

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КИРА Е.Ф., БЕЖЕНАРЬ В.Ф.,  
БЕРЛЕВ И.В.

Кафедра акушерства и гинекологии  
Военно-медицинской академии,  
Санкт-Петербург

## ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

**Авторы на основании литературных данных и по результатам собственных исследований представляют детальный анализ эффективности и целесообразности использования эндовидеохирургических методов диагностики и лечения в гинекологической практике.**  
**Рассмотрены показания, противопоказания, особенности методических подходов при использовании указанных методов при неотложных состояниях и в плановой гинекологии. Определены перспективные направления развития новых технологических подходов в современной оперативной гинекологии.**

Замысел осмотреть органы брюшной полости с помощью введения в нее осветительных приборов появился в начале нашего столетия, и первым, осуществившим его на практике, был выдающийся отечественный акушер-гинеколог, приват-доцент кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургской Военно-медицинской академии Дмитрий Оскарович Отт. Совершенствуя влагалищное чревосечение, он вводил через операционную рану в брюшную полость электрическую лампочку, что давало возможность осматривать прилежащие органы. Автор назвал данный метод *вентроскопией* и сделал сообщение о его применении на заседании Санкт-Петербургского общества акушеров-гинекологов 19 апреля 1901 г.

Метод Д.О.Отта в дальнейшем видоизменялся и совершенствовался. Название метода было различным: *вентероскопия*, *цилиоскопия*, *пельвиоскопия*, *перитонеоскопия*, *органоскопия*, *абдоминоскопия*, *кульдоскопия*. Сегодня метод известен и признан в мире как *лапароскопия*.

В нашей стране о применении лапароскопии в диагностике заболеваний брюшной полости упоминали в своих сообщениях в основном хирурги. А.С.Орловский (1920) широко использовал лапароскопию при туберкулезном перитоните, А.М.Аминев (1937) – при различных хирургических заболеваниях органов брюшной полости, Т.А.Орлов (1947) разработал метод лапароскопии без предварительного наложения пневмoperitoneума. Е.Д.Можай-

ский (1959) внедрил в практику седативную смесь для обезболивания при исследовании. А.С.Логинов (1969), совершенствуя лапароскопию при различных заболеваниях печени и других органов брюшной полости, разработал оригинальный метод интраперitoneальной радиоизотопной диагностики патологического очага. В отечественной литературе лапароскопии посвящен ряд крупных монографий [Т.А.Орлов, 1947; А.М.Аминев, 1948; А.С.Логинов, 1969].

Большое значение для развития лапароскопии имели работы зарубежных ученых – Келлинг (Kelling, 1902), Якобеус (Jacobaeus, 1910), Орндофф (Orndoff, 1920), Андерсон (Anderson, 1937), Кальк и Вильдхирт (Kalk, Wildhirt, 1962), Виттман (Wittman, 1966) и др. Основоположником лапароскопии как клинического метода исследования по праву считается Н.Кальк. В его работах описаны показания и противопоказания к осмотру внутренних органов методом лапароскопии, представлены возможные осложнения и их профилактика.

Начиная с 60-х годов в литературе появился ряд работ по применению лапароскопии в диагностике гинекологических заболеваний. Особенно бурным развитием хирургических эндоскопических методов ознаменовались последние 20 лет. В настоящее время разработаны высококачественные варианты документации эндоскопической картины с помощью видеосъемки и фотографирования. Большое значение имело

Журнал  
акушерства  
и женских  
болезней



*введение в практику эндохирургии видеомониторов, которые дали возможность в увеличенном виде визуализировать органы брюшной полости и прослеживать проводимые манипуляции.*

*Существенное влияние на развитие отечественной эндоскопии оказали две школы, созданные в Европе: школа профессора К.Сетт (Кильский университет, Германия) и школа профессора М.Брухат (Университетская клиника в Клемон-Ферране, Франция).*

