

мой матки, хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. При этом прямо указывается на роль ПБ в улучшении показателей фертильности.

### Цель исследования

Разработка путей оптимизации использования ПБ для уменьшения частоты и тяжести СБ у гинекологических больных.

### Материал и методы

Обследована 261 женщина, оперированная с использованием лапароскопического доступа. В протокол проведения операции было включено обязательное использование противоспаечного средства. Противоспаечная мембрана INTERCEED® (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США) использована у 165 больных, после выполнения консервативной миомэктомии (148 случаев) и после удаления ретроцервикального эндометриоза (17 случаев). Гель INTERCOAT® (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США) был применен в 59 случаях после консервативной миомэктомии и в 37 случаях после удаления эндометриоидных кист яичников и операций в связи с НГЭ. В 65 случаях — с целью профилактики повторного спайкообразования после адгезиолизиса (СБ III–IV стадии)

применялась противоспаечная жидкость ADEPT® (Shire Pharmaceutical Contracts).

### Результаты

Эффективность противоспаечных барьеров оценена у 25 больных при повторной лапароскопии, выполнявшейся по различным показаниям в сроки от 2 суток до 2 лет после операции. Повторное формирование спаек отмечено во всех случаях, однако степень тяжести СБ была ниже у 17 больных, двум из которых вводился ADEPT®, пяти — INTERCOAT®, десяти — INTERCEED®. При оценке результатов восстановления фертильности отмечено, что из 47 пациенток с бесплодием маточная беременность наступила в 32 случаях. Сроки наступления беременности варьировали от 6 месяцев до 1,5 лет с момента проведения операции. У большинства женщин наступление беременности отмечено в первый год после операции. В трех случаях отмечена внематочная (трубная) беременность у пациенток, которым применялся ADEPT®, причем у всех трех пациенток в анамнезе имело место чревосечение с последующим развитием СБ III–IV ст.

### Заключение

Таким образом, наш первый опыт NOTES-холецистэктомии демонстрирует перспективность этого метода как следующего этапа развития минимальноинвазивной хирургии.

## СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

© О. В. Галимов, В. О. Ханов, Л. Н. Аминова, А. В. Шкундин

Кафедра хирургических болезней и новых технологий, ГОУ ВПО «БГМУ МЗСР», Уфа, Россия

### Актуальность

Несмотря на наличие реальных возможностей для оказания необходимого объема минимальноинвазивной хирургической помощи гинекологическим больным с сочетанной патологией органов малого таза, симультанные лапароскопические операции (СЛО) производятся лишь у 2–8% таких пациентов. Многие вопросы, связанные с СЛО, до сих пор мало изучены: недостаточно отработана тактика, показания, противопоказания, выбор операционного доступа, объем и последовательность выполнения определенных этапов, сравнительная оценка одно- и двухмоментных вмешательств, риск повторных операций, особенности интра- и послеоперационного ведения больных, а также ряд других вопросов, требующих дальнейшего исследования и усовершенствования. Все эти обстоятельства послужили поводом к проведению данного исследования

у больных с сочетанными хирургическими заболеваниями органов малого таза (ОМТ).

### Материал и методы

В основу исследования легли результаты анализа хирургического лечения 238 больных с заболеваниями ОМТ, которые были прооперированы с 2005 по 2008 г. в клинике на базе кафедры хирургических болезней и новых технологий г. Уфы. Из них у 167 (70,2%) была выявлена сочетанная патология ОМТ.

Для проведения исследования были выделены две клинические группы больных. Первую, основную, составили 167 (70,2%) пациентов, которым выполнялись СЛО по поводу различной патологии ОМТ. Во вторую, контрольную группу вошли пациенты, у которых выявлена патология, встречающаяся в первой группе и по поводу которой им выполнена изолированная операция с применением минимальноинвазивных технологий.

