

этапе настоящего исследования 22 пациенткам (1-я группа) проводилась контрольная диагностическая ЛС. На втором этапе данной работы 50 пациенткам (2-я группа) проводилась фертилоскопия, а при затрудненной визуализации органов малого таза, либо при необходимости проведения хирургической коррекции выявленной патологии – ЛС. Таким образом, в настоящем исследовании трансабдоминальная лапароскопия явилась референтным методом. Оценивалась чувствительность, специфичность и диагностическая точность вышеуказанных методов для выявления спаечного процесса в малом тазу и при оценке проходимости маточных труб. Расчет проводился с помощью построения четырехпольных таблиц.

Результаты. Установлена высокая диагностическая информативность трансвагинальной лапароскопии (ТВГЛ) при диагностике трубно-перитонеальных факторов бесплодия и проходимости маточных труб, сопоставимая с результатами трансабдоминальной лапароскопии. Так, при проведении ТВГЛ органы малого таза хорошо визуализировались в

95,5 % случаев и лишь в 4,5 % визуализация не удалась из-за выраженного спаечного процесса в малом тазу, подтвержденного результатами лапароскопии. При ТВГЛ хорошо визуализировались униполярные плоскостные спайки, а при ЛС – биполярные спайки в области брыжейки маточных труб. Сравнительное изучение чувствительности, специфичности вышеперечисленных методов продемонстрировало высокую частоту диагностических ошибок при интерпретации результатов ГСГ, Эхо-Гсс, точность этих методов не превышала 57 – 68 %. Диагностическая точность ТВГЛ составила 92 – 96 %, максимально соответствовала данным ЛС.

Закключение. Таким образом, высокая диагностическая точность при оценке состояния органов малого таза и выявления спаечного процесса в малом тазу, малая инвазивность и простота выполнения позволяют рекомендовать фертилоскопию в качестве скрининг-метода при обследовании пациенток с бесплодием неясного генеза.

Балакшина Н.Г., Кох Л.И.

СГМУ, Областная клиническая больница, Томск, Россия

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Актуальность исследования. Проблема диагностики и лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ) остаётся актуальной.

Цель настоящего исследования: изучить качество оказания помощи больным с ГВЗПМ на догоспитальном и госпитальном этапах.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 120 пациенток с различными клиническими формами ГВЗПМ, поступивших в гинекологическое отделение ОКБ. Средний возраст составил $29 \pm 0,3$ лет. Все пациентки поступили в экстренном порядке: по направлению женской консультации (ЖК) 30 %, скорой помощью (СП) доставлено 54 %, в порядке самообращения – 16 %. Длительность заболевания до обращения за медицинской помощью была от нескольких часов до 2-х недель. На догоспитальном этапе 30 % больных принимали противовоспалительное лечение: антибактериальные, антигистаминные препараты, витамины, местное лечение в виде тампонов и ректальных свечей. При поступлении больных в приемное отделение ОКБ отмечено расхождение диагноза направления с клиническим в 50 % случаях: внематочная беременность (25 %), киста яичника (10 %), аппендицит (10 %), почечная колика (5 %).

Результаты исследования. После проведенного всестороннего обследования (жалобы, анамнез, лабораторно-клинические методы, УЗИ органов ма-

лого таза, диагностическая лапароскопия, пункция брюшной полости через задний свод) были установлены различные формы ГВЗПМ: пельвиоперитонит на фоне острого двустороннего аднексита (30 %); обострения хронического двухстороннего аднексита (9 %); tuboовариальных образований (28 %); абсцессов малого таза (33 %). Консервативное лечение получили 35 % пациенток со следующими клиническими формами заболеваний: острый аднексит (13 %), обострение хронического аднексита (13 %), tuboовариальные воспалительные образования (9 %). Комплекс консервативной терапии включал: антибактериальную (традиционно или лимфотропно), десенсибилизирующую, обезболивающую, дезинтоксикационную, комплекс витаминов, биостимуляторы, антиоксиданты, местное лечение, новокаиновые блокады, физиолечение. Хирургическое лечение проводилось у 65 % больных при перитоните на фоне острого аднексита (8 %), обострения хронического аднексита (4 %), tuboовариального воспалительного образования (19 %), tuboовариального абсцесса (34 %). В течение первых суток прооперированно 65 % женщин, через 2 – 3 суток – 26 %, свыше 3-х суток – 9 %. Объем оперативного вмешательства был следующий: чревосечение, ревизия органов брюшной полости, санация и дренирование (14 %); ревизия органов

