

цифичность и целесообразность ориентировки на указанные признаки.

Материалом исследования послужили данные сонографического исследования и результаты гистологического исследования, полученные у 24 больных urgentными негравидарными метроррагиями (УНМ).

Результаты исследования. Наличие мелких кистозных включений, выявляемое при сонографии, не может быть объяснено наличием гетеротопий, но связано с наличием фиброзных изменений в миометрии, причем по мере увеличения сосудистого компонента миометрия информативность признака снижается,

как за счет уменьшения удельной площади фиброзной ткани, так и за счет невозможности распознать отдельные включения на фоне общей неоднородности миометрия. Диффузная неоднородность миометрия, выявляемая при УЗИ, в большей степени связана с развитием отека мышечной ткани, особенно выраженного в прилежащих к гетеротопиям участках миометрия. Наиболее эффективным сонографическим признаком наличия аденомиоза является визуализация М-эха свыше 5 мм на трети суток после кюретажа полости матки, что является отражением гиперплазии базального слоя эндометрия и прилежащих к нему участков миометрия.

Попов А.А., Мачанските О.В., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г., Рамазанов М.Р.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
МЗиСР РФ, Россия

ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Материал и методы. Наружный генитальный эндометриоз как причина бесплодия был выявлен при лапароскопии у 401 пациентки. У пациенток с I-II стадией генитального эндометриоза проводилась термодеструкция очагов эндометриоза, пациенткам с III-IV стадией распространения проведены: термодеструкция очагов эндометриоза, удаление эндометриоидных кист яичников, разделение обусловленных эндометриозом сращений, резекция эндометриоидного инфильтрата.

Результаты исследования. Лапароскопические операции при инфильтративном эндометриозе имели свои связанные с необходимостью отсеечения ретроцервикального инфильтрата от тела матки, мобилизации передней стенки прямой кишки при вовлечении ее в патологический процесс, уретеролизиса по показаниям, иссечения инфильтрата в пределах неизмененных тканей. Интраоперационные осложнения отмечены у 2 больных (0,9 %) во II группе. Это ранение мочеочника при его выделении из инфильтрата в одном случае, в другом случае при мобилизации тела матки вскрыт просвет ректосигмоидного отдела толстой кишки. Таким образом, частота урогенитальных и «кишечных» осложнений в случаях вовлечения в патологический процесс мочеочников и толстой кишки выше при использовании лапароскопического доступа, чем абдоминального и составила 1,6 %. В связи с этим оправдан переход от лапароскопии к лапаротомии, так как более важно радикальное удаление пораженных тканей, а не стремление

хирурга закончить операцию лапароскопически.

Больные двух групп разделены на две подгруппы: подвергшиеся только хирургическому лечению (подгруппа А) и перенесшие хирургическое лечение с последующей гормональной терапией в течение 6 месяцев (подгруппа Б). Пациенткам данной группы назначались препараты агонисты релизинг-гормонов (люкрин-депо, золадекс, диферелин) сроком на 6 месяцев. Отмечено, что на частоту наступления беременности влияет степень распространения генитального эндометриоза, а также наличие или отсутствие последующего гормонального лечения. Так, у пациенток подгруппы IA беременность наступила в 45,2 %, тогда как у пациенток подгруппы IIА беременность наступила лишь в 11,8 % случаев. При применении двухэтапной схемы лечения (I этап – деструкция очагов эндометриоза; II этап – медикаментозное лечение) беременность у пациенток наступала чаще (группа IA – 63,4 %, группа IIБ – 28,5 %). Это позволяет оценивать данную тактику лечения как перспективную в лечении бесплодия, обусловленного наружным генитальным эндометриозом.

Заключение. Необходимо отметить, что при наличии тяжелых форм заболевания, значительных анатомо-функциональных изменений со стороны внутренних половых органов, вызванных обширным спаечным процессом, эндоскопию целесообразно использовать в качестве подготовительного этапа перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО и ПЭ).