

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

Международный научный конгресс

**«Оперативная гинекология –
новые технологии»,**

посвященный 150-летию профессора
Дмитрия Оскаровича Отта

Санкт-Петербург, 22-24 ноября, 2005

ТОМ LIV
СПЕЦВЫПУСК
2005

2005 СПЕЦВЫПУСК

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ



Рецензируемый
научно-практический
журнал

Основан в 1887 году
в Санкт-Петербурге

ISSN 1560-4780

Z. Akus. Zen. Bolezni. (1887)

Орган акушерско-гинекологическо-
го общества Санкт-Петербурга
1887-1935

Вновь утверждена в 1997 году
при содействии
Ассоциации акушерско-гинекологов
С.-Петербурга и Ленинградской обл.,
НИИ АиГ им. Д.О. Отта РАМН,
Российской Военно-медицинской
академии МО РФ,
Северо-Западного отделения Россий-
ской академии медицинских наук

ISSN 1684-0461

Z. Akus. Zen. Bolezni. (1997, Print)

И з д а т е л ь
ООО «Издательство «Н-Д»
Ежеквартальное издание

Рекомендован ВАК для публикаций
научных работ, отражающих
основное содержание докторских
диссертаций

На обложке: богиня Юнона
(римск., греч. — Гера) — главная
богиня Олимпа. Богиня брака
и супружеских уз, помощница
беременных и родильниц.
Благословляет мать во время
рождения детей. Посылает супругам
многочисленное потомство.

Римская копия греческой
статуи работы Праксителя.
Рим. Национальный музей.

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ

- Айламазян Э.К., Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф.
**Дмитрий Оскарович Отт и его вклад в акушерство
и гинекологию** 9
- Кулаков В.И.
**Хирургическая коррекция врожденных пороков развития
плода и новорожденного** 13
- Савельева Г.М., Курцер М.А., Азиев О.В., Штыров С.В.,
Бугеренко А.Е.
**Современные взгляды на некоторые актуальные вопросы
лапароскопической хирургии в гинекологии** 16
- Адамян Л.В., Яроцкая Е.Л., Ткаченко Э.Р.
**Эндометриоз как научная, медицинская и социальная
проблема** 18

РОЛЬ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТОЧНЫХ ТРУБ

- Алиева Х.Г., Хархарова Э.Г.
**Возможности и принципы математической оценки результатов
лапароскопических операций у больных с
трубно-перитонеальным бесплодием** 21
- Лубницкая Л.В., Баканова Д.Н., Назаренко Т.А.
**Диагностическая точность фертилоскопии при обследовании
пациенток с бесплодием** 21
- Балакшина Н.Г., Кох Л.И.
**Неотложная хирургия при осложненных воспалительных
заболеваниях придатков матки** 22

Кира Е.Ф.	
Эволюция репродуктивной хирургии	
Кира Е.Ф., Лятошинская П.В., Беженарь В.Ф.	
Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия у больных с гидросальпинксами	
Чуб В.В., Шупик А.И., Климов В.А., Анистратенко С.И., Школа Л.И.	
Особенности течения беременности и родов у пациенток после лапароскопической коррекции бесплодия	
Корсаков В.С.	
Эндоскопия и ВРТ	
Караева К.Ю., Кохреидзе Н.А., Кутушева Г.Ф.	
Целесообразность использования лапароскопии у девушек-подростков с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ)	
Лятошинская П.В., Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Жемчужина Т.Ю.	
Хирургическое лечение больных с проксимальной окклюзией маточных труб	
Маркова Е.А., Кузнецова Т.А., Востриков В.В., Салфеткина С.В.	
Целесообразность обязательной комбинированной эндоскопии в повышении эффективности вспомогательных репродуктивных технологий	
Огурцов А.В., Кабешов А.М., Брянцев А.Д., Веденеева Н.В., Смирнова О.А., Арканова Е.И., Корнильчук Ю.В.	
Трансвагинальная эндоскопия: новые возможности оперативной гинекологии	
Попов А.А., Мананникова Т.Н., Кирюшкина О.Г., Чаусова Н.А., Глухов Е.Ю.	
Применение противоспаечных барьеров в репродуктивной хирургии	
Рулев В.В., Абашова Е.И., Мишарина Е.В., Потин В.В., Тарасова М.А.	
Лапароскопия в диагностике и лечении гормонального бесплодия	
Стрижелецкий В.В., Жемчужина Т.Ю., Лучкин А.Н., Хахиани Е.И., Тайц А.Н.	
Эндовидеохирургические технологии в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки	

