

**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, биопсию яичников, их резекцию или декорткацию. 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

45,3 % не имели родов в анамнезе. У 10 (4,7 %) больных трубная беременность наступила после экстракорпорального оплодотворения, у 15 (7 %) – после искусственной инсеминации и 27 (12,7 %) – после микрохирургических вмешательств на трубах. Тубэктомия была проведена 193 (91 %) больным, линейная туботомия 19 (9 %) больным. У 26 больных (13,7 %) в контрлатеральной трубе или на беременной трубе была проведена сальпингостомия. Помимо этого 65 (31 %) больным было произведено освобождение труб из спаек с яичником, маткой или петлями кишечника (сальпинголизис). Общая кровопотеря не превышала 500 мл. Обнаруженные при эндоскопическом осмот-

ре изменения яичников, варикозного расширения вен малого таза, малых форм эндометриоза были учтены для последующего консервативного лечения больной с целью восстановления репродуктивной функции. Средний койко-день составил 4,0.

**Вывод:** учитывая возраст и состояние репродуктивной системы больных, пролеченных по поводу трубной беременности, такие общепринятые преимущества эндоскопии, как малая травматичность и инвазивность, ранняя реабилитация, прекрасный косметический эффект, обуславливающие высокое качество лечения и соответственно качество жизни, приобретают особо важное значение.

**Фаткуллин И.Ф., Ягудина Л.Н., Мазитова М.И.**

Казанский государственный медицинский университет,  
Казань, Россия

## ДИНАМИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ КАК ЭТАП ГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

**Актуальность проблемы.** Внематочная беременность до настоящего времени остается одной из актуальных проблем гинекологии, несмотря на все достижения современной медицины. Меры по профилактике эктопической беременности недостаточно эффективны и частота данной патологии неуклонно растет. С другой стороны, основным методом лечения внематочной беременности остается хирургический, негативным последствием которого является спаечный процесс в малом тазу, приводящий, как правило, к вторичному бесплодию и повторной эктопической беременности. Поскольку невозможно предупредить наступление внематочной беременности, особенно актуальным становится поиск эффективных методов профилактики последствий оперативных вмешательств, а именно послеоперационного спаечного процесса.

По данным литературы, частота образования спаек после гинекологических операций колеблется от 55 до 97 %. Одной из возможностей снижения частоты образования послеоперационных спаек является проведение комплекса лечебно-восстановительных мероприятий в раннем послеоперационном периоде. Именно в раннем послеоперационном периоде раны половых органов проходят катаболическую фазу заживления или фазу воспаления. Уже в первые 36 часов после операции начинают формироваться спайки, которые носят характер рыхлых фибриновых сращений и легко устранимы. Позже спайки становятся более грубыми, плотными, постепенно прорастают кровеносными сосудами. Разделение таких спаек требует применения электрокоагуляции и является травматичным. Таким образом, именно в раннем послеоперационном периоде проводимый адгезиолизис не сопровождается операционной травмой и не влечет за собой образование новых спаек. Для подобной диагностики и коррекции возникающих анатомических измене-

ний после хирургических операций, отечественными хирургами в 1984 году предложена методика динамической лапароскопии (Буянов В.М. и др.). По определению Г.И. Перминовой (1987): «Динамическая лапароскопия – метод визуальной оценки состояния брюшной полости в динамике, путем неоднократных лапароскопических исследований, предпринимаемых у одного и того же больного в течение нескольких суток (часов)».

**Цель работы:** изучить возможности динамической лапароскопии в профилактике и лечении спаечного процесса после хирургического лечения внематочной беременности.

**Материалы и методы исследования.** Динамическая лапароскопия в раннем послеоперационном периоде проведена у 70 пациенток, перенесших операции по поводу внематочной беременности. Из них 15 пациенткам динамическая лапароскопия проводилась дважды (3-е и 5-е, 3-е и 7-е сутки после операции). Однократная динамическая лапароскопия, в основном, проводилась на 3-е сутки после операции. 30 пациенткам операция была произведена лапароскопическим доступом (42,9 %), 40 пациенткам (57,1 %) – посредством лапаротомии. Объем оперативного вмешательства был различным и определялся, в основном, состоянием маточной трубы, пораженной внематочной беременностью: тубэктомия произведена 32 пациенткам (45,7 %), сальпингостомия с аквадиссекцией плодного яйца – 22 пациенткам (31,4 %), выдавливание плодного яйца – 16 пациенткам (22,9 %). Спаечный процесс во время операции обнаружен у 40 пациенток с внематочной беременностью (57 %). Этим пациенткам, помимо основного объема операции, проводился необходимый адгезиолизис. Для проведения ранней динамической лапароскопии после операций по поводу внематочной беременности были использова-