

ступом миомэктомия была выполнена у 31 больной; в четырех случаях потребовалось проведение полостной операции, что было связано с атипичным расположением миоматозных узлов. У 8 пациенток из всех оперированных с миомой матки было применено по две мембраны Interceed, что обусловлено наличием множественных миоматозных узлов и различной их локализацией. При операциях по поводу бесплодия в некоторых случаях использовалась лишь часть имембраны. При проведении контрольного УЗИ на 3-и и 5-е сутки после операции отмечено, что мембрана Interceed не определяется на 5-е сутки. Также у 10 больных, перенесших ранее от 2 до 4-х «открытых» операций на органах малого таза и брюшной полости, после адгезиолизиса с целью профилактики повторного формирования спаек применен Intergel по стандартной методике. Intergel (гиалуронат натрия) является природным высокомолекулярным мукополисахаридом, который, гидролизуясь до ди- или тетрасахаридных фрагментов, образует вязкий смазывающий слой на поверхности брюшины. Особенности проведения лапароскопии у таких пациенток явилось использование точки Мак-Бурнея слева для создания пневмоперитонеума и применение в дальнейшем «оптического» троакара. При проведении серии контрольных УЗИ в послеоперационном периоде у данных больных отмечено, что наличие Intergel не отмечено на 14–15-е сутки после операции. Сроки наблюдения за больными составили от 6 до 24 месяцев. Эффективность противоспаячных барьеров оценена у 34 больных при повторной лапароскопии, которая была выполнена через 4–6 месяцев после операции (в 29 случаях после применения мембраны Interceed и в 5 – после применения Intergel).

Результаты исследования. Формирование спаек после миомэктомии отмечено у 6 женщин, однако, спайки были без выраженной васкуляризации, имели пленчатое строение, носили единичный характер. У женщин, ранее оперированных по поводу ретроцервикального эндометриоза, отмечено сохра-

нение позадиматочного пространства. Повторное формирование спаек у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием отмечено в четырех случаях, однако их интенсивность была значительно ниже у трех больных, спайки *de novo* образовались в двух случаях. В одном случае на 7-е сутки после применения Intergel больная повторно оперирована с подозрением на спаечную тонкокишечную непроходимость. Наличие геля и спаек в брюшной полости не установлено. Мы также оценили репродуктивную функцию. После применения мембраны Interceed беременность наступила у 18 женщин: в 10 случаях – после миомэктомии, у трех женщин после операции по поводу эндометриоза, и у 5 женщин – после операции по поводу бесплодия. 12 женщин родоразрешены; в двух случаях путем кесарева сечения по акушерским показаниям. После применения Intergel наступили беременности у двух женщин, у пациенток произошли срочные самопроизвольные роды.

Заключение. Анализируя данные литературы, можно отметить, что процесс заживления повреждений брюшины может протекать по двум направлениям: быстрой мезотелизации дефекта или образования спаек, которые в последующем могут либо рассосаться, либо превратиться в плотные соединительнотканые сращения, способные в последствии вызвать СБ и в том числе кишечную непроходимость. Процесс спайкообразования брюшной полости является сложным, многогранным одновременно и защитно-приспособительным и патологическим явлением. Он не может считаться до конца исследованным и требует проведения дальнейших исследований. Учитывая, что спайки являются самым частым осложнением хирургического вмешательства на органах брюшной полости, а также то, что основным этиопатогенетическим звеном процесса является повреждение брюшины и организация соединительной ткани между листками поврежденной брюшины. Наиболее перспективными являются разработки средств, разграничивающих раневые поверхности.

Рулев В.В., Абашова Е.И., Мишарина Е.В.,
Потин В.В., Тарасова М.А.