Редакционная коллегия	
23	акад. РАМН, засл. деят. науки РФ, проф. Э.К. Адинашвили (гл. редактор); засл. деят. науки РФ, проф. М.А. Ренина (зам. гл. редактора); проф. Ю.В. Целев (зам. гл. редактора); д-р мед. наук В.Ф. Беженарь (отв. секретарь); д-р мед. наук В.М. Бобнов (отв. секретарь); проф. Т.В. Беляева; проф. Ю.А. Гуркин; проф. Н.И. Евсюкова; проф. Е.Ф. Кира; чл.-корр. РАМН, проф. В.И. Краснопольский; акад. РАМН, проф. В.И. Кулаков; засл. деят. науки РФ, проф. В.В. Потин; акад. РАМН, проф. Г.М. Савельева; проф. Г.А. Савицкий; проф. М.А. Тарасова.
24	
24	
25	

Редакционный совет	
25	Абашин В.Г. (С-Петербург) Абрамченко В.В. (С-Петербург) Арсанова О.Н. (С-Петербург) Баранов А.И. (Архангельск) Гайдуков С.Н. (С-Петербург) Константинова Н.Н. (С-Петербург) Костючек Д.Ф. (С-Петербург) 26 Низур Д.А. (С-Петербург) Новиков Б.Н. (С-Петербург) Павлова Н.Г. (С-Петербург) Радзинский В.Е. (Москва) Сивичева А.М. (С-Петербург) Сальков С.А. (С-Петербург) Серов В.Н. (Москва) 27 Сметник В.П. (Москва) Урманчеева А.Ф. (С-Петербург) Ярославский В.К. (С-Петербург)

Редакция	
27	Родин И.Г. (ген. директор) Родина А.В. (руководитель РИО) Прохорова В.С. (перевод) Ворченко Л.В. (корректор)

Адрес редакции	
28	198152, Россия, Санкт-Петербург, Антоновская ул., 17. Офис 3А +7 (812) 784-9734 e-mail: nlg@nlg.ru http://www.nlg.ru (ISSN 1068-9366, Online)

Журнал зарегистрирован Государственным	
административным РФ по печати	
№ 016387 от 21 июля 1997 г.	

29	Распространяется по подписке Индекс издания по каталогу агентства «Роспечать» 38497, КС616
----	---

30	Возникли или частично воспроизведены материалы, содержащиеся в каталоге издания, авторизован лицом с полномочиями разрешения редакции. Ссылка на ЖУРНАЛ АКУШЕРСТВА и ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ обязательна Свидетельство №227881 от 10.07.2002 ФГУП «Роспечать»
----	--

Стрижелецкий В.В., Кахиани Е.И., Жемчужина Т.Ю., Тайц А.Н., Лучкин А.Н.	
Эндовидеохирургия в лечении женского бесплодия	30

Стрижелецкий В.В., Кахиани Е.И., Жемчужина Т.Ю., Тайц А.Н.	
Особенности эндовидеохирургического лечения трубной беременности	31

Фаткуллин И.Ф., Ягудина Л.Н., Мазитова М.И.	
Динамическая лапароскопия как этап госпитальной реабилитации больных с трубной беременностью	32

Шипицына Е.В., Новиков А.В., Шалепо К.В., Беженарь В.Ф., Савичева А.М.	
Выявление антител к CHLAMYDIA TRACHOMATIS у женщин с внематочной беременностью	33

Бодыков Г.Ж., Раисова А.Т., Долинская Н.П.	
Лапароскопия в диагностике и лечении хронических рецидивирующих сальпингоофоритов	34