*Сегодня в России все более широкое распространение находит как диагностическая, так и оперативная лапароскопия. Потом во всех научно-исследовательских центрах, институтах, во многих университетах и медицинских вузах страны применяется оперативная лапароскопия и совершенствуется ее методика. Трудно переоценить значимость лапароскопии для диагностики и лечения таких заболеваний, как внематочная беременность, опухоли яичников, миома матки, малые формы эндометриоза и эндометриоз яичников, трубно-перитонеальные формы бесплодия, лечение несостоятельности мышц тазового дна и пролапсов. Широко используются эндоскопические методы для стерилизации. Важное значение имеют работы по использованию эндоскопии при неотложных состояниях в гинекологической практике.*

*Наряду с лапароскопией в гинекологической практике широко применяются кольпоскопия, цистоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, а также гистероскопия и тубоскопия.*

*С момента первой гистероскопии, произведенной Pantaleoni в 1869 г. с помощью цистоскопа, эта диагностическая процедура претерпела невероятные изменения. Благодаря современным достижениям – использованию видеомониторов, фиброволоконной оптики, резектоскопов – не только повысилось качество диагности-*

*ки, но и появилась возможность для гистероскопической хирургии: резекции полипов, субмукозных миоматозных узлов, прицельного удаления плацентарной ткани и плацентарных полипов после абортов и родов, рассечения сенехий, проведения тубоскопии, резекции слизистой матки и др.*

### **Возможности эндовидеохирургии в неотложной гинекологии**

*В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что лапароскопия является ведущим методом диагностики и лечения в ургентной хирургии брюшной полости. В последние годы в неотложной гинекологии, как за рубежом, так и в нашей стране, диагностическая и оперативная лапароскопия находит все большее применение [Бреусенко В.Г., 1983; Савельева Г.М., 1996; Штыров С.В., 1996; Bassil S. et al., 1991; Bourdouris O. et al., 1987].*

*Показаниями к проведению диагностической лапароскопии в ургентной гинекологии являются подозрения на:*

- 1) эктопическую (трубную) беременность;
- 2) апоплексию яичника;
- 3) перекрут ножки опухоли яичника;
- 4) разрыв цистаденомы яичника или тиосальпинкса;
- 5) абсцессы в области малого таза;
- 6) острое воспаление придатков матки при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 12-48 часов;
- 7) перфорацию матки;
- 8) наружный эндометриоз и/или эндометриоидные кисты;
- 9) потерю ВМС;
- 10) проведение дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

*Наиболее часто встречающимся заболеванием в ургентной гинекологии, требующим возможно более быстрой постановки диагноза, является **эктопическая***

**беременность.** При дифференциальной диагностике между внemаточной беременностью и другой патологией, сопровождающейся похожей клинической картиной (воспалительные заболевания придатков матки, дисфункциональные маточные кровотечения, апоплексия яичника и др.), как правило, пациенткам проводят комплексное обследование, включающее УЗИ органов малого таза, пункцию брюшной полости через задний свод влагалища, гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание матки, анализ мочи на хорионический гонадотропин (ХГ). Однако все указанные методы имеют различную чувствительность и специфичность, что не позволяет исключить эктопическую беременность. В связи с этим пациенткам с подозрением на внemаточную (трубную) беременность показано применение лапароскопии как с диагностической, так и с лечебной целью.

*Лапароскопия помогает не только достоверно установить диагноз внemаточной беременности, но и определить четкую локализацию плодного яйца, диаметр беременной маточной трубы, величину кровопотери. Объем хирургического лечения при внemаточной беременности зависит от нескольких факторов. Условием для туботомии являются размеры плодного яйца, не превышающие в среднем 2.5 см, отсутствие признаков прорастания ворсин хориона в интиму маточной трубы, заинтересованность пациентки в сохранении репродуктивной функции. При отсутствии данных показаний производится тубэктомия. Лапароскопическое лечение пациенток с замершей и особенно нагноившейся трубной беременностью технически сложнее из-за имеющего место спасчного процесса. Продолжительность лапароскопической тубэктомии в типичных случаях составляет 30-35 мин.; при необходимости проведения адгезиолиза, туботомии - 40-60 мин.*

