

подозрением на ГЗЗПМ, особенно при наличии акцента болей на правое подреберье и правую подвздошную область, поскольку только этот ме-

тод позволяет своевременно обнаружить такие экстрагенитальные осложнения как перигепатит и ВА и обеспечить адекватную санацию.

**Лещенко С. В., Мустафина Т. Ж.,
Дементьева М. А., Жукенцова Р. К.,
Елубаева Д. Н., Коробейникова У. В.,
Садыкова Ш. Ж., Мырзагалиева Ж. Б.,
Лобачева Н. В.**

ГККП «Городская больница № 1,
Усть-Каменогорск, Республика Казахстан

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Целью настоящей работы является анализ результатов лечения гнойно-воспалительных заболеваний женских половых органов эндоскопическим методом.

Материал и методы. 86 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями женских половых органов.

Результаты исследования. При анализе историй болезней акцент был сделан на следующем: наличие гипертермии до поступления в стационар, длительность её в послеоперационном периоде; наличие лейкоцитоза; наличие инфекций, передающихся половым путем (ИППП); связь с менструацией, с репродуктивной функцией; возраст и социальное положение больной; длительность пребывания больных в стационаре до и после операции. Объем лапароскопической операции: сальпингоовариолизис, адгезиолизис, сальпингостомия, саальпингоэктомия, аднексэктомия, надвлагалищная ампутация матки, санирование и дренирование брюшной полости. При этом произведено оргауноносящих операций

19 — 22,1 %, а именно у 10 — 11,5 % (двухсторонняя сальпингоэктомия) можно говорить о невозможности сохранить детородную функцию, а в у 9 — 10,5 % объем не был столь радикален. У 2 больных лапароскопические операции закончились конверсией.

Заключение: 1). Лапароскопические операции при гнойно-воспалительных заболеваниях, проведенные в первые сутки поступления больных в стационар помогают правильной диагностике, оценить степень вовлечения в процесс органов малого таза и брюшной полости, провести органосохраняющие операции, сохраняющие репродуктивную функцию в 88,4 % случаев. 2). Эндоскопический метод менее инвазивен, быстро восстанавливаются функциональные резервы организма, более гладкое течение послеоперационного периода. 3). Способствует восстановлению нормальной анатомии и физиологических функций половых органов. 4). Позволяет исключить тактические ошибки и напрасные операции. 5). Длительность послеоперационного периода сокращается.

Радзинский В. Е., Цыганкова Л. А.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА, ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Актуальность проблемы. Среди причин, приводящих к нарушению репродуктивного здоровья женщин, важную роль приобретают гинекологические заболевания, и особенно те, которые требуют хирургического лечения. Острые гинекологические заболевания представляют угрозу здоровью и жизни женщины. Частота острых гинекологических заболеваний составляет до 26 % от общего числа пациенток гинекологического стационара. Структура острых гинекологических заболеваний представлена следующим образом: внематочная беременность — 47 %, острые вос-

палительные заболевания придатков матки — 24 %, апоплексия яичника — 17 %, разрыв (перекрут ножки) кисты яичника — 7 %, миома матки с нарушением питания узла — 4 %, перфорация матки как следствие различных внутриматочных манипуляций — 1 % (Кулаков В.И., Адамян Л.В., 2003).

Результаты исследования. Изучив состояние репродуктивного и соматического здоровья женщин (n = 924), мы выделили следующие основные медико-биологические факторы риска развития острых гинекологических заболеваний, требующих неотложной хирургической помощи.

