

**ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА
И
ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ**



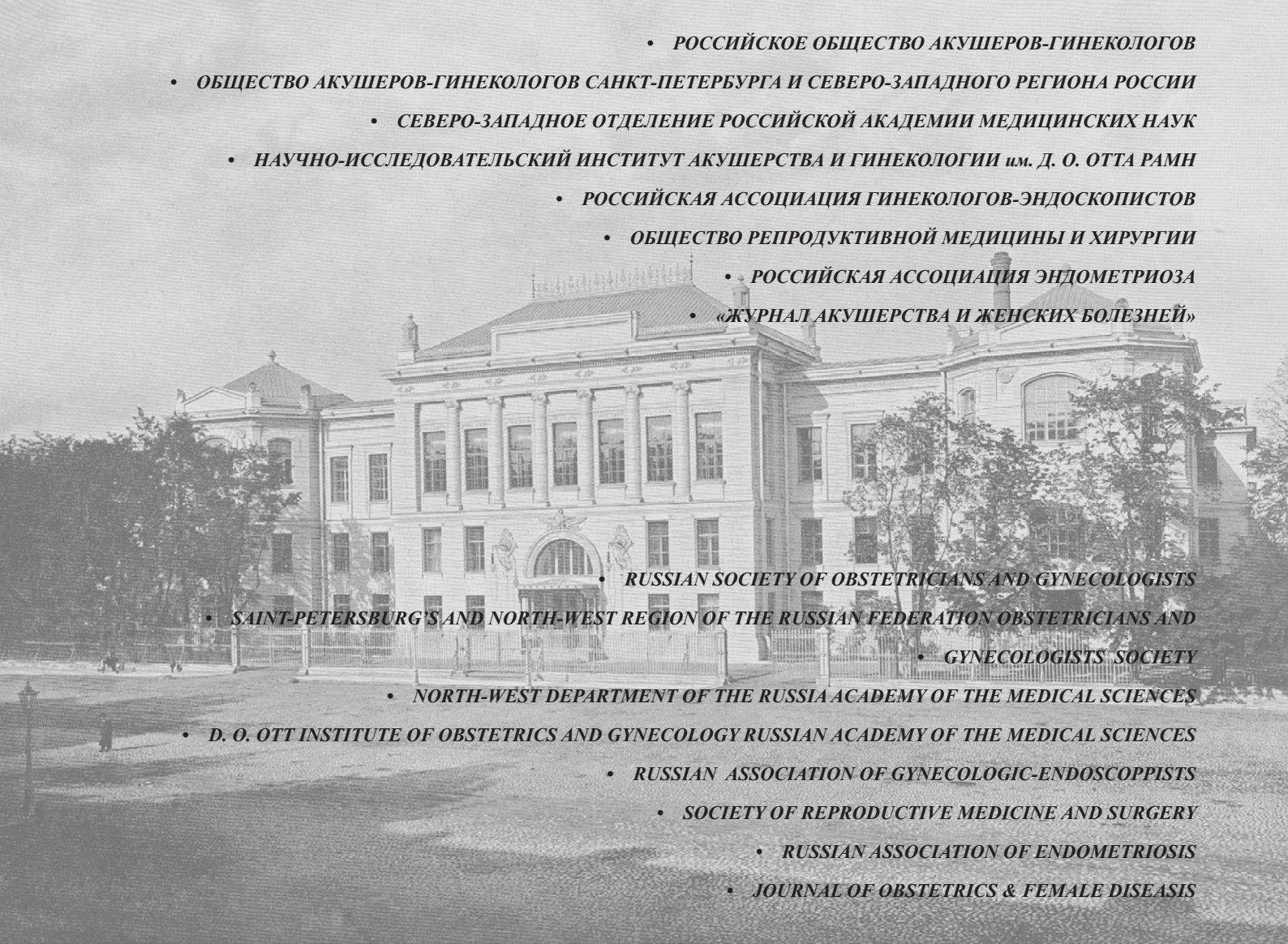
**Материалы
5-го Международного
научного конгресса
«ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ –
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»**

**ТОМ LX
СПЕЦВЫПУСК
2011**

5-й Международный научный конгресс

**ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ —
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

Санкт-Петербург, 11–14 октября 2011

- 
- *РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ*
 - *ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ*
 - *СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК*
 - *НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ им. Д. О. ОТТА РАМН*
 - *РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ГИНЕКОЛОГОВ-ЭНДОСКОПИСТОВ*
 - *ОБЩЕСТВО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ХИРУРГИИ*
 - *РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА*
 - *«ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ»*
 - *RUSSIAN SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS*
 - *SAINT-PETERSBURG'S AND NORTH-WEST REGION OF THE RUSSIAN FEDERATION OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS SOCIETY*
 - *NORTH-WEST DEPARTMENT OF THE RUSSIA ACADEMY OF THE MEDICAL SCIENCES*
 - *D. O. OTT INSTITUTE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY RUSSIAN ACADEMY OF THE MEDICAL SCIENCES*
 - *RUSSIAN ASSOCIATION OF GYNECOLOGIC-ENDOSCOPISTS*
 - *SOCIETY OF REPRODUCTIVE MEDICINE AND SURGERY*
 - *RUSSIAN ASSOCIATION OF ENDOMETRIOSIS*
 - *JOURNAL OF OBSTETRICS & FEMALE DISEASIS*

5th International Scientific Congress

**OPERATIVE GYNECOLOGY —
ADVANCED TECHNOLOGIES**

Saint-Petersburg, October 11th – 14th 2011



Рецензируемый научно-практический журнал

Основан в 1887 году в Санкт-Петербурге

ISSN 1560-4780

Z. Akus. Zen. Bolezn. (1887)

Орган акушерско-гинекологического общества Санкт-Петербурга 1887–1935

Вновь утвержден в 1997 году при содействии:

Ассоциации акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и Ленинградской обл.; НИИ АиГ им. Д. О. Отта РАМН; Российской военно-медицинской академии МО РФ; Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук.