В нашей клинике за два последних года лапароскопические операции по поводу внематочной беременности выполнены у 39 женщин. Средний возраст пациенток составил  $25.4 \pm 0.1$  года. Интраоперационно у 28 больных (71,7%) установлена локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, у 10 (25,6%) в ампулярном и у 1 женщины (2,6%) в интрамуральном. У 7 женщин (17,9%) имелись признаки нарушенной ЭБ, причем у 4 из них по типу трубного аборта и у 3 – разрыва маточной трубы в интерстициальном отделе.

При выборе метода хирургического лечения учитывали общее состояние пациентки, ее желание в дальнейшей реализации репродуктивной функции, объем кровопотери, локализацию плодного яйца, морфологические изменения маточной трубы при нарушенной беременности.

Мы выполняли туботомию при ненаруженной трубной беременности (ТБ) с локализацией плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы (МТ). В случаях определения плодного яйца в ампулярном отделе МТ нами использовался метод вакуум-аспирации. У двух женщин с нарушенной ТБ и наличием выраженных морфологических изменений МТ (имбибция кровью, наличие гематомы мезосальпинкса) выполнена тубэктомия. У одной пациентки (2,5%) в связи с тяжелой кровопотерей (1800 мл) произведена конверсионная лапаротомия.

Таким образом, при определенных условиях использование методов эндovideoхирургии в лечении трубной беременности позволяет сохранить функцию маточной трубы.

Другой наиболее распространенной патологией в экстренной гинекологической практике являются различные формы **апоплексии яичника**. При осмотре органов малого таза во время лапароскопии у больных можно обна-

ружить разрыв кисты желтого тела яичника, разрыв фолликулярной кисты, стигмы овуляции. Объем оперативного вмешательства у пациенток с небольшой кровопотерей ограничивается удалением сгустков крови и адгезией брюшной полости при отсутствии продолжающегося кровотечения из места разрыва яичника. Важным является интраоперационное выполнение биопсии яичника для последующего гистологического исследования с целью определения характера образования. При выявлении цистаденомы производится лапароскопическая резекция яичника и монополярная коагуляция места его разрыва. Пребывание пациенток в стационаре с апоплексией яичника после лапароскопии составляет в среднем 2-3 дня.

Несмотря на прогресс в развитии новых медицинских технологий, не теряет своей актуальности проблема **острых воспалительных заболеваний придатков матки (ОВЗПМ)**. Эта проблема приобретает еще большую значимость в связи с тем, что основную часть пациенток с данным видом патологии составляют женщины репродуктивного возраста, не реализовавшие свою детородную функцию.

В течение длительного времени ОВЗПМ считались абсолютным противопоказанием к проведению лапароскопии, однако в последние десятилетия была доказана целесообразность проведения эндоскопических методов диагностики и лечения при данной патологии [Henry-Suchet J., Gayraud M., 1977; Henry-Suchet J., Tesquier L., Berthet J., 1992]. Современные эндоскопические методы диагностики и лечения позволили в значительной мере оптимизировать терапию ОВЗПМ, в том числе у пациенток с явлениями «острого живота».

Больным с острым воспалением придатков матки при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 12-48 часов показано проведение диагности-

ческой лапароскопии с целью определения характера последующего оперативного вмешательства, выбора адекватной терапии, а также получения экссудата из брюшной полости для бактериологического исследования и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. При явлениях острого сальпингита и пельвиоперитонита производится лапароскопическая санация органов малого таза большим количеством жидкости (до 3 л физиологического раствора), интраабдоминально вводятся антибактериальные и фибрино-протеолитические препараты (фибролан). Операция завершается введением в брюшную полость дренажных трубок. При острых и подострых сальпингофоритах, сопровождающихся спаечным процессом различной степени выраженности и явлениями пельвиоперитонита, при лапароскопии проводят разделение спаек и санацию органов малого таза.

