

Проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений: компрессионное бинтование нижних конечностей и подкожное введение пролонгированных гепаринов. Все операции проводились под внутривенной анестезией, при полостных операциях внутривенная анестезия сопровождалась ИВЛ.

Результаты

Женщины прооперированы со следующими диагнозами: первичное бесплодие — 5 (14,3%); вторичное бесплодие — 6 (17,1%); гинекологическая патология при планируемой беременности — 8 (22,9%); субсерозная миома матки — 3 (8,6%); подслизистая миома матки — 3 (8,6%); киста яичника — 5 (14,3%); киста бартолиниевой железы — 2 (5,7%); полип эндометрия — 3 (8,6%).

Для оперативных вмешательств были использованы следующие доступы: лапароскопия — 28 (80,0%); гистероскопия — 24 (68,6%); одновременно лапароскопия и гистероскопия — 21 (60,0%); резектоскопия — 3 (8,6%); рассечение слизистой вульвы — 2 (5,7%).

При оперативных вмешательствах была выявлена следующая патология: субсерозная миома матки у 6 (17,1%) пациенток, подслизистая миома матки в 5 (14,3%) случаях, интерстициальная миома матки в 1 (2,9%) случае, кисты и кистомы яичников у 15 (42,7%) пациенток, СПКЯ у 2 (5,7%) больных, кистозное изменение яичников в 13 (37,1%) случаях, наружный эндометриоз у 11 (31,4%) женщин, спаечный процесс малого таза в 10 (28,6%) случаях, гидросальпингс у 3 (8,6%) пациенток, гидатиды у 4 (11,4%) женщин, полипоз эндометрия в 14 (40,0%) случаях, неполная перегородка полости матки у 9 (25,7%) пациенток, аденомиоз в 4 (11,4%) случаях, гиперпластические процессы эндометрия у 18 (51,4%) пациенток, перитубарные спайки у 8 (22,9%) больных. Нами были проведены следующие объемы оперативного вмешательства: лечебно-диагностических выскабливаний слизистой поло-

сти матки 22 (62,9%), сальпинголизисов 8 (22,9%), фимбриопластик 3 (8,6%), биопсий яичника 15 (42,7%), термокаутеризаций яичников 2 (5,7%), хромосальпингоскопий 21 (60,0%), миомэктомий 11 (31,4%), зондирований труб 5 (14,3%), цистэктомий 12 (34,3%), удалений придатков 5 (14,3%), тубэктомий 1 (2,9%), резекций яичников 1 (2,9%), разделений спаек 8 (22,9%), вапоризаций очагов эндометриоза 8 (22,9%), дренирований брюшной полости 8 (22,9%), энуклеаций кист бартолиниевой железы 3 (8,6%).

С целью профилактики послеоперационных осложнений всем женщинам проводилось только интраоперационное введение антибиотиков. Все пациентки были прооперированы в день поступления. Послеоперационный койко-день составил у 28 (80,0%) женщин 1 день, у 6 (17,1%) 2 дня и у 1 (2,9%) 3 дня. В послеоперационном периоде у каждой пациентки была возможность телефонной связи с лечащим доктором, каждая посетила консультативный прием дважды, на 7–10-й день для снятия швов и на 10–14-й день для получения результатов гистологического исследования и соответствующих результатам дальнейших рекомендаций. Послеоперационных осложнений зафиксировано не было. Проведенный опрос показал высокую удовлетворенность женщин выполненным оперативным лечением и желанием продолжать лечение под эгидой одного доктора.

Заключение

Таким образом, развитие стационар-сберегающих технологий в оперативной гинекологии позволяет переместить ряд хирургических вмешательств из круглосуточного стационара в амбулаторные условия без ущерба для объема и качества оперативного пособия. Данная форма работы позволяет пациентке оставаться на период реабилитации в домашних условиях, что обеспечивает психологический комфорт, профилактику инфекций в послеоперационном периоде, улучшает качество жизни.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

© Л. И. Коротовских, В. Н. Прохоров, Т. А. Обоскалова

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета,
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, Екатеринбург, Россия

Актуальность проблемы

Частота внематочной беременности (ВБ) среди гинекологических больных, поступающих в стационар, колеблется от 1 до 6% и про-

должает представлять опасность для жизни больных. ВБ часто не диагностируется во время первого посещения врача, так как ее клиническая картина бывает нетипичной, а пациентке

может быть поставлен диагноз угрожающего или неполного аборта, воспаления органов малого таза, острой хирургической патологии. Запоздалая постановка диагноза ВБ приводит к ухудшению результатов лечения и снижению фертильности.