ISSN 1684-0461

Z. Akus. Zen. Bolezn. (1997, Print)

Издательство ООО «Издательство Н-Л»

Выходит 6 раз в год

Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.

Ссылка на **ЖУРНАЛЬ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ®**

Свидетельство № 227880 от 20.02.2002
 ФИПС Роспатента

На обложке — богиня Юнона (римск., греч. — Гера), главная богиня Олимпа, богиня брака и супружеских уз, помощница беременных и родильниц. Благословляет мать во время рождения детей. Посылает супругам многочисленное потомство.

Римская копия греческой статуи работы Проксителя. Рим. Национальный музей.

© ООО «Издательство Н-Л»

**Материалы 5-го Международного научного конгресса
 ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ —
 НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

Айламазян Э. К., Беженарь В. Ф., Павлова Н. Г., Шелаева Е. В., Поленов Н. И.

Опыт эндоскопической коррекции синдрома обратной артериальной перфузии 6

Аксенова В. Б., Арютин Д. Г., Калмыкова Н. В., Краснова А. С.

Возможность реализации генеративной функции у больных с миомой матки после эмболизации маточных артерий 6

Антипин Э. Э., Уваров Д. Н., Антипина Н. П., Недашковский Э. В., Совершаева С. Л.

Анестезиологические аспекты концепции ранней реабилитации при абдоминальной гистерэктомии 8

Афанасьев Л. М., Яковлева Н. В.

Современные хирургические технологии в восстановлении репродуктивного здоровья пациенток с трубным бесплодием 9

Банахевич Р. М., Акимова К. Б., Ечин А. В., Мандзяк Т. И.

Клинический опыт использования синтетических имплантатов в реконструкции рецидива пролапса переднего сегмента влагалища 10

Барсуков А. А., Пересада О. А., Куликов А. А.

Опыт комбинирования тазового фасциогенеза по методике PROLIFT™ с ампутацией шейки матки 11

Беженарь В. Ф., Богатырева Е. В.

Анализ осложнений хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием системы PROLIFT™ 12

Беженарь В. Ф., Байлюк Е. Н., Цыпурдеева А. А., Шатова Е. С.

Значение индивидуального подбора противоспаечных барьеров при малоинвазивной хирургии в гинекологии 14

Берлев И. В., Некрасова Е. А., Хаджимба А. С., Максимов С. Я., Урманчеева А. Ф.

Лапароскопия в хирургии рака тела матки 14

Берлев И. В., Некрасова Е. А., Хаджимба А. С., Максимов С. Я., Урманчеева А. Ф.

Лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия при раке тела матки 16

Берлев И. В., Кузнецов С. В.

Опыт эндовидеохирургического лечения пролапса гениталий с использованием сетчатых протезов. MESH-вагинопромонтофиксация 18

Богатырева Е. В.

Возможности использования системы PROLIFT™ + M для хирургической коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин 19

Бреусенко В. Г., Краснова И. А.

Современные методы диагностики и лечения миомы матки 20

Бурьяк Д. В., Федорков А. Ч., Гончаров О. Ю., Бич А. И., Дмитриева А. Б.

Ближайшие и отдаленные результаты лапароскопического органосохраняющего лечения у пациенток с эктопической трубной беременностью 21