Репродуктивный период, табакокурение, нарушения менструальной функции по типу дисменореи, гиперполименореи, олигоменореи. Раннее начало половой жизни, наличие двух и более половых партнеров. Первичное бесплодие, высокая частота беременностей в анамнезе, неразвивающаяся беременность в анамнезе. Отсутствие рациональной контрацепции — низкая частота использования гормональных контрацептивов, невысокая частота использования презервативов, использование ВМС. Отягощенный гинекологический анамнез — хронические воспалительные заболевания матки и придатков, доброкачественные заболевания шейки матки, искусственные аборты в анамнезе, внематочная беременность в анамнезе, наличие миомы матки в сочетании с эндометриозом матки, раздельное диагностическое выскабливание по поводу гиперпластических процессов эндометрия. Отягощенный соматический анамнез — ожирение, болезни мочевыделительной системы, органов дыхания, щитовидной железы, дисгормональные заболевания молочных желез. Оперативные вмешательства в анамнезе — кесарево сечение, операции на органах малого таза, аппендэктомия, холецистэктомия. На выбор доступа (лапаротомия-лапароскопия) и вида оперативного вмешательства при трубной беременности ($n = 420$) оказывали влияние ряд факторов: объем кровопотери, как показатель, определяющий степень деструкции маточной трубы и клинико-лабораторные признаки геморрагического шока, возраст пациентки, репродуктивный анамнез, локализация плодного яйца, время поступления в стационар, указания на ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Установлено, что лапароскопический доступ при внематочной беременности имел ряд статистически значимых преимуществ по сравнению с лапаротомным, а именно: в 5,5 раза снижалась частота спайкообразования, в 3,2 раза снижался риск рецидива внематочной беременности, в 1,9 раза возрастала частота наступления маточной беременности. Выполняемые органосохраняющие операции при внематочной беременности не в равной степени обеспечивали осуществление прооперированной маточной трубой её функции. После операции резекции сегмента трубы достоверно чаще наблюдались: непроходимость прооперированной трубы — 92,9 %, перитубарные спайки — 47,2 %, вторичное бесплодие — 63,4 %. Отмечена самая низкая частота наступления маточных беременностей, в среднем 8,4 %, осложняемая угрозой невынашивания в 13,8 %. После операции линейной сальпингостомии: трубно-перитонеальные свищи выявлены — в 23,3 %, перитубарные спай-

ки 54,6 %, рецидив внематочной беременности в среднем в 20,3 %, вторичное бесплодие — в 40,1 %. Исходы операции вакуум-аспирации: трубы проходимы в 81,1 %, отсутствие формирования трубно-перитонеальных свищей, низкая частота спайкообразования — в 7,4, высокая частота наступления маточной беременности — в 70,4 %, вторичное бесплодие наступало в 22,2 %, низкая частота рецидива повторной внематочной беременности — 3,7 %. Исходы операции милкинг: трубы проходимы в 87,3 %, отсутствие формирования трубно-перитонеальных свищей, перитубарные спайки — 39,5 %, вторичное бесплодие наступало в 24,1 %, рецидив внематочной беременности в среднем в 16,4 %, высокая частота наступления маточной беременности — в 54,8 %. При определении хирургической тактики у пациенток с апоплексией яичника ($n = 117$) на выбор доступа и вида оперативного вмешательства оказывали влияние: объем кровопотери, репродуктивный анамнез, возраст пациентки, указания на ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Установлено, что лапароскопический доступ при апоплексии яичника имел ряд статистически значимых преимуществ по сравнению с лапаротомным. В 5,3 раза снижалась частота спайкообразования после резекции яичника, выполненной путем лапароскопии (12,5 % после лапароскопии против 66,7 % после лапаротомии), в 3,4 раза снижалась частота невынашивания (частота ранних самопроизвольных выкидышей среди пациенток после лапароскопии 2,7 % против 9,1 % — после лапаротомии). Выполняемые операции при апоплексии яичника не в равной степени обеспечивают осуществление прооперированным яичником его функций, а именно после резекции яичника лапаротомным доступом достоверно чаще наблюдаются спайкообразование 45 % случаев, в исходе операции зашивания яичника спайкообразование наблюдается в 48,5 % случаев. После операции электрокоагуляции ткани яичника, выполненной лапароскопическим доступом, отмечена самая низкая частота спайкообразования — в 11,1 %, отсутствие случаев формирования бесплодия.

На выбор доступа и вида оперативного вмешательства при разрыве (перекруте ножки) кисты яичника ($n = 116$) оказывали влияние ряд факторов: возраст пациентки, нозологическая форма овариального образований, репродуктивный анамнез, указания на ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Исходы операции не в равной степени обеспечивают осуществление прооперированным яичником его функций. После операции лапароскопической цистэктомии отмечается вос-

