

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Гурин А.Л.¹, Ганчар Е.П.¹, Костяхин А.Е.², Казачек Л.М.², Чепига Т.Ч.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

Актуальность. Частота бесплодных браков в Беларуси превышает 12%, что, по данным ВОЗ, является критическим уровнем. В связи с этим поиск и совершенствование методик диагностики и лечения бесплодия сохраняют свою актуальность [1]. Среди причин бесплодия доминирует трубно-перитонеальный фактор, частота которого колеблется от 40% до 74% [3]. Трубно-перитонеальное бесплодие - самая частая, наиболее изученная, но достаточно трудная для лечения форма бесплодия.

К настоящему времени предложено множество вариантов лечения непроходимости маточных труб, от консервативных методик (антибактериальная терапия, физиотерапевтические воздействия, курортные факторы, метод медикаментозного обострения воспалительного процесса с последующим его лечением, гидротубации) до оперативных вмешательств, выполняемых различными доступами (рассечение спаек, пластика труб). Лапароскопия является наиболее щадящим и наименее травматичным, с минимальным риском осложнений, высоко эффективным методом диагностики и лечения различных форм женского бесплодия. Лапароскопия позволяет не только точно определить патологические изменения органов малого таза и диагностировать причину бесплодия, но и значительно сокращает сроки обследования пациенток, а также делает возможной малотравматичную коррекцию выявленных изменений без последующего развития спаечного процесса. Лапароскопия дает возможность установить различные варианты фиксированных смещений придатков и матки, изменение их пространственных соотношений, позволяет определить морфологическое (по результатам биопсии) и функциональное состояние маточных труб, оценить характер поражения маточных труб, проследить их перистальтику, скорость продвижения контраста, объективно установить уровень и степень поражения труб [2, 4].

Проблема эффективности лечения трубно-перитонеальной формы бесплодия является одной из приоритетных в современной гинекологии.

Цель исследования: оценить результаты лечения трубно-перитонеального бесплодия эндоскопическим методом.

Материал и методы. Под наблюдением с 2012 г. по сентябрь 2015 г. находилось 407 пациенток в возрасте от 27 до 36 лет. 172

(42,3%) пациентки страдали первичным бесплодием, 182 (57,7%) – вторичным. Всем пациенткам в предоперационном периоде, наряду с общими клиническими и гормональными исследованиями, дополнительно были проведены эхоскопия органов малого таза и гистеросальпингография. У 52 (12,8%) пациенток наблюдались двусторонние гидросальпинксы, у 64 (15,7%) – гидросальпинкс с одной стороны.

У 63 (15,5%) пациенток при лапароскопии отмечен выраженный перитубарный спаечный процесс. У 32 (7,9%) пациенток ранее было проведено удаление придатков с одной стороны. У 241 (59,2%) женщины в анамнезе были воспалительные заболевания придатков матки, по поводу которых неоднократно проводилось комплексное противовоспалительное лечение. 121 (29,7%) пациентке ранее выполнялись операции на органах брюшной полости: у 56 (13,8%) – аппендэктомия, у 65 (16,0%) – операции на придатках матки (цистэктомия, тубэктомия, аднексэктомия, клиновидная резекция обоих яичников). Трубы были непроходимы в ампулярных отделах с двух сторон у 123 (30,2%) пациенток, с одной стороны – у 168 (41,3%).

Лапароскопию производили под эндотрахеальным наркозом по общепринятой методике с использованием эндоскопического оборудования и инструментов фирмы «Wolf» (Германия). Визуальный контроль и видеозапись проводили с помощью эндоскопической видеосистемы фирмы «Cabot Medical» (США). У пациенток, перенесших ранее чревосечения по поводу операций на придатках матки, входение в брюшную полость первым троакарном осуществляли в точке на 2 см выше пупка и на 1 см левее средней линии. У 3 женщин при входении в брюшную полость был использован метод открытой лапароскопии. После осмотра органов малого таза, брюшной полости, диафрагмы и печени оценивали степень спаечного процесса и состояние придатков матки.

Выполнены следующие операции: сальпинго- и сальпинго-овариолизис – 308 (75,7%), терминальная сальпингостомия с фимбриопластикой – 102 (25,1%), сальпингонеостомия – 48 (11,8%), тубэктомия – 46 (11,3%). Рассечение спаек производили тупым и острым путем с использованием игольчатого электрода, крючка Редера и электроножниц. После адгезиолизиса, при проведении терминальной сальпингостомии, вскрывался ампулярный отдел маточной трубы с помощью монополярного электрода или ножниц. Следующим этапом операции было выворачивание краев раны ампулярного отдела в виде «розетки». При этом использовался биполярный коагулятор. Последним и завершающим этапом операции была санация области оперативного вмешательства и брюшной полости с целью профилактики спаек. Мы не использовали при данных операциях шовный материал, поскольку согласны с мнением

