

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН МАЛОИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ

Л. В. Ткаченко, М. Ю. Гущина, О. А. Колесниченко

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолГМУ

Проведено обследование и лечение по усовершенствованной методике лечения и реабилитации 103 женщин, имевших бесплодие трубно-перитонеального происхождения и перенесших лапароскопические консервативно-пластические операции на маточных трубах. Установлено, что применяемая методика обеспечивает восстановление проходимости маточных труб, а также достаточно высокую частоту наступления беременности.

Ключевые слова: проходимость маточных труб, лапароскопическая операция, беременность.

RECOVERY OF WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH WITH LOW INVASIVE METHODS

L. V. Tkachenko, M. Yu. Gushina, O. A. Kolesnichenko

Medical checkup and treatment with an advanced technique of treatment and rehabilitation of 103 women who having salpingo-peritoneal sterility after laparoscopic conservative-restorative operations on uterine tubes are made. It is established that the applied technique provides uterine tubes permeability restoration and high enough pregnancy possibility also.

Key words: uterine tubes permeability, laparoscopic operations, pregnancy.

Сохранение репродуктивного здоровья является социально-медицинской и демографической проблемой. Проблема фертильности и ее нарушение у человека привлекала внимание исследователей во все времена. В русской литературе первое упоминание о бесплодии мы находим в руководстве Амбодика (1784). Данная проблема разрабатывалась ведущими отечественными гинекологами А. М. Мандельштамом (1922), С. Н. Хейфецем (1949), Н. М. Побединским (1949), С. Н. Давыдовым (1974), Т. Я. Пшеничниковой (1991), В. Н. Серовым и другими и остается актуальной до настоящего времени, так как бесплодие в браке составляет 18—20 % и не имеет тенденции к снижению. Бесплодие в браке, которое наблюдается у 7—8 млн. женщин России (В. И. Кулаков, 2004 г.), является важным фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения страны. У большинства женщин бесплодие обусловлено непроходимостью маточных труб воспалительного генеза или эндокринной патологией, или их сочетанием [4, 6—8].

Внедрение в повседневную клиническую практику методов эндоскопического обследования (лапаро- и гистероскопии) позволило объективно проанализировать структуру причин женского бесплодия и определить, что ведущее место (37—38 %) в генезе нарушений репродуктивной функции занимает трубно-перитонеальный фактор, несколько реже (27—30 %), встречается генитальный эндометриоз, далее — эндокринное бесплодие (18—30 %), доброкачественные новообразования органов малого таза (8-12 %) [1, 4].

По данным многих авторов, результативность операций при трубно-перитонеальном бесплодии колеблется в широких пределах от 10 до 80 %. Даже при реабилитационной терапии в раннем послеопе-

рационном периоде спайки возникают у 51 % оперированных больных, что снижает эффективность операции в 2 раза [4, 6, 7].

По мнению Г. М. Савельевой (2000), главным препятствием в восстановлении фертильности хирургическим методом является послеоперационный рецидив спаечного процесса.

По мнению С. Н. Давыдова (1977), В. И. Кулакова (2001), при лечении трубного бесплодия не следует ограничиваться только мероприятиями, направленными на восстановление проходимости труб, необходимо вначале устранить анатомические изменения, затем — функциональные.

Несмотря на то, что в последние годы разработано множество методов профилактики спаечного процесса после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, эффективность их остается недостаточной.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Усовершенствовать методику лечения и реабилитации больных после лапароскопических реконструктивно-пластических операций на маточных трубах.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование и лечение 103 женщин, имевших бесплодие трубно-перитонеального происхождения и перенесших лапароскопические консервативно-пластические операции на маточных трубах. При формировании больных в группы использовались определенные критерии включения и исключения.

Критерии включения:

1. Репродуктивный возраст.

2. Трубно-перитонеальное бесплодие, подтвержденное специальными методами.
3. Фертильная спермограмма мужа.
4. Возможность проведения операции лапароскопическим способом.

Критерии исключения:

1. Аномалии развития половых органов.
2. Бесплодие у мужа.
3. Выраженный спаечный процесс в малом тазу.
4. Сактосальпинксы маточных труб.