Тактика ведения больных с осложнениями ОВЗПМ (тиосальпинкс, тубоовариальные абсцессы с явлениями перитонита) требует отдельного рассмотрения. В зависимости от возраста пациенток, необходимости сохранения репродуктивной функции и выраженности анатомических изменений пораженных структур (в т.ч. отсутствия признаков диффузного перитонита) осуществляют либо вскрытие и санацию тиосальпинкса (с промыванием маточных труб растворами антисептиков), тубоовариального абсцесса, либо их удаление. Операция завершается дренированием малого таза. В раннем послеоперационном периоде с интервалом 1-2 дня показано проведение 2-3 повторных лапароскопий; при необходимости – введение лекарственных препаратов непосредственно в очаги инфекций; разделение спаек, санация брюшной полости. На всех этапах в послеоперационном периоде проводится комплексная антибактериальная, противовоспалительная,

десенсибилизирующая, инфузионная терапия.

У 5-8% пациенток, поступающих в стационар по поводу «острого живота» с выраженным болевым синдромом, лапароскопически обнаруживаются признаки **распространенного эндометриоза**. Эндометриоидные кисты разными размерами от 2 до 5 см без явлений разрыва вскрывают, производят эвакуацию содержимого и коагулируют капсулу монополярным электродом. При больших размерах кисты производят резекцию яичника в пределах здоровых тканей, а при отсутствии здоровых тканей яичника - оварио- или аднексэктомию. Пациенткам с наличием эндометриоидных гетеротопий на маточных трубах, брюшине, прядях большого сальника, петлях кишечника, диафрагме производят ванализацию, а в последующем назначают закрепляющую терапию (золадекс, дановал, гестринон, депо-провера, тамоксилен).

При лапароскопической диагностике **перекрута ножки опухоли яичника** производится удаление цистаденомы с обязательным интраоперационным осмотром макропрепарата. Наличие папиллярных разрастаний на внутренней поверхности капсулы цистаденомы служит показанием для проведения экстренного гистологического исследования препарата.

Проведение диагностической лапароскопии также показано при подозрении на перфорацию матки при проведении диагностических манипуляций (гистеросальпингография, кимографическая пертубация, диагностическое высабливание стенок полости матки), а также выполнении медицинского абORTA и потере ВМС.

Таким образом, значение эндоскопической диагностики и лечения при острых заболеваниях у гинекологических больных трудно переоценить, так как ни один из существовавших ранее методов не позволял установить безшибочный диагноз. Оптимиза-

ция лапароскопической техники является перспективным направлением в ургентной гинекологии, служит методом выбора в диагностике и оперативном лечении многих гинекологических заболеваний и обладает целым рядом неоспоримых преимуществ: малая операционная травма, меньшая продолжительность операции и наркоза, сокращение койко-дня до и после операции, более быстрая реабилитация больных и восстановление трудоспособности, косметический эффект.

### **Возможности эндовидеохирургии в плановой оперативной гинекологии**

Тогда как мир нетерпеливо ждет идеальных противозачаточных средств, дающих женщинам возможность действенно, безопасно и эстетично контролировать свою способность к деторождению, многие люди остро нуждаются в помощи, чтобы достичь зачатия, переживая мучительные трудности, порой отчаяние из-за бесплодия.

Примерно 12% супружеских пар детородного возраста бесплодны, причем в 30% случаев основной причиной бесплодия является патология маточных труб (МТ), чаще воспалительного генеза. Непосредственные изменения в трубах сводятся к полной или частичной непроходимости, поражению мышечного слоя, спаечным перитубарным изменениям, нарушениям сократительной функции труб, что по отдельности или в различных сочетаниях обуславливает нарушение или невозможность восприятия яйцеклетки, ее транспорт в матку и некоторые этапы развития при прохождении в маточной трубе.