Высоцкий М. М., Сазонова Е. О., Овакимян М. А., Домокеева Ю. Ю.	
Эффективность применения препарата ADEPT® в профилактике спаечного процесса	23
Высоцкий М. М., Овакимян М. А., Домокеева Ю. Ю.	
Гистерэктомия при больших размерах матки лапароскопическим доступом	24
Высоцкий М. М., Овакимян М. А., Домокеева Ю. Ю.	
Экстрапульмональная солитарная фиброзная опухоль большого сальника, имитировавшая рак яичника	25
Высоцкий М. М., Овакимян М. А., Домокеева Ю. Ю.	
Послеоперационная оценка психосексуального статуса у пациенток перенесших гистерэктомию лапароскопическим доступом	26
Гайдуков С. Н., Томаева К. Г., Иванова С. А., Резник В. А.	
Особенности родоразрешения у женщин разных соматотипов	27
Гайдуков С. Н., Томаева К. Г., Иванова С. А., Резник В. А.	
Особенности маточно-плацентарной гемодинамики у женщин различных соматотипов	28
Гайдуков С. Н., Томаева К. Г., Иванова С. А., Резник В. А.	
Современные подходы к хирургическому лечению миомы матки	29
Гасимова Д. М., Мельникова М. А., Рухляда Н. Н.	
Овариальный резерв и современные методы его оценки	30
Гришин И. И., Хачатрян А. С., Капранов С. А., Доброхотова Ю. Э.	
Восстановление пациенток после эмболизации маточных артерий по поводу миомы матки: детальный анализ его длительность и тяжесть	31
Гришин И. И., Хачатрян А. С., Нуруллин Р. Ф., Капранов С. А., Доброхотова Ю. Э.	
Сексуальное и психологическое состояние у пациенток после эмболизации маточных артерий (ЭМА)	32
Долинский А. К.	
Принципы послеоперационной реабилитации больных с бесплодием после выполнения миомэктомии различными хирургическими доступами	33
Долинский А. К.	
Опыт использования стандартизированной методики лапароскопической миомэктомии	34
Дубровина С. О., Лесовая В. Ю.	
Профилактика спаечной болезни у пациенток, перенесших лапароскопию по поводу внематочной беременности	35
Евдокимова В. В.	
Опыт применения молекулярно-генетических методов диагностики эндометриоза	36
Еркович А. А., Радченко Л. П., Стрельченко О. В., Шангурова Н. В., Захарова Н. Ф., Печурина И. Н., Темникова Е. Ю., Дмитриева К. К., Самойлова К. А., Герасимова Е. В., Темников Н. Д., Боденко О. Ю.	
Отдаленные результаты лечения стрессовой инконтиненции и пролапсов гениталий с использованием сетчатых имплантов	37
Заболотнов В. С., Пылаева Т. А.	
Трансвагинальная гидролапароскопия в сравнении со стандартной диагностической лапароскопией у женщин с бесплодием	38
Заболотнов В. С., Якушева О. Ю.	
Трансвагинальная гидролапароскопия у женщин с бесплодием в практике дневного стационара	39
Кальченко Е. С., Гаспарян С. А., Овсиенко А. Б.	
Влияние курортного лечения в отдаленном периоде на психический компонент здоровья у женщин, страдающих климактерическим синдромом	40
Камоева С. В., Хашукоева А. З., Лобода Т. И., Макаров О. В.	
Опыт применения среднеуретральной slingовой системы одного разреза MINIARC (AMS) при хирургическом лечении стрессового недержания мочи у женщин	41
Хахиани М. И., Беженарь В. Ф., Цыпурдеева А. А.	
Результаты применения эмболизации маточных артерий (ЭМА) в хирургии больных с миомой матки в репродуктивном возрасте, планирующих беременность	42

Редакционная коллегия

акад. РАМН, засл. деят. науки РФ, проф. **Э. К. Айламазян** (гл. редактор); засл. деят. науки РФ, проф. **М. А. Репина** (зам. гл. редактора); проф. **М. А. Тарасова** (зам. гл. редактора); проф., д-р мед. наук **В. Ф. Беженарь** (отв. секретарь); акад. РАМН, проф. **Л. В. Адамян**; проф. **Ю. А. Гуркин**; проф. **И. И. Евсюкова**; чл.-корр. РАМН проф. **В. И. Краснополяский**; акад. РАМН, проф. **Г. Т. Сухих**; засл. деят. науки РФ, проф. **В. В. Потин**; акад. РАМН, проф. **Г. М. Савельева**; проф. **О. Н. Аржанова**; д-р мед. наук **М. С. Зайнулина**

Редакционный совет

Абашин В. Г. (С.-Петербург)
Баранов А. Н. (Архангельск)
Гайдуков С. Н. (С.-Петербург)
Кира Е. Ф. (Москва)
Коган И. Ю. (С.-Петербург)
Константинова Н. Н. (С.-Петербург)
Костючек Д. Ф. (С.-Петербург)
Кузьминых Т. У. (С.-Петербург)
Мозговая Е. В. (С.-Петербург)
Ниаури Д. А. (С.-Петербург)
Новиков Б. Н. (С.-Петербург)
Павлова Н. Г. (С.-Петербург)
Радзинский В. Е. (Москва)
Савичева А. М. (С.-Петербург)
Сельков С. А. (С.-Петербург)
Урманчеева А. Ф. (С.-Петербург)

Редакция

Родин В. Г. (ген. директор)
Ступак Л. Г. (ведущий редактор)
Ларионова О. Е. (корректор)
Фролов В. Н. (верстка)

Адрес редакции

Россия, 198152, Санкт-Петербург,
 Автовская ул., 17, 1-й этаж
 тел.: +7 (812) 784-97-50
 факс: +7 (812) 784-97-51
 e-mail:nl@n-1.ru
 http://www.jowd.ru
 (ISSN 1683-9366, Online)

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций
 ПИ № ФС77-34963 от 14 января 2009 г.
 (ГК РФ по печати № 016387 от 21 июля 1997 г.)

Распространяется по подписке

Печатная версия (бумажная) — индекс издания по каталогу агентства «Роспечать» **38 497**

Подписка на электронную версию —
<http://www.elibrary.ru>

Подписка на бумажную версию в Интернете —
<http://www.setbook.ru>

Формат 60 x 90^{1/4}, Усл.-печ. л. 14.
 Тираж до 700 экз. Цена свободная.