Рис. Дизайн исследования

Всем пациенткам проводилось **общеклиническое обследование** (рис.), которое включало подробный сбор анамнестических данных, выявление сопутствующей экстрагенитальной патологии, изучение характера менструального цикла и генеративной функции. Также подробно изучался гинекологический анамнез с целью выяснения перенесенных воспалительных заболеваний половых органов и оперативных вмешательств на органах малого таза.

Проведен анализ давности и характера течения основной патологии — трубно-перитонеального фактора бесплодия, проводимого ранее консервативного лечения и его длительности. Наряду с этим учитывались продолжительность дооперационного пребывания больных в стационаре, длительность операции, объем оперативного вмешательства. Проводилось сравнение продолжительности послеоперационного

периода и его течения в обеих группах, характера температурной реакции в раннем послеоперационном периоде.

Всем больным до и после операции проводилось общеклиническое обследование согласно требованиям по стандарту. Для решения поставленных задач выполнялись **специальные исследования**.

С целью исключения эндокринной причины бесплодия выполнялись **гормональные исследования** с помощью радиоиммунологических анализов (РИА) — определение в плазме крови гонадотропных гормонов (пролактин, лютеинизирующий гормон, фолликуло-стимулирующий гормон, тестостерон) на 5—7-й день менструального цикла. Кроме этого проводилось измерение базальной температуры тела по общепринятой методике.

С целью оценки степени проходимости маточных труб и их функционального состояния использовался **метод кимопертубации**, однако этот метод обладает некоторыми недостатками, такими как отсутствие достоверных данных о состоянии маточных труб. В связи с чем всем пациенткам проведен рентгенологический метод исследования — **гистеросальпингография** по общепринятой методике, с использованием водорастворимых контрастов (урографин). **Оценку состояния маточных труб во время лапароскопии** производили путем непосредственного осмотра внутренних половых органов с введением в матку окрашенной жидкости (метиленовый синий, индигокармин) — **хромосальпингоскопии**.

Для оценки степени выраженности спаечного процесса использовалась классификация Hulka (1968), который выделяет четыре степени распространения спаечного процесса: 1-я степень — спайки минимальные, весь яичник доступен визуализации; 2-я степень — спайками замаскировано менее 50 % яичника; 3-я степень — более 50 % яичника; 4-я степень — яичник не визуализируется. С целью контроля за состоянием маточных труб в раннем послеоперационном периоде (на 2—3-и сутки) и динамики воспалительного процесса использовался метод **динамической лапароскопии** с хромосальпингоскопией и наложением контрольного гидроперитонеума.

Для определения состояния маточных труб в раннем послеоперационном периоде использовался **гидротубации**. Операционная травма сопровождается возбуждением гипоталамо-гипофизарной системы с последующей активацией симпатико-адреналовой системы и надпочечников. В связи с этим проводился ряд исследований, направленных на **изучение состояния вегетативной нервной системы у обследуемых больных**.

Методика лечения. В процессе лечения всем пациенткам произведены лапароскопические операции, 52 из них (группа сравнения) в пред- и послеоперационном периодах проводилось традиционное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

Пациенткам основной группы (51 чел.) в предоперационном периоде проводилась противовоспалительная терапия с учетом инфекционного обследования, которая продолжалась интраоперационно и в послеоперационном периоде. Во время операции осуществлялось разъединение спаек, сальпингостомия и фимбриопластика маточных труб, а при обнаружении эндометриоидных очагов — их коагуляция с последующим назначением агонистов-гонадотропинов на 6 месяцев с лечебно-динамической лапароскопией. В раннем (с 2—3 суток) послеоперационном периоде осуществлялись: динамическая лапароскопия, гидротубации, квантовая терапия с назначением физиотерапевтических процедур.

Результаты наблюдений за послеоперационным периодом больных группы сравнения показали, что одним из факторов, снижающим результат лечения, является обострение инфекционного воспалительного процесса женских половых органов.

В связи с чем в периоперационном периоде нами проводилась антимикробная терапия с учетом результата инфекционного обследования больной до начала лечения.