К сожалению, по данным целого ряда авторов, результативность операций при анатомических изменениях обусловленном женском бесплодии не превышает в среднем 20%, в то время как восстановление анатомической проходимости

маточных труб достигается в 90-97% случаев [6, 26]. При этом достаточно высока частота эктопической беременности – 9-10%. Гинекологи всего мира не удовлетворены результатами лечения органических видов бесплодия традиционными методами, как консервативными, так и хирургическими. Особенно остро стоит вопрос о тех случаях, когда бесплодие связано с нарушением механизмов транспорта яйцеклетки и спермы. Однако, бурное развитие в последние несколько десятилетий инновационных медицинских методик позволяет более оптимистично смотреть в будущее.

Все большее значение в диагностике и лечении женского бесплодия приобретают эндоскопические методы, позволяя не только визуально обследовать органы малого таза, но и оценить проходимость маточных труб, их морфоструктуру, мышечную активность, перистальтику.

По мнению некоторых авторов, лапароскопия далеко опережает такой популярный метод диагностики, как ГСГ. Отдельные исследователи отводят решающую роль лапароскопии с хромосальпингоскопией при решении вопроса о выполнении реконструктивных операций на МТ. Помимо высокой информативности, лапароскопия дает возможность с минимальной травматизацией тканей произвести целый ряд манипуляций и оперативных вмешательств.

В клинике акушерства и гинекологии ВМедА за период с 1996 по 1998 гг. с помощью хирургических методов проведено лечение 196 женщин с трубно-перитонеальными формами бесплодия (ТПБ).

Нами изучены результаты лечения 61 больной в возрасте от 21 до 37 лет (в среднем  $29.7 \pm 3.5$  лет) с ТПБ, которым были выполнены микрохирургические операции на маточных трубах (1-я группа) и 78 женщин (2-я группа), прооперированных с приме-

нением лапароскопии (средний возраст  $26.7 \pm 2.4$  лет). Для сравнительного анализа эффективности микрохирургической и эндочирургической техники была выбрана аналогичная по возрасту и анамнезу группа из 57 женщин с ТПБ (3-я группа), при оперативном лечении которых применялись макрохирургические приемы.

Предоперационное обследование выполнялось по разработанному нами алгоритму и включало: 1) общее соматическое и гинекологическое обследование; 2) оценку менструальной и репродуктивной функции; 3) кимографическую пертубацию; 4) гистеросальпингографию; 5) анализ эякулята полового партнера; 6) бактериоскопическое и бактериологическое исследование, в том числе исследование на урогенитальный хламидиоз; 7) диагностическую лапароскопию и гистероскопию (по показаниям исследовали содержание гонадотропных и половых гормонов в сыворотке крови, выполняли рентгенографию черепа (турецкое седло) и назначали консультацию окулиста); 8) функциональные исследования (цитологические, КПИ).

В 1-й группе хирургические вмешательства непосредственно на трубах распределились в следующих соотношениях: сальпингонеостомия выполнена в 62,3% случаев. Неостома формировалась на свободной стороне ампулярного отдела, при значи-

тельном (более 2 см) расстоянии между неостомой и яичником производилось их сближение узловым швом; сальпинго-сальпингоанастомоз выполнен в 9,7% операций; имплантация маточной трубы в матку – в 2,9% случаев; фимбриопластика в 7,3%; в 17,8% были выполнены комбинированные операции (см. таблицу 1). Во 2-й группе сальпингонеостомия выполнялась по методу M.Bruhat (университетская клиника в Клемон-Ферране, Франция) в 71,8% случаев, фимбриопластика – в 21,8%, комбинированные операции – в 83,3%. В третьей группе структура реконструктивно-пластиических операций на МТ была следующей: сальпингонеостомия – 86,5%, имплантация МТ в матку – 6,8%, туботубарный анастомоз – 2,5% (см. таблицу).

