

27,65% и 19,30%. В семьях с материнским (n=33) и отцовским (n=22) носительством перичентрических инверсий самопроизвольный аборт в раннем сроке произошел в 36 (33,64%) и 11 (17,46%) случаях, парацентрических инверсий (n=7 и n=14 соответственно) – 5 (26,32%) и 6 (15,79%) соответственно.

Заключение. Частота выявления сбалансированных инверсий и рекомбинантных хромосом при кариотипировании культуры клеток амниотической жидкости и биоптата ворсин хориона составила 0,24%. Частота самопроизвольного аборта составила 25,55%, достоверные различия по этому показателю при носительстве пери- и парацентрических инверсий не выявлены ($P>0.05$).

ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

¹Гурин А.Л., ²Костяхин А.Е., ¹Ганчар Е.П., ²Казачек Л.М.,
²Евсиевич В.И.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

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

Актуальность. Восстановление репродуктивного здоровья населения, определяющего возможность его воспроизводства и сохранения нормального генофонда - важная медико-социальная проблема, занимающая особое место в современной медицине [4]. 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]. После внедрения в практическую медицину оперативной лапароскопии большинство авторов стали считать, что использование современных технических средств и оптических видеосистем на современном этапе являются методом выбора хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия. Собственно, эндоскопическая техника может быть использована и для пластических операций, и для диагностики предварительного хирурги-

ческого лечения патологии, и как контрольное исследование [2]. Это предопределяет перспективность применения оперативной эндоскопии при лечении трубно-перитонеального бесплодия и в будущем, если хирургическое устранение трубной окклюзии окажется замененной методикой ЭКО.

Поэтому 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 2014 г. находилось 323 пациентки в возрасте от 27 до 36 лет. 141 (43,7%) пациентка страдала первичным бесплодием, 182 (56,3%) – вторичным. Всем пациенткам в предоперационном периоде, наряду с общими клиническими и гормональными исследованиями, дополнительно были проведены эхоскопия органов малого таза и гистеросальпингография. У 31 (9,6%) пациентки наблюдались двусторонние гидросальпинксы, у 58 (18%) – гидросальпинкс с одной стороны.

У 51 (15,8%) пациентки при лапароскопии отмечен выраженный перитубарный спаечный процесс. У 28 (8,7%) пациенток ранее было проведено удаление придатка с одной стороны. У 186 (57,6%) женщин в анамнезе были воспалительные заболевания придатков матки, по поводу которых неоднократно проводилось комплексное противовоспалительное лечение. 98 (30,3%) пациенткам ранее были выполнены операции на органах брюшной полости: у 45 (13,9%) – аппендэктомия, у 53 (16,4%) – операции на придатках матки (цистэктомия, тубэктомия, аднексэктомия, клиновидная резекция обоих яичников). Трубы были непроходимы в ампулярных отделах у 99 (30,7%) пациенток, частично проходимы – у 142 (44%).

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, вхождение в брюшную полость первым троака-

ром осуществляли в точке на 2 см выше пупка и на 1 см левее средней линии. У 3 женщин при вхождении 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.

Были произведены следующие операции: сальпинго- и сальпингоовариолизис – 210 (65,1%), терминальная сальпингостомия с фимбриопластикой – 68 (21%), сальпингонеостомия – 21 (6,5%), тубэктомия – 24 (7,4%). 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. 21 (6,5%) пациентке 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. 24 (7,4%) пациенткам была произведена тубэктомия в следствии выраженной анатомической деформации и функциональной несостоятельности маточной трубы.

Результаты. 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. 46 (14,2%) женщинам после тубопластики в течение 1 года была выполнена контрольная гистеросальпингография. Только у 15 (32,6%) маточные трубы были снова непроходимы в ампулярных отделах с формированием гидросальпинксов. У остальных пациенток трубы были проходимы.

В дальнейшем у 74 (22,9%) пациенток наблюдалась маточная беременность, внематочных беременностей – у 4 (1,2%) 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 22,9% женщин при лечении тубооперитонеальной 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. Тищук, Е.А. Прогнозные оценки медико-демографических процессов / Е.А. Тищук // Проблемы соц. гигиены и история медицины.- 2003. № 5. - С. 3-11.