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Беженарь В.Ф., Волков Н.Н., Попов Э.Н., Иванова Р.Д., Волканов Р.П.	
Применение противовоспалочного барьера INTERCEED® в функциональной хирургии матки	35

Беженарь В.Ф., Волков Н.Н., Попов Э.Н., Волканов Р.П.	
Оптимизация методики лапароскопической гистерэктомии в хирургии миомы матки	35

Дячук А.В., Беженарь В.Ф., Шулико Л.А., Битюков Н.Н., Плахотников И.А.	
Возможности применения генератора LIGASURE при лапароскопической миомэктомии	36

Зайцева Е.Г., Маренин А.Г., Зверев И.Ю., Битеев В.Х.	
Опыт применения различных хирургических доступов при сочетанной патологии матки	37

Зарубенко И.П., Ермолинский И.И., Мелько А.И., Кира Е.Ф.	
Оценка органосберегающего хирургического лечения доброкачественных опухолей матки и ее придатков	37

Чепур С.В., Попов Э.Н., Ниаури Д.А.	
Оценка состояния свободнорадикальных метаболических реакций при сочетанных гиперпластических процессах органов репродуктивной системы женщин	38

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Беженарь В.Ф., Савицкий Г.А., Волков Н.Н., Попов Э.Н., Волканов Р.П.	
К вопросу о выборе рационального хирургического доступа при гистерэктомии	39

Мамаева А.В., Ящук А.Г.	
Выбор способа гистерэктомии у женщин с дисплазией соединительной ткани	39

Плеханов А.Н.	
Преимущества лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии перед абдоминальной гистерэктомией у пациенток с миомой матки	40

Слободянюк А.И., Мазохин И.В., Слободянюк Б.А., Ким Э.М., Сучалко М.О., Тимербекова А.Т.	
Влагалищная гистерэктомия – электрохирургия или швы?	40

Соснин Н.А.	
Опыт лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии	41

Цивьян Б.Л.	
Малоинвазивная гистерэктомия	42

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПАТОГЕНЕЗУ И ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОМЕТРИОЗА

Берлев И.В., Цвелев Ю.В.	
Опыт хирургического лечения сочетанных форм эндометриозной болезни с использованием эндоскопических технологий	43

Бескровный С.В., Гайворонских Д.И., Ильин А.Б. Послеоперационная гормональная терапия бусерелином у больных генитальным эндометриозом	43	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ	
Савицкий Г.А., Горбушин С.М. Перитонеальный эндометриоз и бесплодие – взаимообусловленность патогенетических процессов	44	Гайдук С.Н., Жемчужина Т.Ю., Кахиани Е.И., Тайц А.Н. Экстренная эндовидеохирургия доброкачественных новообразований яичников	50
Повзун С.А., Беженарь В.Ф., Цвелев Ю.В., Фридман Д.Б. Сравнительный анализ эффективности различных биопсийных методик в диагностике аденомиоза	45	Джемлиханова Л.Х., Попов Э.Н. Особенности гемодинамики в артериях яичников и матки у больных с эндоскопически верифицированной недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла	50
Повзун С.А., Фридман Д.Б. Морфологические соответствия ультразвуковых признаков аденомиоза	45	Дячук А.В., Беженарь В.Ф., Шулико Л.А., Чмаро М.Г., Цыпурдеева А.А. Эндовидеохирургическое лечение доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников	51
Попов А.А., Мачанските О.В., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г., Рамазанов М.Р. Частота наступления беременности после комбинированного лечения генитального эндометриоза	46	Кулавский В.А., Жаринова С.М., Кулавский Е.З. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей яичников у больных с нарушенной репродуктивной функцией	52
Рухляда Н.Н. Обоснование проведения адъювантной внутрибрюшинной химиотерапии в комплексном лечении распространенного эндометриоза	47	Кулаков В.И., Сухих Г.Т., Гатаулина Р.Г., Саркисов С.Э., Ванько Л.В., Менжинская И.В., Мовсисян Э.Т., Барсегян Г.О. Гомеостаз у больных с доброкачественными новообразованиями яичников и нарушением репродуктивной функции	53
Рухляда Н.Н., Беляев А.М. Протокол оптимальной нормо и гипертермической внутрибрюшинной химиотерапии при комплексном лечении распространенного эндометриоза	47	Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Саркисов С.Э., Белоглазова С.Е., Ежова Л.С., Карамышев В.К., Юрматова Н.В. Доброкачественные новообразования яичников и их роль в нарушении репродуктивной системы	54
Фридман Д.Б. Особенности анамнеза и характер менструальной функции у больных аденомиозом	48	Попов А.А., Мананникова Т.Н., Рамазанов М.Р., Кирюшкина О.Г., Чаусова Н.А. Лапароскопия в диагностике и лечении доброкачественных опухолей яичников при беременности	55
Ярмолинская М.И., Сельков С.А. Роль цитотоксических клеток и системы интерферонов в регуляции пролиферативных процессов при наружном генитальном эндометриозе	48		