Комплекс реабилитационных мероприятий после операции в 82,5% случаев включал проведение разработанных нами медленных ретроградных гидротубаций антиадгезивными и антибактериальными смесями с помощью инфузомата, ранней кимопертубации (на 3-4-е сутки) после операции (ДЛТБ-01, Россия), а также проведение физиотерапевтических процедур, направленных на улучшение микроциркуляции в области маточных труб и уменьшение спаечного процесса в малом тазе. Антибактериальная терапия в раннем послеоперационном периоде использовалась лишь в 15,3% случаев.

Оценка эффективности микрохирургической техники и проводимых в послеоперационном периоде реабилитационных мероприятий осуществлялась по факту наступления беременностей и их исходов, а также по исследованию проходимости маточных труб по данным ГСГ и/или кимографической пертубации спустя 0,5-2 года после оперативного лечения. При необходимости проводились дополнительные исследования.

В 1-й группе беременность наступила в 31 (50,8%) случае, из них закончилась рождением детей – 23 (37,7%), выкидышем в раннем сроке – 4 (6,5%), внemаточной беременностью – 4 (6,5%), медицинским абортом – 2 (3,3%).

Во 2-й группе беременность наступила у 12 пациенток (15,3%), в т.ч. у 5 – роды (41,6%), у 4 самопроизвольный выкидыш (33,3%), у 2 – прогрессирующая беременность (16,6%) и у 1 – внemаточная беременность (8,3%).

В 3-й группе наступило всего 3 (5,4%) беременности.

Важно отметить, что из всех наступивших беременностей 11 (36,8%) наступили в течение первого года после операции, 8 (26,3%) – на втором году и остальные 39,6% – спустя 2 года и более.

Таким образом, сравнивая результаты хирургического лечения ТБП в трех группах, можно

Объем и структура реконструктивно-пластиических операций в обследованных группах

Название операции	С использованием микрохирургической техники		С использованием эндово-деохирургии		С использованием макрохирургической техники	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сальпингонеостомия	59	62,3	56	71,8	103	86,5
Трубные анастомозы	10	9,7	0	0	3	2,5
Имплантация труб в матку	4	2,9	0	0	8	6,8
Фимбриопластика	7	7,3	17	21,8	0	0
Комбинированные операции	18	17,8	65	83,3	4	3,4
Имплантация яичника в матку	0	0	0	0	1	0,8
Всего больных:	61	100	78	100	57	100

констатировать, что микрохирургические вмешательства, произведенные в комплексе с реабилитационными мероприятиями, в 9 раз, а эндоскопические операции в 3 раза эффективнее традиционных методов. Повышение эффективности хирургического лечения ТБП может быть обеспечено при учете ряда факторов, в значительной степени определяющих исход лечения.

Накопленный опыт свидетельствует о том, что хирургическая лапароскопия является перспективным направлением в гинекологии и на сегодня служит методом выбора в диагностике и лечении многих заболеваний женских половых органов. Так, по нашим данным, средняя продолжительность пребывания в стационаре при проведении лапароскопических реконструктивно-пластикаических операций составила  $5,65 \pm 1,67$ . Эти данные свидетельствуют о значительном экономическом эффекте. Для сравнения: при лапаротомном доступе (группы 1 и 3) средняя продолжительность пребывания в стационаре -  $18,81 \pm 3,61$ . Немаловажно отметить достоверное снижение длительности операции -  $1,38 \pm 0,13$  часа ( $p < 0,05$ ).

Тем не менее очевидно, что лапароскопия в лечении ТПБ не всегда может заменить микрохирургическое вмешательство, которому следует отдавать предпочтение при выраженному рубцово-спаечном процессе III-IV ст. (классификация AFS) в полости малого таза, в случаях необходимости проведения имплантации МТ в матку или наложения сальпинго-сальпингоанастомоза. Напротив, при спаечном процессе I-II ст., окклюзии МТ в ампулярном отделе и/или сакто-сальпинксах целесообразно проведение хирургической лапароскопии. Таким образом, лапароскопия и микрохирургия являются взаимодополняющими, а иногда и конверсионными методами, дифференцированное применение которых в значительной мере будет способствовать улучшению результатов лечения ТПБ.

