

был диагностирован асцит. Трансабдоминальный амниоцентез с последующей пункцией брюшной полости позволил аспирировать 270 мл жидкости. В последующем беременность протекала без осложнений, родившийся в срок ребенок в последующем развивался удовлетворительно.

При диагностике у плода 29 недель гестации гидронефроза с резким увеличением почки до 7,0x5,2x5,1 см. нами также был проведен амниоцентез с последующей аспирацией 250 мл жидкости. К концу беременности размер почки нормализовался. Роды произошли путем кесарева сечения. Однако в почке были обнаружены необратимые изменения, что привело к необходимости нефрэктомии у ребенка в возрасте 1 мес.

Необходимо отметить, что в ряде случаев после экстракорпорального оплодотворения приходится прибегать к различным оперативным вмешательствам, в частности к редукции плода при многоплодной беременности. Так, у женщины с вторичным бесплодием с бихориальной двойней после ЭКО на 15 – 16 нед. беременности у одного из плодов была выявлена анэнцефалия и острое многоводие аномального плода. В сроке 29 – 31 нед. под контролем УЗИ было произведено три трансабдоминальных амниоцентеза с интервалом 2 – 4 дня и удалено

суммарно 2,5 литра околоплодных вод. Роды, наступившие в срок, закончились рождением живого ребенка без пороков развития и мертвым плодом с анэнцефалией.

Таким образом, на основе пренатальной диагностики и обнаружения разнообразных аномалий развития возможно проведение успешных лечебных манипуляций на плоде. При этом удалось не только сохранить желанную беременность, но и эффективно воздействовать на плод и способствовать рождению здоровых детей.

В заключение необходимо отметить, что концентрация врожденных пороков развития на базе высокоспециализированного перинатального учреждения позволяет добиться существенных успехов в ранней диагностике и своевременной коррекции пороков и способствует снижению перинатальной смертности и инвалидизации с детства.

План дальнейшего развития предусматривает создание федеральной программы по оказанию хирургической помощи новорожденным детям с пороками развития для всех регионов России. По мере совершенствования этой службы в рамках учреждения родовспоможения предполагается развитие внутриутробной хирургии у плодов с врожденными пороками развития.

Савельева Г.М., Курцер М.А., Азиев О.В., Штыров С.В., Бугеренко А.Е.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского Государственного медицинского университета, Москва

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

К настоящему времени на клинических базах кафедры (31-я ГКБ и ЦПСИР) выполнено более 30000 лапароскопических операций.

Широкое внедрение в клиническую практику лапароскопических вмешательств при различной патологии гениталий и накопленный опыт их проведения сделали необходимым пересмотреть некоторые подходы и определить наиболее оптимальные, научно обоснованные позиции при выборе оперативного доступа и методик выполнения гинекологических операций.

Десятилетнее применение лапароскопической гистерэктомии (всего более 3500 операций) позволило определить ее место в современной гинекологии, детализировать противопоказания, оптимизировать технику и объем вмешательства. При гистерэктомии мы являемся сторонниками сохранения шейки матки в случаях отсутствия ее патологических изменений. Средняя продолжительность неосложненной тотальной лапароскопической гистерэктомии колеблется от 45 до 80 минут, а надвлагалищной ампутации – 30-60 минут, то есть приближается к длительности таких же операций при лапаротомии.

Следует отметить, что в если 1996 году производилось всего 56 гистерэктомий, то в последние годы ежегодно выполняется более 500.

Дискутабельным остается применение эндоскопии при миоме матки больших размеров. По нашим данным, лапароскопический доступ для гистерэктомии следует особо взвешенно использовать у пациенток при миоме матки, превышающей размеры 15-недельной беременности. Ретроспективный анализ осложнений лапароскопической гистерэктомии показал, что особую опасность в отношении повреждений мочеточников во время ЛГ представляют пациентки с низким, интралигаментарным расположением миоматозных узлов, ограничением подвижности матки и распространенным эндометриозом. При тотальной лапароскопической гистерэктомии (ТЛГ) мы зарегистрировали большую частоту осложнений, чем при субтотальной. Профилактика осложнений ЛГ основана на тщательном отборе пациенток и совершенствовании навыков ее выполнения.

В последние годы наметилась тенденция к распространению вагинального доступа для удаления

матки у пациенток без пролапса гениталий, который по течению послеоперационного периода, срокам реконвалесценции является альтернативой лапароскопической гистерэктомии. Мы не оспариваем достоинства такого доступа, однако, по нашему мнению, вагинальная гистерэктомия имеет ряд ограничений: большие размеры матки, наружный генитальный эндометриоз, спаечный процесс брюшной полости и малого таза, новообразования придатков матки.