Л. В. Адамян (1996) и Г. М. Савельева (2000) экспериментально и клинически доказали, что послеоперационные спайки начинают формироваться в ближайшие часы после операции. Полученные при проведении динамической лапароскопии данные показали, что через 24 часа уже есть фибриновые спайки. С целью их профилактики нами был использован метод наложения искусственного гидроперитонеума в конце операции. В качестве раствора был выбран полиглюкин, обладающий профилактическим образованием фибриновых спаек, препятствуя соединению тканей в послеоперационном периоде.

По данным Т. Я. Пшеничниковой (1991), у подавляющего большинства больных с анатомически измененными маточными трубами вследствие перенесенного сальпингита причиной возникновения спаек является экссудат, истекающий из фимбриальных отделов маточных труб в период острого течения процесса, приводящий к образованию гидросальпинкса. По мнению Т. Я. Пшеничниковой и соавторов (1991), послеоперационный период сходен с атаккой воспалительного процесса, поэтому нами с целью отторжения экссудата из маточных труб использовался метод гидротубаций с раствором полиглюкина в течение 2—3 дней послеоперационного периода.

Исследования В. И. Кулакова (2001) показали, что у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием имеются серьезные нарушения микроциркуляции в сосудистом бассейне органов малого таза, поэтому у данного контингента больных восстановительное лечение, позволяющее нормализовать микроциркуляцию, является патогенетически обоснованным, дает возможность повысить эффективность эндоскопических операций.

Поэтому улучшение микроциркуляции в послеоперационном периоде у больных с трубно-перитонеальным бесплодием является патогенетически обоснованным. С этой целью мы использовали ряд медикаментозных и немедикаментозных средств. Из медикаментозных препаратов мы использовали средства, действие которых направлено на улучшение реологических свойств крови — трентал и реополиглюкин внутривенно в течение первых трех суток послеоперационного периода, в дальнейшем назначался препарат для перорального применения — курантил.

Из немедикаментозных средств мы использовали ультразвук и квантовую терапию в течение 4—5 дней, начиная с первых суток после операции. Действие лазерного излучения на организм проявляется множественными эффектами: противовоспалительным, активацией микроциркуляции и снижения перекисного окисления липидов, анальгезирующим воздействием, выраженной стимуляцией иммунного ответа, а также рефлексогенным действием. В результате этой интегральной реакции происходит повышение уровня жизнедеятельности организма, его резистентности к неблагоприятным факторам [2, 3].

Мы использовали аппарат «РИКТА», который выпускается ЗАО «МИЛТА-ПКП ГИТ», рекомендованный к применению в медицинской практике Минздравом Российской Федерации в 1993 году.

Проведение лазеротерапии в послеоперационном периоде

День	Зона воздействия	Частота, Гц	Экспозиция, мин
1 день (I сутки)	Зона верхушечного толчка сердца	5 5 5 1000 50	5 5 по 5 5 по 2
	1 – проекция матки		
	2 – проекция придатков		
	3 – вагинально		
	6, 7 – проекция пояснично-крестцового сплетения L ₄ -S ₅		
2 день (II сутки)	Зона верхушечного толчка сердца	5 50 50 1000 50	5 5 по 5 5 по 2
	1 – проекция матки		
	2 – проекция придатков		
	3 – вагинально		
	6, 7 – проекция пояснично-крестцового сплетения L ₄ -S ₅		
3 день (III сутки)	Зона верхушечного толчка сердца	50 5 5 1000 50	по 1 5 по 5 5 по 2
	1 – проекция матки		
	2 – проекция придатков		
	3 – вагинально		
	6, 7 – проекция пояснично-крестцового сплетения L ₄ -S ₅		
4 день (IV сутки)	5 – проекция бедренных сосудов	50 50 50 1000 50	по 5 5 по 5 5 по 2
	1 – проекция матки		
	2 – проекция придатков		
	3 – вагинально		
	6, 7 – проекция пояснично-крестцового сплетения L ₄ -S ₅		
5 день (V сутки)	5 – проекция бедренных сосудов	5 5 5 1000 50	по 5 5 по 5 5 по 2
	1 – проекция матки		
	2 – проекция придатков		
	3 – вагинально		
	6, 7 – проекция пояснично-крестцового сплетения L ₄ -S ₅		

С целью профилактики спаечного процесса нами была использована методика динамической лапароскопии, производимой на 2—3-и сутки послеопераци-

онного периода. По нашему мнению, динамическая лапароскопия позволяет проводить активную санацию органов малого таза и лизис образующихся спаек, добиваясь ликвидации свежих перитубарных спаек и проводить хромосальпингоскопию в динамике.