Возраст женщин колебался от 17 до 66 лет, а средний возраст составил  $40 \pm 0,7$  года. Характеризуя пациентов основной группы, в общем хотелось бы отметить, что практически у всех имелся анамнез основного заболевания от 1 года до 2 лет.

Всем больным исследуемых групп проводилось комплексное клинично-инструментальное обследование, включавшее стандартные возможности современной клиники. Все операции как при одном заболевании, так и симультанные, выполнялись в плановом порядке под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов.

Очередность проведения операции решалась в каждом случае индивидуально. В первую очередь мы руководствовались принципом асептичности этапа. В то же время учитывали сложность выполнения этапов и первым старались выполнять тот, который в большей степени может привести к конверсии доступа. Время, ушедшее на выполнение первого этапа операции и состояние жизненно важных функций организма и гомеостаза, являлись определяющими факторами в решении вопроса о дальнейшем продолжении хирургического вмешательства.

Больным по поводу доброкачественных опухолей яичников выполнено 79 (47,3%) лапароскопических вмешательств, консервативных миомэктомий 29 (17,3%), в том числе и 8 (4,9%) гистерорезектоскопий для удаления субмукозных узлов (сочетание лапароскопических — гистерорезектоскопических операций при различной локализации узлов), в 18 (10,8%) случаях при опущении матки проводили вмешательства на связочном аппарате мышц тазового дна, гистерэктомий 15 (9,0%), реканализации маточных труб в 12 (7,2%), стерилизаций 8 (4,8%) и иссечение очагов эндометриоза 6 (3,6%).

## Результаты

По нашим оценкам, увеличение объема оперативного вмешательства, связанного с выполнением симультанных этапов, не оказало существенного влияния на исходы вмешательства.

У 146 (87,4%) пациентов в ближайшем послеоперационном периоде исчезли все основные проявления заболевания, и они выписались с выздоровлением на 3–5 сутки после операции.

С целью анализа показателей, характеризующих течение отдаленного послеоперационного периода, нами изучены результаты лечения 103 (43,3%) больных в сроки от 1 до 3 лет. Из них 31 пациенту выполнены изолированные лапароскопические вмешательства, а 72 — симультанные. Результаты оценивали по трехуровневой градации. Хороший результат получен у 53 (73,6%) пациентов из групп с СЛО и 19 (61,3%) из группы с изолированными операциями. Все они сохраняют трудоспособность и не нуждаются в приеме медикаментов. Группу с удовлетворительными результатами составили 17 (23,6%) больных первой группы и 11 (35,5%) второй группы. Неудовлетворительный результат отмечен у 2 (2,7%) больных с симультанными операциями и также у 1 (3,2%) с изолированными.

## Заключение

Анализ полученных результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов малого таза показывает, что так же, как и после изолированных лапароскопических операций при одном заболевании, для симультанных характерна ранняя активизация больных и быстрое восстановление физиологических функций организма.

Таким образом, проведение симультанных лапароскопических операций при наличии хирургической патологии органов малого таза избавляет больных сразу от нескольких заболеваний, устраняя риск повторных вмешательств и наркозов, снижает количество интра- и послеоперационных осложнений, сокращает срок пребывания больного в стационаре, длительность временной нетрудоспособности, а также улучшает качество жизни пациентов.

## ВЛИЯНИЕ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

© Е. С. Кальченко, С. А. Гаспарян, А. Б. Овсиенко, Н. А. Алымова

МУЗ ГБ, г. Железноводск;

ФГУ «ПГНИИ Росздрава», Пятигорск;

ГОУ ВПО Ставропольская государственная академия Росздрава, Россия

### Актуальность проблемы

Климактерический синдром (КС) — это своеобразный клинический симптомокомплекс, развивающийся у части женщин в период угасания функции

репродуктивной системы на фоне общей возрастной инволюции организма (Вихляева Е. М., и др., 2000). Течение КС в значительной степени утяжеляется предшествующими пременопаузальным периодом за-