

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 выявляются в среднем у 30 % женщин, страдающих бесплодием.

Материал и методы. Нами было проведено обследование и лечение 210 женщин, страдающих бесплодием с использованием эндовидеохирургических технологий. Операция проводилась во вторую фазу менструального цикла. Эндхирургическое вмешательство проводилось в два этапа: диагностический и лечебный. С целью определения проходимости маточных труб проводилась интраоперационная хромосальпингоскопия. Операция завершалась оставлением в малом тазу микроирригатора для введения в послеоперационном периоде антибактериальных и противовоспалительных препаратов.

Результаты. В результате проведенного исследования у 35 (16,6 %) пациенток были обнаружены необратимые анатомические изменения со стороны матки и придатков, массивный спаечный процесс. Было произведено устранение спаечного процесса, мобилизация маточных труб и яичников. Эти больные были подготовлены к экстракорпоральному оплодотворению. У 56 (26,7 %) больных была сохранена проходимость маточных труб. У 30 (53,5 %) из них диагностирован склерокистоз яичников, у 11 (19,6 %) малые формы наружного эндометриоза, варикозное расширение вен малого таза обнаружено у 7 (12,6 %), субсерозная миома матки у 8 (14,3 %). Произведено: в случаях склерокистоза яичников резекция обеих яичников, в случаях эндометриоза – коагуляция очагов, рассечение спаек, в случаях

наличия субсерозной миомы матки – энуклеация узлов с коагуляцией ложа.

У 119 (56,7 %) обследуемых был диагностирован трубный фактор бесплодия. Из них у 45 (37,8 %) больных выявлена значительная обструкция одной или обеих маточных труб, у 48 (40,3 %) больных маточные трубы были непроходимы в ампулярном отделе (гидросальпингс) и у 26 (21,8 %) женщин отмечалось сочетание трубного фактора с патологическим изменением со стороны яичников и спаечным процессом малого таза. Во время эндхирургического вмешательства проводили, в зависимости от выявленных изменений, лизис перитубарных и перивариальных спаек, мобилизация маточных труб, их бужирование, биопсия яичников, их резекцию или декортикацию. Проводилась контрольная хромосальпингография, позволяющая эффективно проследить пассаж контрастного вещества в маточных трубах. Проводимая во время вмешательства биопсия яичников позволяла изучить морфологическое состояние яичников и их гормональный статус.

Вывод: Развитие и внедрение в практику эндовидеохирургии позволило качественно улучшить выявление причин и механизмов развития бесплодия и внедрить малоинвазивную хирургию для коррекции патологических изменений на органах половой сферы.

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

Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Оптимизация оперативных методик является одной из тенденций современной хирургии. Эту тенденцию продолжила эндовидеохирургия – новая технология, обеспечивающая не только диагностику, но и лечение гинекологических заболеваний. Особенно актуален этот вопрос, когда идет речь об экстренных состояниях в гинекологии в частности внематочной беременности. Частота внематочной беременности за последние 20 лет увеличилась в 3,7 раза, при этом у 40 % женщин после операции по поводу трубной беременности развивается вторичное бесплодие, у 20 % привычное невынашивание, а у 15 % повторно возникает трубная беременность.

Материал и методы. Основу настоящего исследования составляет анализ 212 клинических наблюдений, которым по экстренным показаниям выполнялось лапароскопическое лечение по поводу трубной беременности в Елизаветинской больнице. Операцией выбора была тубэктомия с помощью биоплярной коагуляции брыжейки трубы либо с на-

ложением эндолигатуры или линейная туботомия с тщательной аквадистилляцией ложа плодного яйца (при условии размеров плодного яйца не более 25 мм. в диаметре) с последующим контролем уровня ХГЧ в крови. Операцию завершали санацией брюшной полости антисептическими растворами, введением в брюшную полость 125 мг гидрокортизона на 400 мл физиологического раствора, суточной дозы цефалоспоринов (при наличии спаечного процесса в малом тазу) и контрольным дренированием малого таза.

Результаты. Из наблюдаемых 25 (12,3 %) составили женщины от 16 до 20 лет, 55 (26,4 %) – от 21 до 25 лет, 79 (34,9 %) – от 26 до 30 лет, 29 (14,1 %) – от 31 до 35 лет, 15 (7,5 %) – от 36 до 40 лет и 9 (4,7 %) женщины – от 41 до 46 лет. У 96 (45,3 %) в анамнезе не было родов, но у 83 (87 %) из них были один и более аборт, у 100 (47,1 %) – одни роды и у 16 (7,5 %) – двое родов в анамнезе. Таким образом, 75 % женщин, прооперированных по поводу трубной беременности, составили больные до 30 лет и