Укыбасова Т.М., Котлобовский В.И., Сатенова Ж.К.		Горелов А. И., Ниаури Д. А., Беженарь В. Ф., Зиятдинова Г. М., Иванов А. В	
Лапароскопия в лечении доброкачественных опухолей яичников	56	Критерии выбора хирургической тактики лечения смешанного недержания мочи у женщин	64
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ		Иванов А. Г., Красулин В.В., Терентьев Ю.В.	
Бахаев В.В., Гюнтер В.Э.		Эффективность применения управляемого слинга при лечении стрессового недержания мочи у женщин. Результаты 28 операций	64
Новые возможности устранения опущения и выпадения передней стенки влагалища и цистоцеле	58	Коркан А.И., Корабельников А. И., Коркан И. П.	
Бахаев В.В., Гюнтер В.Э.		Комбинированное хирургическое лечение цисто- и ректоцеле при опущении и выпадении женских половых органов	65
Новые возможности реконструкции ректовагинальной перегородки	58	Коркан А. И., Корабельников А.И., Коркан И. П.	
Беженарь В. Ф., Волков Н.Н., Цуладзе Л.К., Благодарный Г.В.		Малоинвазивные технологии в коррекции стрессового недержания мочи при пролапсе тазовых органов	66
Эффективность уретропексий TVT и TVT-O в лечении больных с недержанием мочи при напряжении	59	Коршунов М. Ю., Сазыкина Е. И.	
Беженарь В.Ф., Волков Н.Н., Благодарный Г.В.		Хирургическое лечение опущения матки и куполоа влагалища: сравнение абдоминальной и вагинальной методик	66
Оценка предрасполагающих факторов развития и эффективности хирургического лечения у больных с недержанием мочи при напряжении	60	Коршунов М.Ю., Сергеева И.В., Сазыкина Е.И.	
Беженарь В.Ф., Иванова Р.Д., Цуладзе Л.К., Русина Е.И., Благодарный Г.В.		Сравнение результатов операций TVT и TVT-Obturator для лечения стрессового недержания мочи: проспективное когортное исследование	67
Опыт применения синтетических материалов в хирургии тазового дна	61	Костючек Д. Ф., Клюковкина А. С.	
Белоцерковцева Л.Д., Панкратов В.В.		Значение недифференцированной дисплазии соединительной ткани в патогенезе элонгации шейки матки	68
Операция TVT при комбинированном оперативном лечении стрессового недержания мочи и пролапса гениталий у женщин	61	Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д., Муравьева Т.Г., Евсюкова Л.В., Путиловский М. А.	
Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д., Муравьева Т.Г., Путиловский М. А.		Опыт лечения пролапса гениталий и недержания мочи при напряжении с применением синтетических материалов	68
Роль ДСТ в патогенезе пролапса гениталий	62	Абулхаирова О.С., Лузина Л.В.	
Ермолинский И.И., Мелько А.И., Зарубенко И.П., Кира Е.Ф.		Сакровагинопексия с применением проленовой сетки в лечении пролапса гениталий	70
Применение культур алогенных клеток кожи человека в лечении генитальных свищей	63		