Цель исследования

Провести сравнительную оценку эффективности хирургического лечения пациенток с трубной беременностью (ТБ) в зависимости от клинической картины заболевания при первом обращении женщины за помощью.

Материал и методы

Был проведен ретроспективный анализ показателей комплексного клиничко-лабораторного обследования и хирургического лечения 165 пациенток, прооперированных по поводу ТБ и 14 женщин, поступивших в отделение с подозрением на ТБ, которое в ходе обследования не подтвердилось; всего 179 женщин ($n=179$) в возрасте от 16 до 44 лет. Исследуемый контингент больных был разделен нами на 3 группы. 1-ю группу составили 59 (33,0 %) женщин, поступивших в отделение с диагнозом ТБ, который был подтвержден во время операции и при морфологическом исследовании. 2-ю группу составили 73 (40,8 %) женщины с подозрением на ТБ. У 59 пациенток этой группы диагноз ТБ был подтвержден клинически и морфологически, а у 14 больных во время операции ТБ не подтвердилась и была обнаружена другая гинекологическая патология. 3-ю группу составили 47 (26,2 %) пациенток, направленных в стационар с диагнозами, которые свидетельствовали о предполагаемой гинекологической или хирургической патологии, но без указания на возможность наличия ТБ. У этих женщин ТБ была установлена во время операции и подтверждена морфологами.

Результаты

При наличии в анамнезе оперативного вмешательства по поводу ТБ или любой другой патологии органов брюшной полости достоверно чаще выносился диагноз подозрения на ТБ — 17 (23,3±4,8 %), а при наличии в анамнезе выкидышей достоверно чаще выносился диагноз другой патологии малых сроков беременности — 10 (21,3±6,0 %). На точность диагноза достоверно не повлияло наличие симптомов классической триады Ценгемейстера, так как практически у половины пациенток в каждой из 3 групп они имели место. Наличие моносимптомов в разных сочетаниях были отмечены во

всех трех группах и распределились следующим образом. В 1-й группе ($n=59$) больше было выявлено женщин с задержкой менструации — 47 (79,7±5,2 %), $p<0,05$. Во 2-й группе ($n=73$) достоверно больше было выявлено пациенток с кровянистыми выделениями из половых путей — 63 (86,3±4,0 %). В 3-й группе ($n=47$) достоверно больше было выявлено случаев с выраженным болевым симптомом — 39 (83,0±5,5 %). Также в 3-й группе ($n=47$) достоверно больше было выявлено больных с клиникой геморрагического шока (слабость, головокружение, тахикардия, обморок) — 17 (36,2±7,0 %). Во 2-й группе ($n=73$) больше было обследовано пациенток на догоспитальном этапе в объеме ультразвуковое исследование в сочетании с тестом на беременность — 25 (34,2±5,6 %) $p<0,05$. В 3-й группе ($n=47$) достоверно больше женщин совсем не были обследованы — 30 (63,8±7,1 %). Во 2-й группе ($n=73$) больше было случаев, когда с целью уточнения диагноза была необходима диагностическая лапароскопия — 49 (67,1±5,5 %), $p<0,05$. В 3-й группе ($n=47$) достоверно больше было случаев с прервавшейся ТБ — 39 (83,0±5,5 %) и прервавшейся по типу разрыва трубы — 13 (27,7±6,5 %). Лапароскопическим доступом (ЛСД) достоверно больше прооперировано пациенток во 2-й группе ($n=73$) с подозрением на ТБ — 57 (78,1±4,8 %), а лапаротомным доступом (ЛТД) прооперировано достоверно больше женщин в 3-й группе ($n=47$) с ошибочными диагнозами — 29 (61,7±7,1 %). Органосохраняющее оперативное вмешательство достоверно чаще применялось у пациенток во 2-й группе ($n=59$) с подозрением на ТБ — 35 (59,3±4,8 %), а в 3-й группе ($n=47$) достоверно больше женщин прооперировано по органосохраняющей методике — 23 (48,9±7,3 %) против 24 (32,9±5,5 %) во 2-й группе. Средняя кровопотеря в исследуемых группах составила: в 1-й группе — 192,9±52,9; во 2-й группе — 116,6±30,2 и в 3-й группе — 357,0±116,2 мл.

Заключение

1. При постановке диагноза очевиден недоучет симптомов ВБ на этапе скорой помощи и женской консультации, что не позволило выявить ТБ на стадии прогрессирования.

2. Диагноз на стадии прервавшейся ТБ, особенно по типу разрыва маточной трубы, обуславливает наличие выраженной картины с геморрагическим расстройством и требует большего объема хирургического вмешательства ЛТД, что увеличивает риск послеоперационных осложнений и значительно повреждает репродуктивную функцию женщин.