

ническому диагнозу ГВЗПМ у 48 из 98 (50 %) пациенток. С диагнозом «острый живот» поступили 22 (22,4 %) девочки. Остальные 28 (28,5 %) пациенток поступили с диагнозами «гинекологическая патология невоспалительного генеза», «маточное кровотечение», «острый холецистит», «инфекция мочевыводящих путей». Средняя длительность догоспитального этапа составила у пациенток I группы $18,2 \pm 2,4$ дня и у девушек II группы $8,4 \pm 1,4$ дня ($t=3,36$; $p<0,001$). Основной жалобой 64 из 98 (65,3 %) больных были боли в гипогастральной области. Из 98 пациенток на боли в правом подреберье жаловались 10 (10,2 %) пациенток, сочетание болей в гипогастральной области и правом подреберье отмечено у 13 (13,2 %) девушек, болевой синдром отсутствовал у 11 (11,2 %) пациенток, которые обратились по поводу маточного кровотечения. С тяжестью деструктивного процесса в придатках матки, выявленного при лапароскопии, достоверно коррелировал лишь один лабораторный показатель – СОЭ, средние значения которого составили $19,1 \pm 1,7$ мм/ч для группы I ($n=52$) и $11,8 \pm 1,2$ мм/ч для группы II ($n=46$) ($t=3,34$; $p<0,001$). Санационную лапароскопию проводили пациенткам обеих

групп в сроки от 1 до 11 суток. В течение 1 – 3-х суток хирургическое вмешательство произведено 75 (76,5 %) пациенткам. Отсроченная лапароскопия осуществлена 23 (23,5 %) больным. Среднее значение индекса J.Henry-Suchet составило $17,3 \pm 0,5$ балла для пациенток I группы и $15,3 \pm 1,2$ балла для пациенток II группы. Значение индекса J.Henry-Suchet оставалось высоким у всех пациенток с отсроченной лапароскопией вплоть до 11 суток на фоне проводимой комплексной антибактериальной терапии. Объем оперативного вмешательства включал адгезиолизис, промывание малого таза антисептиком, дренирование малого таза, тубэктомия, аднексэктомия, аппендэктомия и резекцию большого сальника.

Выводы. Таким образом, выявленные особенности течения ГВЗПМ у девушек-подростков демонстрируют целесообразность постановки диагноза на основании минимальных и дополнительных критериев ВОЗ. Учитывая значительное количество пациенток (23,5 %), потребовавших проведения отсроченного вмешательства, считать целесообразным проведение лапароскопии в 1-е – 3-е сутки, что позволяет верифицировать диагноз и произвести адекватную санацию пораженной области.

Лятошинская П.В.¹, Кира Е.Ф.³, Беженарь В.Ф.¹, Жемчужина Т.Ю.²

¹Кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии; ²Елизаветинская больница, Городской Центр лапароскопической хирургии, Санкт-Петербург;

³Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗиСР РФ, Москва, Россия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРОКСИМАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Актуальность проблемы. Окклюзия маточных труб в проксимальном отделе является одной из причин трубно-перитонеального бесплодия среди женщин. Частота проксимальной трубной окклюзии по данным различных авторов составляет в среднем около 20 %.

Материал и методы. Нами было прооперировано 27 пациенток по поводу трубно-перитонеального бесплодия с окклюзией маточных труб в интрамуральном отделе. Средний возраст больных составил $28,6 \pm 5,7$ лет (от 21 до 42 лет). Из них 9 пациенток (33,3 %) с первичным и 18 (66,7 %) – с вторичным бесплодием. С целью реканализации проксимального участка маточных труб нами был использован набор коаксиальных катетеров, предложенный Novu в 1988 году (J-NCS-503570, COOK, США).

Результаты исследования. По данным предоперационного обследования (ГСГ), у 11 пациенток имелась билатеральная обструкция интрамурального отдела маточных труб, у 9 – унилатеральная, у 6 – одна труба была непроходима в интрамуральном отделе, в то время как с другой стороны имелся гидросальпинкс, а у 1 пациентки была выявлена проксимальная окклюзия единственной маточной трубы.