Оригинал-макет изготовлен ООО «Издательство Н-Л».
 Отпечатано ООО «Светлица».

Кира Е. Ф., Политова А. К., Хайкина В. Я., Алекперова А. Ф., Демкина И. В., Титова В. В., Попова М. Н., Зарубенко И. П.		Миронов В. Н.	
Опыт применения органосохраняющего хирургического лечения миомы матки с использованием роботизированного комплекса «DA VINCI»	44	Хирургическое лечение пролапса тазовых органов у женщин, осложненного уетерогидронефрозом	58
Кира Е. Ф., Политова А. К., Алекперова А. Ф., Хайкина В. Я., Демкина И. В., Попова М. Н., Зарубенко И. П., Титова В. В.		Миронов В. Н.	
Анализ эффективности лапароскопической робот-ассистированной простой гистерэктомии при лечении доброкачественных опухолей матки	44	Применение анкеты SEAPI-QMM для оценки выраженности симптомов и результатов хирургического лечения пролапса тазовых органов у женщин	59
Ключаров И. В., Трубников В. С.		Молотков А. С., Ярмолинская М. И., Беженарь В. Ф.	
Опыт амбулаторной «see and treat» гистероскопии при перешеечном расположении субмукозной миомы матки	45	Опыт применением ингибиторов ароматазы в комбинированном лечении наружного генитального эндометриоза	60
Ключаров И. В., Трубников В. С.		Охапкин М. Б., Гурина Е. В.	
Амбулаторная «see and treat» гистероскопия при синдроме ашермана III степени под контролем УЗИ	46	Медикаментозный аборт — альтернатива хирургическому методу, необходимость психологической помощи женщинам до и после прерывания	61
Колесникова Л. В., Ермолова Н. В., Линде В. А., Ширинг А. В.		Пахомов А. А., Мельникова М. А., Гасимова Д. М., Рухляда Н. Н.	
Влияние модификации гормонального и липидного статуса на формирование наружного генитального эндометриоза	47	Применение транексамовой кислоты в комплексном лечении urgentных негравидарных метроррагий	62
Кравцова Н. А., Гордеева Т. В., Крутова В. А., Лещинская С. Г.		Печеникова В. А.	
Опыт применения забрюшинной влагалитной кольпопексии системой PROLIFT + M при тяжелых стадиях цистоцеле	48	К вопросу о злокачественной опухолевой трансформации генитального эндометриоза	63
Краснова И. А., Калмыкова Н. В., Есипова И. А.		Печеникова В. А.	
Гидросонография в режимах двухмерной и трехмерной реконструкции в диагностике трубно-перитонеального фактора бесплодия	49	Лейомиоматозная пролиферация при различных формах эндометриоидной болезни	65
Кузнецов С. В., Берлев И. В.		Пищик Н. Н., Косенко И. А.	
Доброкачественные опухоли яичников при беременности. Принципы эндовидеохирургического лечения	51	Пятилетняя общая наблюдаемая выживаемость больных раком шейки матки I, II и III стадии в результате проведения комбинированного лечения	66
Кузьмин А. В., Линде В. А.		Полянин Д. В., Лукач А. А., Британ М. С., Ольховикова С. В.	
Результаты программы ЭКО и ПЭ после сальпингэктомии и функциональной хирургии гидросальпинксов	52	Решение проблемы тазового пролапса при помощи системы PROSIMA	67
Макаренко Т. А., Цхай В. Б., Серикова Е. С.		Подзолкова Н. М., Осадчев В. Б., Бабков К. В., Сырокваша Е. А., Ракова Н. Г.	
Органосохраняющее лечение больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки	52	Возможности комплексного определения биологических маркеров в диагностике новообразований яичников	68
Максимов С. Я., Берлев И. В., Каргополова М. В., Хаджимба А. В., Некрасова Е. А.		Попова А. Ф.	
Роль лапароскопической парааортальной лимфаденэктомии в хирургическом стадировании больных местнораспространенным раком шейки матки	53	Оптимизация диагностики и персонализированная иммунотерапия рецидивирующего генитального герпеса при невынашивании беременности	68
Мельникова М. А., Пахомов А. А., Гасимова Д. М., Рухляда Н. Н.		Пучков К. В., Андреева Ю. Е., Добычина А. В.	
Опыт применения и сравнительная характеристика бусерелина-депо, гинестрила и транексама в снижении объема менструальной кровопотери у больных с аденомиозом	54	Лапароскопическая гистерэктомия	70
Мирович Е. Д.		Пучков К. В., Андреева Ю. Е., Добычина А. В.	
Опыт применения трансвагинального доступа при производстве консервативной миомэктомии	55	Лапароскопическая миомэктомия при «трудных» узлах: как это делать?	71
Мирович Е. Д.		Пучков К. В., Андреева Ю. Е., Добычина А. В.	
Ближайшие и отдаленные результаты неофасциогенеза при цистоцеле и ректоцеле	57	Опыт выполнения операций с использованием единого доступа в гинекологии	72
		Пучков К. В., Андреева Ю. Е., Добычина А. В.	
		Хирургическое лечение инфильтративных форм эндометриоза лапароскопическим доступом	73
		Русина Е. И.	
		Оптимизация предоперационной диагностики сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин	75
		Русина Е. И.	
		Фактор полиморфизмов генов <i>GST T1 (DEL)</i> (глутатион-S-трансфераза $\tau 1$), <i>GST M1 (DEL)</i> (глутатион-S-трансфераза $m 1$) в патогенезе пролапса тазовых органов	76