Новиков Е.И., Сорока И.В., Иванова Л.А., Попов А.С.	Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Гумин Л.М.	
Опыт хирургического лечения стрессового недержания мочи средней и тяжелой степени у женщин с функциональной недостаточностью сфинктера мочевого пузыря	Опыт лечения пациенток, страдающих комбинированными уретеро-пузырно- влагалищными свищами	76
Петров С.Б., Куренков А.В., Жуковский В.А., Шкарупа Д.Д.	Рыкин П.А., Комяков Б.К., Сингаевский С.Б.	
Биомеханические свойства и биосовместимость синтетических субуретральных слингов	Хирургическое лечение стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин	76
Попов А.А., Шагинян Г.Г., Мачанските О.В., Рамазанов М.Р., Кирюшкина О.Г.	Семенюк А.А., Смирнов Д.С.	
Сравнительная оценка результатов применения TVT и TVT-OBT	Современный взгляд на диагностику и лечение лейкоплакии мочевого пузыря	77
Попов А.А., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г., Мачанските О.В., Рамазанов М.Р., Кирюшкина О.Г., Чаусова Н.А.	Тевлин К.П., Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В.	
Проленовые протезы GYNE MESH SOFT в хирургическом лечении ректоцеле	Оценка сексуальной функции у женщин до и после оперативного лечения недержания мочи при напряжении	78
Прохорова В.С., Беженарь В.Ф., Павлова Н.Г.		
Использование трансвагинальной эхографии уретровезикального сегмента в диагностике различных типов стрессового недержания мочи у женщин	МЕСТО ЭНДОСКОПИИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ	
Пушкарь Д.Ю., Гвоздев М.Ю., Тевлин К.П.	Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Огрызкова В.Л., Басова И.О., Саратян А.А.	
Транспозиция дистального отдела уретры в оперативном лечении рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей	Этапы диагностического процесса при атипичных маточных кровотечениях в постменопаузе	79
Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Гумин Л.М.	Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Моцкобили Т.А., Чазова Н.Л., Бабаева Н.А., Басова И.О.	
Операции TOT и TVT-O, сравнение и отдаленные результаты	Роль сонографии и гистероскопии в уточнении состояния эндометрия у женщин постменопаузального периода на фоне приема антиэстрогенов	79
Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Гумин Л.М.	Байлюк Е.Н., Семиглазов В.Ф., Ниаури Д.А., Сошнев А.А.	
Опыт хирургического лечения парауретральных кист	Состояние молочных желез у больных сочетанными гиперплазиями органов репродуктивной системы после овариэктомии	80
Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б.	Габитов Н.А., Вафина Г.В., Губайдуллин А.Р., Шайхутдинова А.Ш., Гарипова Г.Х.	
Распространенность смешанной формы недержания мочи	Влияние гистероскопии на ближайшие и отдаленные результаты лечения больных раком эндометрия	81