Появление новых технологий требует изменения принципиальных подходов в лечении пациенток с миомой матки, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции.

Накопленный опыт (более 600 наблюдений) лапароскопической миомэктомии (ЛМ), позволил определить противопоказания к использованию эндоскопического доступа, оптимизировать методики выполнения и проанализировать ближайшие и отдаленные результаты этой операции.

Частота использования лапароскопической миомэктомии в наших клиниках составляет более 80 %. Важными моментами при выполнении этой операции лапароскопическим доступом мы считаем: предоперационное лечение агонистами Гн-РГ (золадекс, нафарелин и др.) и восстановление всех дефектов миометрия с помощью лапароскопических швов. Следует заметить, что у 2 пациенток после миомэктомии мы наблюдали разрыв матки в поздние сроки беременности по рубцу, что, по-видимому, является следствием неадекватного восстановления дефектов миометрия.

При изучении отдаленных результатов нами было установлено, что ЛМ приводит к устранению нарушений менструальной функции более чем у 86 % пациенток, наступление беременности констатировано у 44 % женщин, частота рецидивов миомы матки в течение 5 лет после операции колеблется в пределах от 8 до 17 %.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) у пациенток с миомой матки, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции, в последние годы прочно вошла в повседневную практику. Оценивая результаты использования ЭМА у 371 пациентки, мы отметили ее высокую эффективность. Ни у одной пациентки в дальнейшем не пришлось прибегать к гистерэктомии. Также достоинствами методики являются: малая инвазивность, минимальное количество осложнений, короткие сроки пребывания больных в стационаре. К недостаткам ЭМА следует отнести ее высокую стоимость.

Одним из путей оптимизации лечебных подходов у пациенток с миомой матки представляется лапароскопическая перевязка маточных артерий (ЛПМА) в сочетании и без миомэктомии, которую мы начали применять в последнее время. ЛПМА как этап выполнения миомэктомии позволяет уменьшить затраты на лечение за счет отказа от примене-

ния предоперационного назначения агонистов ГнРГ, снизить объем интраоперационной кровопотери и частоту рецидива миомы матки после операции.

Возможности малоинвазивной хирургии у пациенток с пролапсом гениталий и недержанием мочи продолжают разрабатываться в клиниках кафедры. За период с 1999 г. по настоящее время в ЦПСиР лапароскопическим доступом оперировано 50 больных с пролапсом гениталий в возрасте от 41 до 72 лет. Из них у 38 пациенток показанием к хирургическому лечению служило неполное или полное выпадение матки, у 6 пролапс культи шейки, у 6 – купола влагалища. 23 пациентки перенесли ранее вмешательства различными способами по поводу доброкачественной патологии или пролапса гениталий, а также недержания мочи.

В 37 наблюдениях пролапс гениталий сочетался с нарушениями мочеиспускания и недержанием мочи, в 23 – с цисто- и ректоцеле. В предоперационном периоде всем пациенткам проводилось комплексное уродинамическое исследование для определения необходимости коррекции стрессовой инконтиненции.

Продолжительность хирургических вмешательств колебалась от 100 до 240 минут (в среднем 165). Наряду с лапароскопической промонтофиксацией были выполнены сопутствующие операции: гистерэктомия – у 38 (СЛГ- 31, ТЛГ – 7), операция Берча – у 22, TVT TOT – у 7, коррекция паравагинальных дефектов – у 13, кольпоперинеолеваторопластика – у 9.

Среди осложнений лапароскопической сакропексии следует отметить 2 ранения мочевого пузыря, основной причиной их возникновения явилась повышенная отечность тканей из-за длительно существующего пролапса, затруднявшая четкую идентификацию границ мочевого пузыря. Восстановление целостности дефектов проводилось лапароскопическим доступом с благоприятным исходом. У 2 пациенток, активно живущих половой жизнью, через 12 и 15 месяцев после операции наблюдалась эрозия слизистой влагалища, потребовавший иссечения части протеза влагалищным доступом.

Изучение результатов лечения в сроки от 6 месяцев до 8 лет показали высокую эффективность лапароскопической промонтофиксации. У 8 пациенток через 6-12 месяцев после вмешательства в плановом порядке выполнялась кольпоперинеолеваторопластика в связи с опущением стенок влагалища. Накопленный клинический опыт позволил сделать выводы об оптимизации лечебных подходов у женщин с пролапсом гениталий.