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ

© Э. К. Айламазян, В. Ф. Беженарь, Н. Г. Павлова, Е. В. Шелаева, Н. И. Поленов

НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Актуальность проблемы

В последние десятилетия в связи активным внедрением вспомогательных репродуктивных технологий увеличилась частота многоплодных беременностей, которая составляет 2,5% от общего числа всех беременностей. Многоплодная беременность может сопровождаться специфическими осложнениями, которые требуют своевременной диагностики и коррекции, что, в свою очередь, является одной из сложных задач современного акушерства. Одним из таких осложнений многоплодия является синдром обратной артериальной перфузии (ОАП). Он встречается как при дихориальной, так и при монохориальной двойне.

В 2010 году в НИИ АГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН был организован центр фетальной хирургии, задачей которого является, в том числе, диагностика и коррекция осложнений многоплодия. За год работы центра мы получили первый опыт коррекции синдрома ОАП, который встречается у 1% монохориальных двоен, с общей частотой выявления 1:35 000 новорожденных. При данной патологии плод-реципиент имеет летальный порок развития — акардию или рудиментарное сердце, источником его кровоснабжения является кровеносная система второго нормально развитого плода — плода-помпы. Эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения этой патологии в ряде случаев является хирургический.

Материал и методы

Проведено хирургическое лечение двух беременных, имевших ОАП при беременности монохориальной двойней. В первом случае менструальный срок на момент операции составлял 25 недель. По данным ультразвукового исследования масса нормально развитого плода составляла 593 грамма, диаметр пуповины 14 мм, отмечалось многоводие. Второй плод — *acardius acephalus* массой более 50% от массы первого плода, диаметр пуповины

составлял 8,7 мм. Во втором случае срок беременности на момент операции составлял 21 неделю. По данным ультразвукового исследования масса нормально развитого плода составляла 513 грамм, отмечалось многоводие. Второй плод — *acardia atrophus* массой более 50% от массы первого плода. В обоих случаях пациенткам проведено: фетоскопия, биполярная коагуляция пуповины плода-акардиакуса, септикотомия, амниодренирование. Оперативные вмешательства производились под ультразвуковым контролем Voluson-730 Expert (GE). Эндоскопическая коррекция проведена с помощью лазерной системы Medilas Fibertom 8100 (Dornier), лапароскопический набор для фетальной хирургии с применением HD эндокамеры (Karl Storz).

Результаты исследования

В обоих случаях состоялись преждевременные роды. У первой пациентки в 30 недель — через 6 недель после проведения оперативного вмешательства. Было проведено оперативное родоразрешение в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Родилась живая недоношенная девочка массой 1200 грамм длиной 38 см с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. У второй пациентки состоялись спонтанные преждевременные роды в 31 неделю через 8 недель после проведения оперативного вмешательства. Воды излились преждевременно. Родилась живая недоношенная девочка массой 1450 грамм длиной 40 см, с оценкой по шкале Апгар 6–7 баллов.

Выводы

При массе плода-акардиакуса более 50% от массы плода-помпы, биполярная коагуляция является эффективным способом лечения ОАП, позволяющим пролонгировать беременность и получить жизнеспособного ребенка. В обоих случаях наблюдалось ожидаемое частое осложнение эндоскопического лечения — преждевременное излитие околоплодных вод.

ВОЗМОЖНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

© В. Б. Аксенова, Д. Г. Арютин, Н. В. Калмыкова, А. С. Краснова

ГОУ ВПО «Российский Государственный Медицинский Университет» Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, Москва, Россия

Актуальность проблемы

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) зарекомендовала себя как высокоэффективный, не-

инвазивный органосохраняющий метод лечения миомы матки. Однако до настоящего времени остается открытым вопрос о показаниях к исполь-

зованию ЭМА у женщин, желающих сохранить или восстановить способность к деторождению.

Цель

Оценить репродуктивную функцию у пациенток, перенесших ЭМА по поводу миомы матки, а также течение и возможные исходы беременностей.

Материал и методы исследования

Проведен анализ менструальной и овариальной функции 162 пациенток с миомой матки, перенесших ЭМА с 2004 по 2011 гг на базе 31 ГКБ. Все обследованные были разделены на две группы. В I группу вошли 60 пациенток раннего репродуктивного периода от 20 до 35 лет, во II — 102 пациентки позднего репродуктивного возраста — от 36 до 45 лет. Оценены исходы беременностей и родов 64 пациенток, наблюдавшихся в ЦПСР после ЭМА, проведенной по поводу миомы матки. Беременность у них наступила в сроки от 1 до 5 лет после эмболизации. Основными клиническими симптомами до операции у больных с миомой матки независимо от возраста были: нарушение менструальной функции и анемический синдром (62,2%), симптомы сдавления соседних органов (32,8%), стойкий болевой синдром (38,3%). У 27,8% больных имелась сочетанная симптоматика. Из 162 больных, которым была проведена ЭМА, у 61 на втором этапе лечения была выполнена миомэктомия: 36 больных (22,2%) — трансцервикальная миомэктомия механическим способом, 13 (8,0%) — биполярная гистерорезекция, удаление миоматозных узлов лапароскопическим доступом произведено у 8 пациенток (4,9%), лапаротомическим доступом — у 4 (2,5%). ЭМА проводилась по стандартной методике. Программа исследования отдаленных результатов лечения включала в себя анализ клинических проявлений, лабораторных и инструментальных обследований. До ЭМА, через 6, 9, 12, 18, 24, 30, 36 и 60 месяцев после операции проводились исследование гормонального профиля (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, пролактин, прогестерон, тестостерон), УЗИ малого таза, доплерография (ДГ).