хирургов, полагающих, что он вызовет выраженную перифокальную воспалительную реакцию. 48 (11,8%) пациенткам была произведена сальпингонеостомия. Эту операцию мы выполняли при восстановлении проходимости трубы в ампулярном отделе и отсутствии технических возможностей произвести ее на прежнем месте. После тугого заполнения маточной трубы метиленовым синим, в месте предполагаемого рассечения стенки трубы, со стороны, противоположной мезосальпинксу, производили линейную электрокоагуляцию точечным коагулятором на расстоянии 2–3 см вдоль ампулярного отдела маточной трубы. Затем ножницами вскрывали просвет маточной трубы на расстоянии 1,5–2,5 см. Края неостомы выворачивали на 1 см с каждой стороны с использованием атравматического зажима и биполярного коагулятора. 46 (11,3%) пациенткам была произведена тубэктомия в следствии выраженной анатомической деформации и функциональной несостоятельности маточной трубы.

Результаты и их обсуждение. Интра- или послеоперационных осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде и после выписки из стационара практически всем пациенткам были проведены мероприятия, направленные на восстановление транспортной функции маточных труб: физио- и рассасывающая терапия, энзимотерапия.

После операций пациентки наблюдались в течение 2 лет. 56 (13,8%) женщинам после тубопластики в течение 1 года была выполнена контрольная гистеросальпингография. Только у 18 (32,1%) маточные трубы были снова непроходимы в ампулярных отделах с формированием гидросальпинксов. У остальных пациенток трубы были проходимы.

В дальнейшем у 128 (31,4%) пациенток наблюдалась маточная беременность, внематочных беременностей – у 7 (1,7%) пациенток.

Выводы. Проведение эндоскопических операций позволило сократить продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре до 3 дней, период восстановления трудоспособности до 10 дней. Эндоскопический метод позволяет свести до минимума возникновение рецидива спаечного процесса в послеоперационном периоде, что дало возможность восстановить детородную функцию у 31,4% женщин при лечении тубоперитонеальной формы бесплодия.

Литература

1. Барсуков, А. Н. Итоги работы организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям в 2009 году. Задачи на 2010 г. / А. Н. Барсуков // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2010. – № 2. – С. 12–25.
2. Назаренко, Т. А. Современные подходы к лечению бесплодия / Т.А. Назаренко // Поликлиническая гинекология / под ред. проф. В.Н. Прилепской. М., 2004. -С. 190-212.

3. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов / Кулаков В.И., Маргиани Ф.А, Назаренко Т.А. и др. // Акуш. и гинекол. 2001.-№ 3. - С.33-35.

4. Маргиани, Ф.А. Роль лапароскопии в диагностике и лечении некоторых форм женского бесплодия /Ф.А. Маргиани// Вестн. Рос. Ассоциации Акушеров и гинекологов. – 2001. – №1. – С. 59–62.

ВРОЖДЕННЫЙ ИХТИОЗ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Гурина Л.Н., Ерохина И.А.* , Детинкина И.Н. , Детинкин Д.О.*****

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

**ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»

***УЗ «Городской клинический кожно–венерологический диспансер» г.Минска

Ихтиозы составляют группу гетерогенную заболеваний, характеризующихся чрезмерным шелушением кожи. Термин «ихтиоз» происходит от греческого «ichthy», означающего «рыба». Наиболее часто встречаются наследственные формы ихтиозов. Начальные признаки заболевания наблюдаются в первые месяцы жизни ребенка. Относительно высокая частота врожденного ихтиоза в общей структуре дерматологической заболеваемости, его персистирующее течение, системный характер поражений, трудности в лечении и низкая эффективность последнего позволяют считать проблему врожденного ихтиоза одной из сложных и актуальных во врачебной практике в целом и педиатрии в частности [1, 2, 3].

Целью настоящего исследования явилось выделение клинических форм врожденного ихтиоза, изучение основных подходов к лечению.

Проведен анализ 13 историй болезней формы № 112/у новорожденных с ихтиозом, находившихся на лечении во 2-м педиатрическом отделении для новорожденных и недоношенных детей Гродненской областной детской клинической больницы в период с 2007 по 2014 гг. В зависимости от применения стероидных гормонов в комплексном лечении детей с врожденным ихтиозом, пациенты с буллезной ихтиозиформной эритродермией, были разделены на две группы. В первую группу вошли новорожденные $n_1=6$, в комплексном лечении которых не применялся преднизолон, вторую группу составили пациенты получившие преднизолон $n_2=2$. Определялись сроки выписки из стационара (клинического выздоровления). Обработка полученных результатов проводилась с помощью методов непараметрической статистики с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 6.0», «Microsoft Excel».

Как показало исследование, 12 детей родились доношенными, 1 ребенок – недоношенным, в сроке гестации 32 недели, из них бы-