Наряду с расширением использования лапароскопического доступа в лечении патологии гениталий естественно стремление к использованию современных эндоскопических методик в амбулаторных условиях. Трансвагинальная гидролапароскопия (126 наблюдений) зареко-

мендовала себя достаточно информативной и безопасной процедурой и может рассматриваться в качестве скрининг-метода обследования у пациенток с бесплодием. По нашим данным, ее диагностическая ценность при спаечном процессе малого таза составила 92,6 %, при патологии маточных труб – 81,25 %, при наружном эндометриозе – 62,9 %.

Совершенствование эндоскопического оборудования за счет уменьшения диаметра телескопа без потери качества получаемого изображения стало поводом для появления фетоскопии. Плод стал рассматриваться как пациент, которому в настоящее время проводятся не только диагнос-

тические, но и лечебные процедуры. И в нашей клинике начато внедрение эндоскопической фетальной хирургии: лазерная вапоризация патологических анастомозов плаценты при фето-фетальном синдроме у пациенток с монохориальной двойней и окклюзия пуповины одного из плодов с хромосомной или другой патологией.

Таким образом, систематическое переосмысление полученных результатов и внедрение в практику новых технологий открывает новые возможности использования эндоскопической хирургии, что позволяет оптимизировать лечебные подходы оказания хирургической помощи в акушерстве и гинекологии.

Адамян Л.В., Яроцкая Е.Л., Ткаченко Э.Р.

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Россия

ЭНДОМЕТРИОЗ КАК НАУЧНАЯ, МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Для эндометриоза характерны многообразие форм и вариантов клинического течения, парадоксальные аспекты этиопатогенеза. Многолетний собственный опыт и анализ работы Российской Ассоциации Эндометриоза свидетельствуют о том, что это заболевание представляет собой серьезную социальную проблему, что обусловлено преобладанием в его клинической картине таких симптомов, как изнуряющие хронические или циклические тазовые боли, нарушения репродуктивной функции и менструального цикла. Результаты лечения больных эндометриозом всех возрастных групп (детей, женщин репродуктивного и перименопаузального возраста) свидетельствуют о необходимости комплексного подхода, оценки состояния всех звеньев репродуктивной системы и исключения симультанной патологии. Восстановительное лечение следует проводить по индивидуальным программам в зависимости от симптоматики и степени нарушения функций репродуктивной системы. При этом восстановление генеративной функции является лишь частью проблемы. Хирургическое лечение является единственным на сегодняшний день методом, обеспечивающим ликвидацию анатомического субстрата эндометриоза, и, соответственно, максимальную эффективность лечения. Терапия гормональными препаратами (неместран, диферелин и др.) эффективна в плане устранения или облегчения болевой симптоматики, уменьшения размеров очагов и повышения частоты наступления беременности в спонтанных циклах или при использовании ВРТ. Ингибиторы ароматаз, которые сейчас начали использоваться для лечения эндометриоза, могут оказаться эффективным средством терапии, что нуждается в подтверждении в мультицентровых исследованиях.

Данное исследование было направлено на изучение научных, клинических и социальных аспектов эндометриоза с целью повышения качества лечения больных. Материал исследования представлен 1312 больными наружным и внутренним генитальным эндометриозом, обследование, лечение и мониторинг которых проводился в отделении оперативной гинекологии ГУ Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Комплексное клиническое обследование включало ультразвуковое исследование и/или магнитно-резонансную томографию, спиральную компьютерную томографию. Всем пациенткам выполнена диагностическая и/или хирургическая лапароскопия и гистероскопия, патоморфологическое исследование удаленных препаратов. Проведены цитогенетические, иммунологические, эндокринологические исследования, а также изучение состояния клеточного железа, систем протеолиза и ангиогенеза, позволившие установить участие в патогенезе эндометриоза таких факторов, как гормональный дисбаланс, неблагоприятная экология, генетическая предрасположенность и наследственность, расстройства иммунитета, нарушения в системах протеолиза, ангиогенеза и метаболизма железа. Специальное обследование 690 пациенток в возрасте от 19 до 63 лет (средний возраст $28,2 \pm 3,4$ года), направленное на оценку степени социальной, психологической и семейной адаптированности, включало определение социально-демографического профиля, клинико-психологическое исследование, изучение состояния ЦНС и вегетативной регуляции, качественных и количественных характеристик болевой симптоматики, состояния репродуктивной функции, основных параметров качества жизни – физической активности, сна, трудоспособности, сексуального, семейного и