

нормализация показателей общего анализа крови наблюдалась на 10–11-й дни лечения. Следует отметить, что 6 больным данной группы потребовалось проведение оперативного лечения (у 4-х в объеме сальпингэктомии и у 2-х — экстирпации матки с маточными трубами).

Кохреидзе Н. А., Кутушева Г. Ф., Караева К. Ю.

Кафедра детской и подростковой гинекологии ФПО
СПбГПМА; отделение гинекологии детской инфекционной
больницы № 5 им. Н.Ф. Филатова,
Санкт-Петербург, Россия

Заключение. Сравнительный анализ показал, что лечение женщин с гнойными ВЗОМТ с применением на первом этапе терапии лечебно-диагностической лапароскопии обеспечивает более быстрое купирование воспалительного процесса и повышает эффективность консервативной терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ (ГВЗПМ) С ГЕНИТАЛЬНЫМИ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ

Подростковый возраст относится к периоду наибольшей восприимчивости к развитию ВЗОМТ. За последние пять лет в структуре гинекологической патологии пациенток подросткового возраста отделения гинекологии ДИБ № 5 больные с ВЗОМТ составили 27 %.

Целью исследования являлось изучение частоты развития, особенностей течения, клинических проявлений генитальных (тубоовариальный абсцесс — ТОА) и экстрагенитальных осложнений ГВЗПМ (перигепатита и вторичного аппендицита (ВА)), определить значение лапароскопии в диагностике и лечении осложненных и неосложненных форм ГВЗОМТ.

Материал и методы. В исследование включено 98 больных с ГВЗПМ, средний возраст составил $16 \pm 0,1$ лет. Оценены анамнестические данные, особенности развития и характера болевого синдрома, клинический и биохимический анализ крови, подсчета лейкоцитарного индекса интоксикации, исследование С-реактивного белка, проведены микробиологического исследования материала из генитального тракта, брюшной полости. Всем пациенткам проведено эндовидеохирургическое лечение, во время которого после установления визуального диагноза проводили по показаниям адгезиолизис, санацию гнойных очагов, полное или частичное удаление придатков матки, резекцию большого сальника, аппендэктомию, дренирование брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Из 98 больных 52 больные имели ТОА (группа 1) и 46 больных — флегмонозный сальпингит (группа 2). Установлено, что клиническое течение, степень интоксикации у пациенток группы 1 не позволяли на догоспитальном этапе заподозрить развитие этого осложнения. У 26,9 % больных с группы 1

при лапароскопии обнаружен ВА, перигепатит у 4,2 %. У пациенток группы 2 ВА обнаружен у 21,7 %; перигепатит — у 34,8 %, пельвиоперитонит — у 26,1 %. Патогномоничным признаком перигепатита явился симптом болей в правом подреберье (88,2 %). Развитие перигепатита сопровождалось некоторым утяжелением общего состояния больных, усилением интоксикации, при том, что эти больные реже имели ТОА. В клинической картине у всех пациенток с ВА отмечалось более тяжелое состояние при поступлении, более выраженная интоксикация, акцент болей на правую подвздошную область и правое подреберье, по совокупности показаний этим больным показания к хирургическому вмешательству ставились раньше (длительность дооперационного периода составила $1,9 \pm 0,4$ дня против $3,1 \pm 0,3$ в группе без ВА). По результатам гистологического исследования удаленных аппендикулярных отростков установлены следующие формы ВА: флегмонозно-язвенный — 4,2 % (чаще в группе 1), вторичный по типу флегмонозного — 12,5 %, вторичный подострый — 33,3 %, острый простой с проявлениями вторичного — 4,2 %, фибринозный периаппендицит — 41,7 % (чаще в группе 1), серозно-гнойный периаппендицит — 4,2 %. Лапаротомия и конверсия на лапаротомию проведены в группе 1 у 41,7 %, в группе 2 — 9,5 %.

Выводы: 1) Выявлены особенности клинической картины при развитии экстрагенитальных осложнений ГВЗПМ в виде перигепатита и ВА у больных подросткового возраста, касающиеся утяжеления общего состояния, усугублению объективных и лабораторных показателей интоксикации, акцента болей на правое подреберье и правую подвздошную область. 2) Лапароскопическая диагностика показана всем пациенткам с

подозрением на ГЗПМ, 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., Жукенкова 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: сальпингооовариолизис, адгезиолизис, сальпингостомия, саальпингоэктомия, аднексэктомия, надвлагалищная ампутация матки, санирование и дренирование брюшной полости. При этом произведено оргоуносящих 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.