Все шире внедряется в повседневную практику гинекологов гистероскопия. Касательно вопросов бесплодия, этот метод исследования обладает рядом преимуществ по сравнению с рентгенологическими и ультразвуковыми методами исследования при диагностике таких форм внутриматочной патологии, как субмукозная миома матки, аденомиоз, перегородки и синехии. Дополнительные возможности открывает описанный Marana R. с соавт. (1992) способ диагностики состояния МТ путем использования микроэндоскопа при гистероскопии, который позволяет оценить характер морфологических изменений внутренней стенки МТ. Особо отмечена возможность прогнозирования трубной беременности при таковой манипуляции.

К сожалению, вопросы доступа к МТ и возможности проведения лечебных манипуляций на них при гистероскопии изучены недостаточно, тем не менее, в литературе имеются указания на применение в клинической практике гистероскопической катетеризации МТ с баллонной диллятацией в случаях проксимальной окклюзии [11]. Успех такой манипуляции, выражющийся в адекватной проходимости труб при контрольных исследованиях, наблюдался авторами в 80 % случаев; отмечены также факты наступления беременности с последующим рождением здоровых доношенных детей (без указания, однако, количества таковых).

Sakimoto T. и соавт. считают высокоэффективным метод постгистеро-или постлапароскопической катетеризации маточных труб. Он более эффективен при лечении бесплодия у женщин, страдающих эндометриозом (60% наступления беременности против 36,5 % – при других формах бесплодия) [12].

Isaacson K.B. и соавт. считают весьма эффективным методом лечения проксимальной окклюзии маточных труб реканали-

зацию катетером [10]. В 21 случае из 24, выполненных 14 пациенткам, авторы констатировали при контрольных исследованиях на протяжении 13 месяцев проходимость МТ. Беременность при этом наблюдалась у 4 (28,6 %) женщин. К сожалению, об их исходах не сообщается. Однако было отмечено наличие осложнений реокклюзии у 2 пациенток – перфорация истмического отдела маточной трубы и лихорадка (последняя была купирована в течение нескольких суток применением пероральных антибиотиков).

Подводя итог вышеизложенному, необходимо подчеркнуть, что проблема хирургической коррекции трубного бесплодия еще далеко не исчерпана. Намеченный ряд нерешенных проблем открывает перспективу для поиска новых путей повышения эффективности реконструктивно-пластикаических операций при трубном бесплодии и оптимизации подхода к его лечению.

В последние годы в нашей стране накапливается опыт суправагинальной и тотальной гистерэктомии, использование эндовидеохирургии в коррекции недержания мочи, лечения аномалий женских половых органов.

Работу современного гинекологического стационара в настоящее время невозможно представить без гистероскопии. Современная гистероскопия открыла новый раздел хирургической гинекологии – внутриматочную хирургию.

В нашей клинике с 1996 г. используется гистероскопия с фиброполоконной оптикой для диагностики и оперативных вмешательств при различных видах гинекологической патологии. Показаниями к проведению гистероскопии служат:

1. Нарушения менструального цикла в различные периоды жизни женщины.
2. Подозрение на субмукозную локализацию миоматозных узлов, аденомиоз, аномалии развития

матки, внутриматочные сенехии (синдром Ашермана), остатки плодного яйца и плаценты, наличие инородного тела, рака шейки матки, эндометрия.

### 3. Бесплодие.

4. Невынашивание беременности.

5. Необходимость контрольного исследования полости матки после операций на матке, после удаления пузырного заноса.

6. Удаление полипов, абляция эндометрия, биопсия.

## Перспективы развития эндовидеохирургии в оперативной гинекологии

Анализируя данные многочисленной литературы и опираясь на приобретенный опыт, можно определить следующие перспективные направления развития эндовидеохирургии в оперативной гинекологии:

1. Операции на матке (экстирпация матки, надвагалищная ампутация матки, лапароскопически-ассистированная влагалищная экстирпация матки и т.д.).