становление репродуктивной функции, прежний уровень гинекологической заболеваемости. После операции лапароскопической резекции яичника отсутствовало влияние на фертильность, отмечен прежний уровень гинекологической заболеваемости. Иные исходы отмечены после лапаротомной резекции яичника и аднексэктомии: резкое снижение фертильности пациенток по истечению 1,5–2 лет после операции, увеличение уровня гинекологической заболеваемости, увеличение частоты бесплодия с 6,0 % до 22,4 %. Хирургическое вмешательство по поводу ГТОО (гнойных тубо-овариальных образований) было произведено 212 пациенткам. Выбор доступа и объема оперативного вмешательства определялся необходимостью максимально полного удаления гнойного очага и зависел от тяжести деструкции пораженных органов и тканей. Всем пациенткам после органосохраняющих операций (разделение фимбрий, туботомия) проводились сеансы динамической лапароскопии: на вторые сутки — разделение рыхлых сращений, продолженная санация органов малого таза, визуальный контроль за динамикой патологического процесса. Всего от 1 до 4 динамических лапароскопий. Спустя 8–10 месяцев всем пациенткам с сохраненной трубой и заинтересованным в реализации репродуктивной функции (11 пациенток после гнойного сальпингита и 23 — после пиосальпинкса) проводилась second-look лапароскопия. В исходе выявлено, что прооперированная труба была проходима более чем в половине всех наблюдений (55,9 %). Более чем в каждом четвертом наблюдении формировался трубно-перитонеальный свищ, перитубарные спайки выявлялись в 64,7 % случаях. Отдаленные результаты (в сроки до 5 лет) лечения гнойных сальпингитов и пиосальпинкса показали, что маточная беременность наступала более чем в каждом третьем наблюдении (38,2 %). Но у каждой пятой женщины в последующем возникала внематочная беременность. Гистерэктомии при ГТОО нами выполнены в 29 случаях (26,6 %). Все гистерэктомии произведены у пациенток в возрасте старше 40 лет. Показаниями к удалению матки явились тотальное расплавление матки — 8 (27,6 %) случаев, множественная миома матки — 12 (41,4 %), миома матки в сочетании с аденомиозом — 6 наблюдений (20,7 %), рецидивирующая гиперплазия эндометрия на фоне миомы матки и/или эндометриоза матки — 3 случая (10,3 %). Оценка объема оперативного вмешательства у пациенток с ГТОО в зависимости от наличия ВМК в полости матки показала, что гистерэктомии выполнялись практически с одинаковой частотой вне зависимости от использования ВМК. Даже длительное ис-

пользование ВМК не было абсолютным показанием к выполнению радикальных операций. При нарушении питания в миоматозном узле ($n = 56$) на выбор доступа и вида оперативного вмешательства оказывали влияние возраст пациентки, репродуктивный анамнез, сопутствующие гинекологические заболевания, локализация и размеры миоматозного узла/узлов, особенности клинического течения заболевания, сроки поступления в стационар, указания на ранее перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Практически три четверти (71,2 %) оперативных вмешательств при нарушении питания миоматозного узла были выполнены путем лапароскопии. В подавляющем большинстве (83,1 %) выполнялись гистерэктомии. Показаниями к удалению матки явились: множественная миома матки — 17 (34,6 %), сочетание миомы матки с аденомиозом — 23 (46,9 %), миома матки с субмукозной локализацией узла/узлов — 9 (18,4 %). При выполнении органосохраняющих операций применялась динамическая лапароскопия, позволяющая визуально контролировать динамику течения патологического процесса и предупреждать развитие тяжелых осложнений. Изучение состояния репродуктивного здоровья у пациенток с миомой матки после оперативного вмешательства показало, что после консервативной миомэктомии ($n = 9$) в пяти наблюдениях наступила беременность, в трех случаях, завершившаяся в срок абдоминальным родоразрешением. В двух случаях беременность завершилась ранним самопроизвольным выкидышем в сроки 10 — 12 недель гестации. Иммунологическое исследование методом «ЭЛИ-П-Тест-1» проведено всем прооперированным больным. Исследование содержания эмбриотропных аутоантител проводили спустя 3 недели после окончания применения антибактериальной и/или иной медикаментозной терапии в послеоперационном периоде. Пациентки после внематочной беременности, с ГТОО в подавляющем большинстве имели отклонения в продукции эмбриотропных аутоантител их аномальное снижение — гипореактивность. Пациентки, которым было выполнено удаление даже одного из придатков, имели аномальное повышение продукции эмбриотропных аутоантител — гиперреактивность, что в последствии определяло развитие средне-тяжелого и тяжелого течения климактерического синдрома. Бактериоскопическое исследование, проведенное 350 пациенткам, показало, что у 184 (52,6 %) обследованных чистота влагалищных мазков соответствовала II, у 77 (22 %) — III, а у 89 (25,4 %) — IV степеням чистоты. У нормореактивных пациенток достоверно чаще диагностированы микоплазмы и *C.albicans* — у каждой тре-