Результаты исследования

После ЭМА изменения кровоснабжения матки и миоматозных узлов у всех обследованных характеризовались полной редукцией артериального кровотока в узлах и снижением кровообращения в маточных артериях. Важным в оценке кровообращения в бассейне маточных артерий является изменение кровообращения в сосудах мелкого калибра. ЭМА не приводит к полной редукции артериального кровотока в аркуатных и радиальных со-

судах. Снижение кровотока в маточных артериях и прекращение кровоснабжения миоматозных узлов после ЭМА приводило к уменьшению размеров миомы у всех (на 30–60% от исходного) и матки в целом, а также изменению топографии миоматозных узлов с выделением их в полость матки. Изменение топографии узлов и уменьшение их размеров делало возможным выполнение миомэктомии механическим способом (36) или при помощи гистерорезекции (12), а также способствовало самопроизвольной экспульсии (25) и миолизису (4). У 12 пациенток, у которых после ЭМА выявлены субсерозные миоматозные узлы 0 и I типа, была выполнена миомэктомия абдоминальным доступом. У большинства пациенток обеих групп уже через 6 месяцев после ЭМА характер менструаций расценивался как физиологический. Основными этиологическими факторами снижения кровопотери во время менструации были внутриматочные синехии и нарушения пролиферации функционального слоя эндометрия после трансцервикальной миомэктомии (3), гистерорезекции (5) или самопроизвольной экспульсии (4) миоматозных узлов после ЭМА. Изучение функции яичников у пациенток в раннем, так и в позднем репродуктивном периоде после ЭМА показало, что изменений гормонального статуса у большинства из них — 154 (95,0%) — не происходило, или они носили транзиторный характер 4 (2,5%). Проведенные исследования показали, что при планировании беременности после ЭМА следует учитывать следующие факторы: период восстановления адекватной перфузии миометрия и эндометрия, окончательное уменьшение объема матки и миоматозных узлов, завершение их миграции. Планировать беременность пациенткам рекомендовано не ранее, чем через 1 год после ЭМА, а при наличии второго этапа лечения (лапаротомической, лапароскопической, трансцервикальной миомэктомии) — учетом вида хирургического вмешательства. Анализ исходов беременности у 64 пациенток после ЭМА показал, что беременность наступила в сроки от 1 до 5 лет после ЭМА, из них у 62 — самопроизвольно, у 2 — после ЭКО. У 57 пациенток родилось 58 здоровых детей (1 — бихориальная двойня). Масса тела новорожденных колебалась от 2770 до 4420 г., у большинства более 3000 г., рост — от 48 до 53 см.

Выводы

ЭМА является органосохраняющей операцией, приводящей к исчезновению патологических симптомов миомы матки и позволяющей сохранить репродуктивное здоровье женщин. У большинства больных детородного возраста происходит нормализация менструальной функции. Возникновение гипо- и аменореи может являться следствием по-

вреждения эндометрия после трансцервикальной миомэктомии и гистерорезекции миоматозных узлов, образования внутриматочных синехий.

У большинства пациенток ЭМА не влияет на функцию яичников. После ЭМА возможно наступление беременности и рождение здоровых детей.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

© Э. Э. Антипин¹, Д. Н. Уваров¹, Н. П. Антипина², Э. В. Недашковский¹, С. Л. Совершаева²

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии, Северный государственный медицинский университет, Архангельск

²Кафедра нормальной физиологии и восстановительной медицины, Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Актуальность проблемы

Концепция ранней реабилитации включает использование регионарных методов анестезии, малоинвазивной или малотравматичной хирургической техники, адекватной послеоперационной анальгезии, а также энергичную раннюю физическую послеоперационную реабилитацию, включающую, в том числе, раннее энтеральное питание и мобилизацию. В настоящее время для многих операций с хорошо документированным уровнем безопасности и низким количеством осложнений все чаще используется хирургия одного дня. Очевидно, что эти же методы могут быть использованы для быстрого восстановления и снижения потребности в длительном мониторинге и времени пребывания в стационаре при других обширных операциях, хотя этот вопрос менее изучен и документирован

Цель исследования

Разработка и физиологическое обоснование концепции ранней ускоренной реабилитации пациенток перенесших абдоминальную гистерэктомию и внедрение ее в практику лечебного учреждения.