2. Операции при несостоятельности мышц тазового дна, сопровождающейся или несопровождающейся недержанием мочи.

3. Симультантные операции в плановой гинекологии.

4. Паллиативные и диагностические вмешательства в онкогинекологию.

5. Применение виртуальных технологий.

6. Операции при аномалиях развития и неправильных положениях женских половых органов.

Касаясь вопроса перспектив и прогнозов развития современной медицины, необходимо оговориться, что, к сожалению, многие из них, высказываемые даже самыми крупными учеными, не оправдались. Так, вскоре после открытия Флемингом антибиотиков и феноменально успешного их применения президент Международного общества хирургов I. Vezhoogem заявил, что отныне с хирургической инфекцией окончательно покончено. Увы, его сло-

ва не стали пророческими.

Хирургия за свою короткую историю пережила несколько серьезных кризисов. Н.И.Пирогов ясно ощутил кризис долистеровской хирургии, когда самые героические старания хирургов оказывались бессильными перед гнойной инфекцией. Второй кризис, обусловленный двумя крупнейшими открытиями – обезболиванием и асептикой хирургия пережила в конце 20-х годов нашего века. Однако и тогда мрачный прогноз в отношении полной исчерпанности хирургии не оправдался. С появлением анестезиологии возникла торакальная хирургия, создание инструментов для прецизионной техники породило микрохирургию, а успехи иммунологии – трансплантацию органов и тканей.

Эндовидеохирургия сегодня – это, несомненно, новая и успешная попытка выделить в общей хирургии новые разделы. Очевидно, что в ближайшее время эндовидеохирургия еще более широко распространится на новые области гинекологии, урологии, травматологии и др., однако применение ее должно быть в высшей степени разумным. Только тогда, по нашему мнению, произойдет окончательное переосмысление и эндоскопические приемы и методы прочно займут свое определенное место в оперативной гинекологии.

## ЛИТЕРАТУРА

- Бреусенко В.Г. Эндоскопия в гинекологии / Под ред. Г.М.Савельевой. – М., 1983.
- Давыдов С.Н. Основные принципы хирургического лечения трубного бесплодия // Акуш. и гинек. - 1972. - №6. - С.30 - 34.
- Логинов А.С. Лапароскопия в клинике внутр. болезней. М., 1969, 267 с.
- Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. - М.: Медицина, 1991. - 318 с.
- Савельева Г.М. Итоги и перспективы развития отечественной эндоскопии в гинекологии // Акуш. и гинек. - 1996. - N5. - С.3-5.
- Штыров С.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акуш. и гинек. - 1996. - N5. - С.29-33.
- Bassil S. et al.// J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod. - 1991. - Vol.20. - P.1063-1067.
- Bourdouris O. et al. Gynecologie. - 1987. - Vol.38. - P.173-175.
- Henry-Suchet J., Gayraud M. Adnexites non Tuberculeuses. Infection et Fecondite. - Paris, 1977. - P.1990-2130.
- Henry-Suchet J., Tesquier L., Berthet J. // Contracept. Fertil. -Sex. - 1992. - Vol.20. - P.357-362.
- Isaacson K.B., Amendola M., Banner M. et al. Transcervical fallopian tube recanalization: a safe and effective therapy for patients with proximal tubal obstruction // International Journal of Fertility. - Vol. 37, N.2. - P.106-110.
- Marana R., Muscatello P., Rizzi M.G. et al. La salpingoscopia: una nuova metodica per la valutazione del fattore tubarico di sterilità // Minerva Ginecologica. - Vol. 44, N.3. - P.93-100.
- Sakamoto T., Shinkawa T., Izena H. et al. Treatment of infertility associated with endometriosis by selective tubal catheterization under hysteroscopy and laparoscopy // American Journal of Obstetrics & Gynecology. - 1993. - Vol. 169, N.3. - P.744-747.