

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 макрохирургических 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.