Материал и методы

Мы провели проспективное рандомизированное исследование двух групп пациенток, перенесших абдоминальную гистерэктомию. В основной группе было 26 женщин, которым применялись средства физической реабилитации, в контрольной группе — 24 женщины с традиционным послеоперационным режимом. Все операции проводились под спинально-эпидуральной анестезией, использовался 0,5% раствор тяжелого бупивакаина в дозе 12 мг и внутривенная седация мидозололомом. С целью послеоперационной анальгезии в качестве базового препарата применялся парацетамол (внутривенная форма — 3 г/сут) + НПВС (кетопрофен — 200 мг/сут). После операции эпидуральный катетер удалялся и всем пациенткам всем пациенткам проводилась бло-

када поперечного пространства живота 0,25% раствором бупивакаина по 20 мл билатерально. При необходимости в схеме использовались наркотические анальгетики. Исследование включало оценку болевого синдрома по ВАШ в покое и при кашле через 6, 12, 24 и 48 часов после операции. Оценивались уровни кортизола и сахара крови на этапах исследования, а также частота возникновения тошноты и рвоты, длительность пареза кишечника, задержка стула, задержка мочи.

Результаты и их обсуждение

При исходной оценке силы боли по ВАШ после операции в покое не было выявлено достоверных межгрупповых отличий. Режим послеоперационной анальгезии позволяет достаточно адекватно контролировать болевой синдром после лапаротомии (ВАШ < 30 мм) в покое. Тем не менее на этапах 12, 24 и 48 часов интенсивность боли в основной группе была ниже и составила при оценке по ВАШ — $11,2 \pm 0,4$; $8,1 \pm 0,3$ и $7,3 \pm 0,2$; в контрольной — $12,5 \pm 0,8$; $14,3 \pm 0,6$ и $12,8 \pm 0,6$ соответственно. При этом данные показатели на этапах 24 и 48 часов в основной группе были достоверно ниже, чем в контрольной. Время снижения интенсивности болевого синдрома при кашле до значений, меньших 30 мм составило 12 часов в основной группе, и составляла по ВАШ — $26,5 \pm 0,7$; $15,9 \pm 0,7$ и $18,1 \pm 0,4$ на этапах исследования. В контрольной группе степень выраженности боли при кашле по ВАШ на протяжении всего периода наблюдения сохранялась выше 30 мм — $40,3 \pm 1,3$; $39,1 \pm 1,4$ и $32,9 \pm 0,7$; соответственно, что требовало дополнительного введения обезболивающих средств у 6 пациенток в этой группе (стадол в дозе $2,8 \pm 0,4$ мг/сут. При исходной оценке уровня глюкозы и кортизола не было выявлено статистически значимых межгрупповых отличий. В дальнейшем, через 6, 12 и 24 часа после операции в основной группе уровень кортизола составил — 729 ± 69 ; 322 ± 37 и 595 ± 38 нмоль/л в контрольной группе — 812 ± 92 ; 659 ± 34 и 895 ± 83

соответственно. При этом на этапах 12 и 24 часа уровень кортизола в основной группе был достоверно ниже, чем в контрольной. После вертикализации пациенток и проведения комплекса физических упражнений разрешался прием твердой пищи с назначением общего стола. Как правило, после проведения этих мероприятий пациентки в основной группе субъективно отмечали улучшение самочувствия, повышение общего тонуса и уменьшение тревожности. В динамике уровня сахара в крови не было выявлено статистически значимых различий между группами. Не было отмечено случаев развития пареза кишечника и задержки мочи в основной группе исследования. В контрольной группе у 8 пациенток через 24 часа после операции отмечалось умеренное вздутие живота, сопровождающееся недостаточной выраженностью перистальтических шумов.

Появление спонтанного стула в основной группе отмечалось раньше, чем в контрольной, через 63 ± 5 часов и 84 ± 6 часов соответственно.

Выводы

Использование концепции ранней реабилитации при абдоминальной гистерэктомии способствует снижению выраженности болевого синдрома, уменьшению выраженности эндокринного стресс — ответа на операционную травму, а также раннему физическому и психологическому восстановлению пациенток в послеоперационном периоде, что, вероятно, позволит сократить сроки пребывания пациенток в стационаре, и снизить материальные расходы. Результатом нашей работы стало внедрение протокола ранней реабилитации при абдоминальной гистерэктомии в гинекологическом стационаре.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОК С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

© Л. М. Афанасьев, Н. В. Яковлева

Федеральное государственное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» Ленинск-Кузнецкий, Россия

Актуальность проблемы

В связи с широким использованием в лечении пациенток с трубным бесплодием вспомогательных репродуктивных технологий, весьма актуальным стало уточнение роли и места хирургического лечения пациенток с бесплодием в современных условиях.

Цель

Разработка критериев отбора и сравнительная оценка эффективности различных хирургических технологий при лечении пациенток с трубным бесплодием.

Материал и методы

Проведено ретроспективное обследование 588 пациенток с трубным бесплодием, прооперированных в отделении гинекологии ФГБЛПУ «НКЦОЗШ» за 1999–2007 гг. Средний возраст больных составил $25,8 \pm 0,98$ лет. Продолжительность бесплодия была от 2 до 19 лет. Хирургическое лечение пациенток проводилось 3 методами: лапароскопическим, микрохирургическим и гистероскопическим. Оперативные вмешательства проводили с использованием оборудования фирмы «Karl Storz» и «Aescular». В зависимости от использованного оперативного метода пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа — 510 пациенток, у

которых реконструктивно-пластические операции на маточных трубах выполняли эндоскопическим способом; 2 группа — 78 пациенток, у которых были выполнены микрохирургические реконструктивно-пластические операции.