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Актуальность проблемы. В России частота бесплодных браков превышает установленный ВОЗ критический уровень в 15 % и достигает 17 % от общего количества супружеских пар. С 1992 года в России отмечается отрицательный прирост населения, равный 1,3 % в год. Среди причин бесплодия женское бесплодие, обусловленное гормональной недостаточностью яичников, встречается в 35–40 % случаев. Гормональное бесплодие является

следствием различных заболеваний репродуктивной системы, общее звено которых составляет яичниковая недостаточность. Ранее нами было установлено, что нормогонадотропная ановуляция, как правило, не связана с повреждением механизма обратной положительной связи между яичниками и гипофизом и обусловлена недостаточной секрецией эстрогенов доминантным фолликулом. Выяснение и устранение овариальных и внегонадных факто-

ров, приводящих к нарушению фолликулогенеза в яичниках, имеет важное значение для преодоления гормональной недостаточности яичников.

Материал и методы. За 10 лет лапароскопия проведена 1423 женщинам репродуктивного возраста с нормогонадотропной недостаточностью яичников. Первичное бесплодие имелось у 43,4 %, вторичное – у 56,6 % больных. Продолжительность бесплодия варьировала от одного года до 15 лет. Помимо гормонального обследования использовались ультразвуковые, иммунологические, гистологические методы исследования. Малые формы наружного генитального эндометриоза были обнаружены у 53,1 %, эндометриоз III – IV стадии – у 15,8 %, хронический аднексит – у 22,0 %, синдром поликистозных яичников – у 9,1 % больных. У 30,1 % больных с помощью метода пря-

мой иммунофлюоресценции диагностирован аутоиммунный оофорит. У 45,5 % больных причина нормогонадотропной недостаточности яичников была установлена впервые. Лапароскопическая электрокоагуляция эндометриоидных гетеротопий привела к восстановлению овуляторного менструального цикла у 34,3 % больных с наружным генитальным эндометриозом. Электрокаутеризация яичников способствовала восстановлению овуляторного менструального цикла у 54,9 % больных с синдромом поликистозных яичников. В остальных случаях лапароскопия помогла выбрать оптимальную терапию нормогонадотропной недостаточности яичников.

Выводы. Таким образом, лапароскопия является важным звеном в диагностике и терапии гормонального бесплодия.

**Стрижелецкий В.В., Жемчужина Т.Ю.,
Лучкин А.Н., Кахиани Е.И., Тайц А.Н.**

Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии; Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Актуальность. Воспалительные заболевания придатков матки представляют собой одну из медицинских проблем, существенно влияющих на здоровье женщин детородного возраста. В последние годы отмечено повышение частоты развития острых воспалительных заболеваний придатков матки (ОВЗПМ).

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения женщин детородного возраста, поступивших по экстренным показаниям в стационар с диагнозом ОВЗПМ в период 1995 – 2004 гг., с использованием эндовидеохирургических технологий. За данный период нами выполнено 528 лапароскопических операций у пациенток с ОВЗПМ. В большинстве наших наблюдений основным клиническим диагнозом у пациенток был острый серозный и гнойный сальпингоофорит, осложнившийся пельвиоперитонитом (342) и формированием осумкованных придатковых образований (пиосальпинк-

са, пиовара и гнойных tuboовариальных образований) у 186 пациенток.

Результаты. В наших наблюдениях объем лапароскопических вмешательств включал: адгезиолизис – 127, сальпингоовариолизис – 196; сальпингостомию – 14; сальпингоэктомию – 86; удаление гнойного образования из яичника – 15; овариоэктомию – 34; опорожнение tuboовариального абсцесса – 24; одностороннее удаление придатков матки – 56. У 16 оперированных по поводу tuboовариальных образований потребовалось проведение динамических лапароскопий.

Выводы. Наш опыт показывает, что применение эндовидеохирургических технологий у больных с ОВЗПМ позволяет выполнить адекватное оперативное вмешательство и тщательную санацию брюшной полости, а проведение динамических лапароскопий позволяет избежать грозных послеоперационных осложнений.

**Стрижелецкий В.В., Кахиани Е.И., Жемчужина
Т.Ю., Тайц А.Н., Лучкин А.Н.**

Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Актуальность. Бесплодие в браке – проблема, занимающая особое место в современной медицине. Многообразие причин, способствующих бесплодию, трудности выявления патологических механизмов обуславливают необходимость поиска и

совершенствования новых более эффективных методов диагностики и лечения этой группы больных. Трубные и перитонеальные факторы бесплодия являются в среднем у 30 % женщин, страдающих бесплодием.