больным до операции проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее: обследование на ИППП, определение концентрации гормонов в плазме крови в динамике менструального цикла, тесты функциональной диагностики, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза с доплерометрией, гистеросальпингографию. По показаниям выполнялась рентгенография черепа и турецкого седла, УЗИ молочных желез и щитовидной железы. Длительность бесплодия составляла от 1,5 до 5 лет. Первичное бесплодие выявлено у 92 (42,7 %) больных, вторичное — у 117 (54,4 %), у 6 (2,9 %) пациенток в бесплодном браке отмечено сочетание мужского и женского бесплодия.

Результаты исследования. Были выполне-

ны следующие операции: сальпингоовариолизис — у 103 больных, сальпинголизис — у 75, фимбриопластика — у 58, терминальная сальпингостомия — у 42, резекция яичников — у 44, клиновидная резекция/каутеризация яичников — у 31, коагуляция очагов эндометриоза — у 89, консервативная миомэктомия — у 57. Анализ проведенных нами операций показал, что в структуре женского бесплодия первое место занимает трубно-перитонеальный фактор — 124 (57,7 %) женщин. У данной группы больных в анамнезе преобладали воспалительные заболевания гениталий как специфической, так и неспецифической этиологии, а также были указания на перенесенные ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза у 32 женщин (25,8 %). Второе место среди причин бесплодия занимает наружный генитальный эндометриоз — 73 (34 %) женщин. При этом в большинстве случаев диагноз эндометриоза был установлен при лапароскопии. Третье место в структуре бесплодия занимает эндокринный фактор (синдром поликистозных яичников) — у 18 (8,3 %) женщин. В 96 % случаев при проведении лапароскопии диагноз синдрома поликистозных яичников соответствовал данным предоперационного ультразвукового исследования органов малого таза и гормонального обследования. У большинства пациенток было отмечено сочетание трубно-перитонеального фактора бесплодия с наружным генитальным эндометриозом, миомой матки малых размеров, доброкачественными новообразованиями яичников.

Выводы. Таким образом, применение лапароскопии позволяет провести дифференциальную диагностику причин бесплодия и выполнить реконструктивно-пластические операции, направленные на восстановление репродуктивной функции.