Были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: сальпингостомия — у 243, фимбриопластика — у 101, сальпингоовариолизис — у 106, трубный анастомоз — у 7 пациенток лапароскопическим доступом. Микрохирургическая сальпингостомия и фимбриопластика проведена у 39 женщин. Микрохирургический трубный анастомоз выполнен у 39 пациенток при непроходимости маточных труб в тубоцервикальном и истмическом отделах. Микрохирургические операции выполняли под оптическим увеличением с использованием специального микрохирургического инструментария, стеклянных проводников, тончайшего шовного ареактивного материала, с постоянным орошением операционного поля раствором. На первом этапе проводили рассечение маточной трубы игольчатым микроэлектродом, резецировали непроходимый участок маточной трубы, послойно восстанавливали мышечный и серозный слои проленом 8,0–9,0.

При непроходимости маточных труб в интрамуральном отделе, помимо микрохирургического тубоцервикального анастомоза, мы использо-

вали трансцервикальную гистероскопическую катетеризацию устьев маточных труб. Данный вид операции проведен 25 пациенткам при наличии синехий в области устьев маточных труб под контролем лапароскопа для предотвращения перфорации маточной трубы. Кроме того, у 28 пациенток было выявлено наличие мелких полипов в устьях маточных труб, фрагментов внутриматочных контрацептивов, которые вызывали обструкцию проксимального отдела маточной трубы. При оперативных вмешательствах на маточных трубах более чем у половины пациенток выполняли комбинированные и сочетанные оперативные вмешательства.

Результаты исследования

Отдаленные результаты реконструктивно-пластических операций оценены у 296 женщин по данным анкетирования. Было установлено, что маточная беременность наступила у 143 (48,3%) женщин. Срочными родами и рождением живых детей закончилась 131 (91,6%) беременность. При сравнении лапароскопического и микрохирургического методов в восстановлении фертильности у женщин не было выявлено достоверных различий: общая частота наступления маточной беременности при лапароскопии составила 48,7% (115), при микрохирургии —

46,6% (28), внематочная беременность при лапароскопии выявлена в 10,2% (24) случаев, при микрохирургии — в 6,7% (4). Однако микрохирургический метод оказался в 1,8 раза эффективнее, чем лапароскопический (50% и 28,5% соответственно) при восстановлении репродуктивной функции у пациенток после выполнения операции — трубный анастомоз. Лапароскопия имела большую эффективность относительно микрохирургии при дистальной окклюзии маточной трубы (частота маточной беременности 41,9% и 32,1%, соответственно) и сальпингоо-вариолизисе (62,9% и 41,6%, соответственно).

Выводы

Эндоскопическое оперативное вмешательство является малоинвазивным, достаточно эффективным при непроходимости маточных труб в дистальных отделах, перитубарных спайках и обструкции устьев маточных труб нежными синехиями, полипами, инородными телами. Микрохирургия предпочтительнее при наложении трубного анастомоза из-за точного сопоставления тканей, в результате чего уменьшается риск стенозирования и внематочной беременности. Комплексное использование передовых хирургических технологий восстанавливает репродуктивную функцию у 43,8% женщин с трубным бесплодием.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ В РЕКОНСТРУКЦИИ РЕЦИДИВА ПРОЛАПСА ПЕРЕДНЕГО СЕКТОРА ВЛАГАЛИЩА

© Р. М. Банахевич, К. Б. Акимова, А. В. Ечин, Т. И. Мандзяк

ДГМА, г. Днепрпетровск, Украина

Актуальность проблемы

Результаты оперативного лечения генитального пролапса, в некоторых случаях, сопровождаются рецидивом заболевания, т. к. часто объектом вмешательства является следствие опущения, а не его причина. В этом случае частота развития рецидива может составлять 10–75%. В зависимости от клинической ситуации он может проявляться рецидивом симптоматики основного заболевания, так и появлением новой симптоматики. Концепция диагностики и учета множественности фасциальных дефектов при проведении повторных коррегирующих операций является одним из условий успешного лечения рецидива. Выбор эффективного метода коррекции фасциального дефекта в каждом сегменте влагалища дает возможность улучшить результаты лечения.

Цель исследования

Оценить эффективность трансвагинальной реконструкции рецидива пролапса в переднем сег-

менте влагалища с использованием проленового протеза.

Материал и методы

Проведен анализ 63 оперативных реконструктивно-восстановительных вмешательств у пациенток в возрасте от 46 до 72 лет с изолированным рецидивом пролапса в переднем сегменте влагалища или в комбинации с дефектом апикальной фиксации за период с 2005 по 2010 гг. Для коррекции дефекта использовали проленовый протез предложенной нами формы (патент Украины UA 58958 U). Для его изготовления использовали проленовую сетку GYNECARE GYNEMESH* PS, котоая сплетена из волокон полипропилена, идентичного по структуре нерассасывающемуся шовному материалу PROLENE* (ETHICON, INC.). Изолированная реконструкция переднего сегмента влагалища проводилась у 46 (73%) пациенток, в комбинации с сакроспинальной