ттей, в то же время такие инфекции как гонококки, трихомонады и хламидии не встречались вовсе. Иная картина наблюдалась среди гипореактивных, где достоверно чаще выявлялись гонококки, хламидии, трихомонады и *C.albicans*. Гонококки в группе гиперреактивных не диагностированы вовсе, а хламидии и трихомонады встречались в два раза реже по сравнению с гипореактивными. То есть, существуют значительные различия в спектре инфектов, которыми инфицированы пациентки разных групп иммунореактивности. Приведенные результаты позволяют говорить об угнетении как специфического (продукция эмбриотропных антител), так и общего иммунитета у гипореактивных пациенток. Реактивность иммунной системы на ряду с такими факторами, как возраст, репродуктивный анамнез, характер

заболевания, хирургический доступ и объем выполненной операции, является одним из важнейших факторов позволяющих прогнозировать состояние репродуктивного здоровья женщины, перенесшей urgentные гинекологические операции. Пациентки, заинтересованные в реализации детородной функции, должны быть обследованы методом «ЭЛИ-П-Тест-1». После реконструктивно-пластических операций, когда произошло повреждение внутриворонного сосудистого русла и отмечается гипореактивность иммунной системы, следует рассматривать пациенток, как группу повышенного риска по формированию трубноперитонеального бесплодия и рецидива внематочной беременности. Этим женщинам необходимо своевременно ориентировать на применение вспомогательных репродуктивных технологий.

Рубцова Т. Г.

МСЧ № 42 ФМБА РФ, Зеленогорск, Россия

ОПЫТ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ПУНКЦИИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В МАЛОМ ТАЗУ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ ПО МАТЕРИАЛАМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МСЧ-42

Актуальность проблемы. В структуре гинекологической заболеваемости воспалительные процессы половых органов занимают ведущее место. Одной из актуальных проблем на современном этапе являются гнойные воспалительные заболевания придатков матки. По данным мировой статистики, воспалительные заболевания органов малого таза отмечаются у каждой 10-ой женщины репродуктивного возраста, из которых 20 % требуют стационарного лечения. Этиологическая структура гнойных воспалительных заболеваний гениталий отличается динамичностью: возбудители этих процессов меняются в зависимости от разных факторов, прежде всего таких, как развитие устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам. По клиническому течению выделяют 2 формы гнойных воспалительных заболеваний придатков матки: неосложненные и осложненные, что определяет выбор тактики ведения. К неосложненным формам относится острый гнойный сальпингит; к осложненным — все осумкованные воспалительные опухоли придатков — гнойные tuboовариальные образования. Воспалительные образования придатков матки могут проявить себя в различных клинических формах: типичная клиническая картина, характеризующаяся сочетанием общих и местных симп-

томов (боли в животе, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта — тошнота, рвота, неустойчивый стул; дизурические явления; гнойные выделения из половых путей; повышение температуры тела); атипичная клиническая картина, характеризующаяся отсутствием четкого соответствия между общими и локальными симптомами (температура тела часто бывает неадекватной тяжести воспалительного процесса, общее удовлетворительное состояние, минимальные жалобы, слабо выраженные воспалительные сдвиги в периферической крови при наличии отчетливо выявляющегося воспалительного процесса придатков матки). Оценка клинических и лабораторных данных важна в целях ранней диагностики и решения вопроса о выборе тактики лечения — консервативной или хирургической. Во многих странах мира отмечается повышение частоты воспалительных заболеваний придатков матки. От 30 до 46 % больных данной патологии подвергаются радикальным оперативным вмешательствам. Учитывая, что в основном болят женщины фертильного возраста, высокая частота оперативного лечения приводит к инвалидизации молодых женщин. Таким образом, особую актуальность приобретают вопросы рационального консервативного (органосохраняющего) лечения больных.