В результате проведения трансцервикальной реканализации интрамурально окклюзированных маточных труб данным методом интраоперационно удалось восстановить проходимость хотя бы одной маточной трубы у 25 пациенток (92,6 %). Всего из 38 реканализированных труб восстановлена проходимость 31 маточной трубы (81,6 %). Лапароскопический контроль позволил обнаружить не выявленную на дооперационном этапе патологию дистальных отделов маточных труб и перитубарной области у 12 пациенток (57,1 %). У 6 пациенток из этой группы были выявлены гидросальпинксы диаметром от 1 до 3 см, а у 9 – спаечный процесс органов малого таза (I-II ст. – в 6, III-IV ст. – в 3 случаях, по J.Hulka). При выявлении данных патологических изменений выполнялся сальпингоовариолизис, фимбриолизис или же неосальпингостомия соответственно в каждом конкретном случае. Во время диагностической гистероскопии, которая проводилась перед реканализацией маточных труб у 7 пациенток (29,6 %) была выявлена внутриматочная патология (полипы эндометрия, субмукозный миоматозный узел, внутриматочные синэхи).

За время послеоперационного наблюдения (не менее 6 мес.) беременность наступила у 12 пациен-

ток (48 %), из них в 9 случаях – маточная беременность, и в 3 случаях – внематочная беременность в реканализированной трубе. Четыре беременности завершились срочными родами, 2 пациентки наблюдаются с ранними сроками гестации, и в 3 случаях произошел самопроизвольный аборт при сроках беременности от 6 до 12 недель. Частота реокклюзии прооперированных маточных труб по данным ГСГ через 1 год после операции составила 46,2 %.

Маркова Е.А., Кузнецова Т.А., Востриков В.В., Салфеткина С.В.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 Алтайского Государственного медицинского университета, Сибирский институт репродукции и генетики человека, Барнаул, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка целесообразности и эффективности комбинированного эндоскопического обследования в подготовке и последующем ведении пациенток в программах ЭКО.

Материал и методы. В исследование вошли 168 пациенток программ IVF по стандартному длинному протоколу индукции овуляции с 21-го дня. В зависимости от времени, объема предварительного обследования и коррекции выявленной патологии все пациентки были разделены на три группы. В I группу вошли 40 пациенток (23,8 %), которым перед очередным циклом ЭКО проведено комбинированное эндоскопическое обследование. Во II – 69 женщин (41,0 %), которым в анамнезе осуществлялись различные варианты эндоскопического и хирургического лечения с попыткой коррекции репродуктивной функции. 59 пациенткам III группы (35,1 %) эндоскопическое обследование не проводилось.

Результаты исследования. Кроме неудач предыдущих попыток ВРТ, показаниями к проведению комбинированного эндоскопического обследования (гистероскопия + манипуляционная лапароскопия)

Огурцов А.В., Кабешов А.М., Брянцев А.Д., Веденева Н.В., Смирнова О.А., Арканова Е.И., Корнийчук Ю.В.

Областная клиническая больница, Ярославль, Россия.

Материал и методы. Изучена возможность трансвагинального доступа для эндоскопической диагностики трубно-перитонеального бесплодия и лечения послеоперационных ретенционных кист яичников. Трансвагинальная гидролапароскопия (ТВЛ) проводилась в условиях стационара с использованием 5мм 30° ригидной оптики и оборудования «Karl Storz» (Germany).

Выводы. Таким образом, трансцервикальная реканализация маточных труб является малоинвазивным и эффективным методом лечения трубной окклюзии в интрамуральном отделе, позволяющем восстановить проходимость маточных труб в 81,6 % случаев. Данный метод является предпочтительным у пациенток с возможным сочетанным поражением дистального и проксимального отделов маточных труб, а также с внутриматочной патологией.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭНДОСКОПИИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

у 40 пациенток первой группы были: клинические и УЗ – признаки патологии эндометрия; подозрение на наличие гидросальпинкса или генитального эндометриоза. При проведении эндоскопической в половине случаев (65 %) гистероскопически выявлена патология эндометрия, в 20 % – гидросальпинксы, у каждой десятой (12,5 %) пациентки – наружный генитальный эндометриоз. С учетом выявленной патологии проводилась корригирующая терапия и прегравидарная подготовка. В результате проведения последующих процедур ВРТ беременность наступила у 37,5 % пациенток I группы; у 30,4 % – II и у 30,5 % III.

Выводы. Таким образом, комбинированное эндоскопическое обследование и последующая коррекция выявленной патологии являются обязательным этапом подготовки женщин к программам IVF в случаях неудач предыдущих попыток и при наличии клинических и параклинических данных гинекологической патологии. Реализация данного подхода способствует повышению эффективности преодоления бесплодия с использованием ВРТ.

ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Результаты. За 3 года выполнено 112 ТВЛ. У 108 пациенток (I клиническая группа) через 1 – 4 месяца после реконструктивно-восстановительных лапароскопических вмешательств на маточных трубах. Объем операции включал осмотр позадибрюшного пространства, хромогидротубацию, фимбриоскопию. У 4 пациенток (II клиническая группа) с ретенционными послеоперационными кистами