Таким образом, предложенный нами комплекс ранней реабилитации больных трубным бесплодием после лапароскопических операций состоит из следующих компонентов.

- Противовоспалительная терапия в периоперационном периоде.
- Проведение лапароскопической операции по восстановлению проходимости маточных труб, хромосальпингография и гидроперитонеум с раствором полиглюкина (200 мл), при необходимости коагуляция эндометриоидных очагов.
- Гидротубации с раствором полиглюкина на 3, 4 и 5-е сутки послеоперационного периода.
- Назначение ультразвука и квантовой терапии с первых суток послеоперационного периода по разработанной нами схеме.
- Препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологию крови (трентал, реополиглюкин, курантил).
- Динамическая лапароскопия, хромосальпингография и искусственный гидроперитонеум раствором полиглюкина (200 мл) на 2—3-и сутки послеоперационного периода.
- При обнаружении эндометриоза назначение агонистов-гонадотропинов на 6 месяцев с контрольной лечебно-динамической лапароскопией.
- Проведение дальнейшей реабилитации на следующий менструальный цикл со вторым курсом квантовой терапии.

Всем больным через месяц после выписки из стационара был проведен курс физиолечения с 12—14-го дня менструального цикла в течение 10—14 дней с применением физиопроцедур и квантовой терапии в основной группе.

Все специальные методы исследования повторялись через 1 месяц после операции, а контрольная кимопертубация и метросальпингография через 2 месяца после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате этого лечения у 47 из 51 (90,4 %) пациенток основной группы при контрольной кимопертубации определялся нормальный тонус и перистальтика маточных труб, а в группе сравнения нормальный тонус и перистальтика маточных труб определялась у 29 из 51 больной (56,9 %).

В группе сравнения в послеоперационном периоде на фоне физиолечения отмечалось обострение воспалительного процесса придатков матки у 17 из 52 больных (32,7 %).

Динамическая лапароскопия, произведенная на 2-е сутки послеоперационного периода у больных основной группы, показала, что в 80 % случаев отмечались свежие перитубарные спайки, которые во время динамической лапароскопии разрушались, проводилась контрольная хромосальпингоскопия, после чего был наложен гидроперитонеум с раствором полиглюкина.

Метод Second-look в раннем послеоперационном периоде выявил, что у 8 больных, у которых во время основной операции спаечный процесс по классификации Hulka был I степени, не было зарегистрировано свежих перитубарных спаек. При контрольной хромосальпингоскопии маточные трубы оставались проходимы у всех 8 больных.

У всех больных со II степенью распространения спаечного процесса (25 человек) отмечались свежие перитубарные спайки, всем проводилось разрушение спаек в области послеоперационной раны. При контрольной хромосальпингоскопии у 13 из 25 (55 %) человек ампулярные отделы маточных труб были закрыты свежими спайками. Проводилось восстановление проходимости маточных труб.

Еще большие изменения наблюдались у больных с III и IV степенью выраженности спаечного процесса (18 человек). У 11 из 18 (61,1 %) больных выявлено рецидивирование гидросальпинксов, что требовало повторного восстановления анатомии.

Лечение с включением динамической лапароскопии, квантовой терапии, гидротубаций и физиотерапевтических процедур в раннем послеоперационном периоде обеспечило полное восстановление проходимости маточных труб у 47 из 51 женщин, у 4 пациенток наступила частичная проходимость маточных труб, подтвержденная метросальпингографически.

Эффективность лечения подтверждено наступлением беременности через 3 месяца после лечения у 17 из 52 больных (32,7 %). В группе сравнения за этот период беременность не зарегистрирована. Всем 51 больной потребовался этап реабилитации.

