

Зайцева Е.Г., Маренин А.Г., Битеев В.Х.

Кировская областная клиническая больница, Центр малоинвазивной хирургии КГКБ №6 «Лепсе», Кировск, Россия.

## ЛАПАРОСКОПИЯ И ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

**Актуальность проблемы.** За последние несколько лет достигнуты колоссальные успехи в диагностике и лечении женского бесплодия. Более доступными становятся вспомогательные репродуктивные технологии для семейных пар, не имеющих детей. В Кировской области при населении около 1,5 млн. человек, по данным статистики, около 47 000 семей страдают бесплодием.

**Материал и методы.** В нашем отделении с января 2002-го по декабрь 2004 года с различными показаниями выполнено 232 оперативных вмешательства у пациенток с бесплодием. Возраст пациенток от 21 до 43 лет. На дооперационном этапе пациентки проходили общепринятые методики обследования, в том числе неоднократное ультразвуковое исследование, гормональный профиль, гистеросальпингографию. Длительность бесплодия колебалась от 1 до 20 лет.

**Результаты исследования.** Независимо от выполненных ранее инвазивных методов исследования первичного или вторичного бесплодия, все лапароскопические, диагностические и хирургические манипуляции у пациенток с бесплодием мы считаем оправданным сочетать с гистероскопическим исследованием полости матки. При проведении гистероскопии во время операции выявляется патология эндометрия, не диагностируемая на дооперационном этапе и при ультразвуковом исследовании. Нами выявлена следующая патология эндометрия у

пациенток с бесплодием: хронический эндометрит – 12 случаев (5 %), полипы эндометрия – 32 случая (13,8 %), микрополипы менее 5 мм в области трубных углов – 4 (1,7 %), гиперплазия эндометрия, в том числе и очаговая гиперплазия, – 24 (10 %), синехии в полости матки – 5 (2,17 %), подслизистые миоматозные узлы 3 (1,3 %), аденоматоз эндометрия – 3 (1,3 %), выявленный при гистологическом исследовании прицельно взятого участка эндометрия.

**Выводы.** Таким образом, в 35,7 % случаев выявлена патология эндометрия у пациенток с бесплодием при проведении гистероскопии и лапароскопии. Гистероскопия позволяет не только выявить патологию эндометрия, но и оценить полость матки, соответствие эндометрия фазе менструального цикла, определить наличие окклюзии в области трубных углов, провести интраоперационную катетеризацию труб. При сочетании двух методов исследования у одной пациентки в обязательном порядке вводим антибактериальные препараты внутривенно за 1 – 2 часа до операции или во время операции. Инфекционные осложнения не встречались. Мы считаем такую тактику проведения эндоскопического обследования при бесплодии оправданной, даже при отсутствии ультразвуковых признаков патологии эндометрия, что позволяет сократить сроки обследования женщин с бесплодием, выявить неясную патологию эндометрия, назначить правильный курс терапии.

Попов Э.Н., Ниаури Д.А., Волков Н.Н., Джемлиханова Л.Х.

НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН; СПбГУ, кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета, Санкт-Петербург, Россия

## РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ХИРУРГИИ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ

**Актуальность.** Современные хирургические методики позволяют проводить органосохраняющие операции у женщин с субмукозной миомой матки с использованием гистерорезектоскопии. У пациенток с размерами субмукозного узла до 4 см, относящегося к 0 и I типу локализации по классификации Европейской ассоциации гистероскопистов, узел может быть удален полностью методом электрохирургической фрагментации. При II типе локализации и размерах узла более 4 см предоперационная подготовка агонистами гонадотропин-рилизинг гормона позволяет уменьшить размеры узла на 20 – 25 %, однако интрамуральная часть узла по-прежнему остается недоступной электрохирур-

гической фрагментации и исключает планирование беременности. В связи с этим встал вопрос о комбинированном использовании электрохирургии и лазерной энергии для удаления субмукозных узлов II типа, размерами более 4 см.

**Материал и методы.** Операция выполнена у 34 женщин репродуктивного возраста с субмукозной формой миомы матки при II типе локализации узла. Из них более 50 % (18 пациенток) предъявляли жалобы на бесплодие и 97 % (33 пациентки) на гиперполименорею, сопровождающуюся анемизацией, диаметр миоматозных узлов колебался от 4,5 до 6 см и в среднем составил  $5,7 \pm 0,71$  см. Диагноз миомы матки и тип локализации миоматозного узла