брюшной полости, удаление придатков матки с одной стороны, дренирование (41 %); лапароскопическая санация и дренирование малого таза (22 %), удаление придатков матки, санация и дренирование лапароскопическим доступом (23 %). Все пациентки получали вышеописанный комплекс консервативного лечения с использованием антибиотиков, обезболивающих средств, проводилась профилактика пареза кишечника, физиолечение, эфферентные методы (ПФ, ГБО, УФО крови). Средняя длительность лечения в стационаре при консервативном лечении составила $15 \pm 0,3$ к/д, при хирургическом лечении – $18 \pm 0,7$ к/д.

Выводы. Таким образом, осложнённые формы

ГВЗПМ преобладали у женщин репродуктивного периода. Диагностические ошибки на догоспитальном этапе были в 48 % случаев, на госпитальном – в 11 %. У 40 % пациенток преобладали интоксикационный и абдоминальный синдромы, у 60 % – локальный перитонит. Пациентки с атипичными и стертыми клиническими признаками заболевания поступали в стационар несвоевременно с запущенными формами воспалительного процесса, что обуславливало трудности установления правильного диагноза, длительное амбулаторное лечение в ЖК и расширение объёма оперативного вмешательства.

Кира Е.Ф.

Национальный медико-хирургический центр
им. Н.И. Пирогова МЗиСР РФ, Москва, Россия

ЭВОЛЮЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ

Цель: Показать основные этапы становления, современного состояния и перспективных направлений развития репродуктивной хирургии в гинекологии.

Материалы и методы. Основой данного сообщения послужили клинические исследования > 350 женщин с трубно-перитонеальным бесплодием (проведен сравнительный анализ результатов применения макро-, микрохирургической и лапароскопической техники при выполнении пластических операций на маточных трубах, а также оценены результаты применения трансцервикальной реканализации фаллопиевых труб при лечении их проксимальной окклюзии), а также клиничко-экспериментальные результаты операций на животных (крольчихи) и анализ доступной специальной литературы.

Результаты. Репродуктивную хирургию (РХ) условно можно разделить на два направления: 1) хирургию репродуктивных органов – это оперативное лечение различных заболеваний органов репродуктивной системы женщины и 2) хирургию бесплодия. Цель РХ: сохранение и восстановление целостности органов репродуктивной системы с сохранением (восстановлением) основных специфических функций – детородной, эндокринной, половой, а также – менструального цикла. Исходя из того, что бесплодие – не болезнь, а дисфункциональное состояние, обусловленное рядом заболеваний, при которых наступление беременности становится невозможным, РХ – это хирургическое (оперативное) лечение болезней, обуславливающих нарушения функции воспроизводства, то есть – фертильности.

Наступление родов после микрохирургических операций на маточных трубах отмечено в 5 % случаев, микрохирургических и лапароскопических – соот-

ветственно в 40 % и 50 %, реканализации проксимального отдела труб – в 36 %, после ЭКО – в 25 %.

Заключение. Эволюция РХ претерпела путь от простых операций, восстанавливающих чисто механическую проходимость маточных труб, удаление опухолей, препятствующих наступлению беременности, до современных высокотехнологичных операций с применением высокоточных оптических систем, ультрапрецизионных инструментов, шовного материала, способствующих восстановлению анатомической и функциональной целостности репродуктивного аппарата.

Миниинвазивные и неинвазивные методы – эмболизация маточных артерий, фокусированная ультразвуковая абляция миоматозных узлов – это современная РХ в гинекологии.

Экспериментальные (в том числе и наши) и клинические исследования в разных странах позволяют человечеству вплотную приблизиться к пересадке матки и ее придатков как жизненно важным органам в реализации репродуктивной функции. На пути выполнения этого этапа РХ стоит много этических, правовых, научных и практических вопросов. Кому может быть показана трансплантация матки и яичников, нужна ли трансплантация в гинекологии, какие органы могут быть пересажены, каковы нравственные, этические и правовые аспекты трансплантации в гинекологии, каковы в этом отношении становятся репродуктивные права супружеских пар и отдельных лиц, выполняема ли технически трансплантация матки, возможны ли в последующем восстановление менструального цикла и детородной функции, каковы материальные затраты? Пока в настоящее время вопросов больше, чем ответов.