Лечебно-динамическая лапароскопия, проведенная у больных с эндометриозом через 6 месяцев лечения, показала наличие единичных гетеротопий у 5 из 15 больных (33,3 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предложенная методика обеспечила:

1. Более благоприятное течение послеоперационного периода, что выражено в отсутствии обострения воспалительного процесса в основной группе.

2. Динамическая лапароскопия, проведенная в основной группе на 2-е сутки послеоперационного периода, показала целесообразность ее применения в профилактике спаечного процесса в послеоперационном периоде.

3. Ранняя послеоперационная поликвантовая терапия и динамическая лапароскопия обеспечила восстановление проходимости маточных труб у 92,2 % больных, с наступлением беременности у 32,7 % женщин в первые 3 месяца от начала лечения.

Полученные нами результаты исследований позволяют считать, что применяемая нами методика обеспечивает восстановление проходимости маточных труб, а также достаточно высокую частоту наступления беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беженарь В. Ф., Максимов А. С. // Журнал акушерства и женских болезней. — 1999. — № 3. — С. 48—53.
2. Козлов В. И. // Лазерная медицина. — 1997. — № 1. — С. 6—23.
3. Кореланов В. И. Лазерная терапия в акушерстве, гинекологии, урологии, нефрологии и прокто-

логии / Методическое пособие для врачей. — М., 1999. — 38 с.

4. Кулаков В. И. // Акуш. и гин. — 2002. — № 5.
5. Кулаков В. И., Адамян Л. В. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М., 2005. — С. 3.
6. Лапароскопия в гинекологии / Под ред. Г. М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР Медицина, — 2000. — С.187—228.
7. Хусаинова В. Х., Федорова Т. А., Волков Н. И. // Гинекология. — 2003. — № 5. — С. 58.
8. Mage G., Wattiez A., Canis M., Pouly J. L., Manhes H. // Contracept-Fertil-Sex. — 1997. — № 25 (7—8). — P. 582—584.

Контактная информация

Ткаченко Людмила Владимировна — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: tkachenko@volgodom.ru

УДК 616-082:614.2:301

ПРИМЕНЕНИЕ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю. М. Токарева, В. М. Чижова

Кафедра социальной работы ВолГМУ

Факторный анализ действенен для оценки различных явлений, его применение возможно и для оценки качества медицинских услуг. Для анализа медицинской помощи необходимо учитывать следующие факторы: кадровые ресурсы, финансовые ресурсы, материально-техническое обеспечение, эффективность технологии работы. Одним из видов факторного анализа является SWOT-анализ. Технология SWOT-анализа подразумевает разделение всех параметров по 4 факторам: силы, слабости, возможности и угрозы. Эффективность применения SWOT-анализа в здравоохранении заключается, в первую очередь, в описании реальной ситуации организации, а также характеризует влияние на нее внешней среды.

Ключевые слова: факторный анализ, SWOT-анализ, качество медицинской помощи, эффективность, внешние факторы, внутренние ресурсы.

FACTOR ANALYSIS APPLICATION FOR EXAMINE MEDICAL CARE QUALITY

Yu. M. Tokareva, V. M. Chizhova

Factor analysis is using for examining different phenomenon, including medical care quality. For making medical care analysis it is necessary to take into consideration such factors as: cadres reserve, finance reserve, hardware, efficacy of the technology. SWOT-analysis technology separate all characteristics into 4 factors: strengths, weakness, opportunities, threats. SWOT-analysis is effective because it includes organization position and characterizes influence of the extraneous factors.

Key words: factor analysis, SWOT-analysis, medical care quality, efficacy, extraneous factor, inside reserve.

На современном этапе реформирования здравоохранения в нашей стране первоочередная роль отводится улучшению медицинского обслуживания населения. Решение этой задачи возможно лишь на основе создания эффективной системы управления качеством медицинской помощи и ресурсами каждого лечебно-профилактического учреждения.

В условиях существовавшей ранее системы государственного здравоохранения развивался преимущественно внутриведомственный контроль качества медицинской помощи. Субъектами контроля выступали, как правило, органы управления здравоохранением и руководители медицинских учреждений, другими словами, система сама следила за качеством своей работы. В этих условиях изучение каче-