Габитов Н.А., Губайдуллин А.Р., Мавлютова З.В.		Гордеева Т.В., Григорова А.Н., Дудка Ж.В.	
Влагалищная экстирпация матки разной степени радикальности в лечении патологии гениталий	82	Плановые симультанные лапароскопические операции в гинекологии и хирургии	88
Глухов Е.Ю., Кузина Т.В., Громова Л.М.		Майстренко Н.А., Берлев И.В., Басос С.Ф., Басос А.С.	
Первый опыт применения аргонусиленной коагуляции при лечении доброкачественных заболеваний шейки матки	83	Опыт проведения сочетанных эндовидеохирургических операций в гинекологической практике	89
Иванова Л.В., Федина Е.В., Курганская Н.А.		Рутенбург Г.М., Беженарь В.Ф., Стрижелецкий В.В., Жемчужина Т.Ю., Гордеева Т.В.	
Использование высокоэнергетического полупроводникового лазера (Аткус-15) в лечении фоновых и предраковых заболеваний шейки матки	83	Возможности использования симультанных лапароскопических операций в гинекологии	89
Гершфельд Э.Д., Максимов С.Я.		Рыкин П.А., Сингаевский С.Б., Комяков Б.К., Кустаров В.Н., Борисов А.В.	
Органосохраняющее лечение микроинвазивного РШМ T₁ стадии	84	Симультанные операции в урогинекологии	90
Мелько А.И., Кира Е.Ф., Ушаков И.И., Ермолинский И.И., Зарубенко И.П.		Сингаевский Н.Б., Борисов А.В., Бокучава Н.В., Ярославский В.К.	
Малоинвазивные хирургические вмешательства в диагностике и лечении больных злокачественными новообразованиями яичников IV стадии	85	Лапароскопические симультанные операции у женщин	91
Новикова Е.Г., Антипов В.А., Шевчук А.С.		ВНУТРИМАТОЧНАЯ ХИРУРГИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ, ПЕРСПЕКТИВА	
Опыт выполнения повторных лапароскопических операций у больных злокачественными опухолями яичников	85	Зайцева Е.Г., Маренин А.Г., Битеев В.Х.	
Новикова Е.Г., Чулкова О.В., Ронина Е.А.		Опыт комбинированного лечения субмукозной миомы матки	92
Тридцатилетний опыт органосохраняющего лечения в онкогинекологии	86	Зайцева Е.Г., Маренин А.Г., Битеев В.Х.	
Пучков К.В., Хубезов Д.А., Юдин И.В.		Лапароскопия и гистероскопия в диагностике женского бесплодия	93
Технические аспекты выполнения лапароскопической лимфодиссекции	87	Попов Э.Н., Ниаури Д.А., Волков Н.Н., Джемлиханова Л.Х.	
СОЧЕТАННЫЕ И СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ		Реабилитация репродуктивной функции женщин после внутриматочной хирургии по поводу миомы матки	93
Гордеева Т.В., Григорова А.Н., Дудка Ж.В.		Попов А.А., Мазурская Н.М., Мананникова Т.Н., Чаусова Н.А., Земсков Ю.В.	
Экстренные симультанные лапароскопические операции в гинекологии и хирургии	88	Сравнительная характеристика изменений показателей центральной гемодинамики при гистерорезектоскопии и термоабляции эндометрия	94

Шуршалина А.В., Корнеева И.Е.,
Феокистов А.А.

**Диагностические возможности гистероскопии
при хроническом эндометрите** 95

ОСЛОЖНЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Азиев О.В.

**Повреждения кишечника при лапароскопии
(диагностика, лечение и профилактика)** 96

Плеханов А.Н.

**Анализ осложнений при выполнении
лапароскопически ассистированной
влагалищной гистерэктомии и
абдоминальной гистерэктомии** 96

Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В.,
Жемчужина Т.Ю., Гордеева Т.В.

**Профилактика осложнений лапароскопических
операций у гинекологических больных со
спаечным процессом** 97

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Алиева Х.Г.

**Первый опыт лапароэндоскопических
операций в гинекологии** 98

Гайворонский И.В., Берлев И.В.,
Виноградов С. В., Кузнецов С.В.

**Характеристика пельвиометрических
индексов и обоснование эффективности
их применения для оценки формы
малого таза у взрослой женщины** 98

Коршунов М.Ю., Каплан Е.В., Сазыкина Е.И.,
Измайлов Р.М.

**Кольпопоз цельным кожным лоскутом при
синдроме Майера-Рокитанского-Кюстера:
описание клинического случая** 99

Проценко А.С., Авраменко Н.В., Стрелко О.В.,
Ходак Г.П., Проценко В.Н.

**Роль цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ)
у девушек при резистентности
яичников (РЯ)** 99

Русина Е.И.

**Особенности клинических проявлений
дисплазии соединительной ткани у
больных с хронической венозной
недостаточностью малого таза** 100

Шешунов И.В., Субботин Д.Н., Розуван А.А.,
Данилов Д.В.

**Внедрение экстренной гинекологической
эндовидеохирургии в условиях
малого города** 101

Тайц А.Н.

**Психологические особенности реагирования
пациенток на стресс, связанный с
эндовидеохирургическим
вмешательством** 102

Шапарнев А.В., Кобиашвили М.Г.

**Клиническое значение адаптационных
реакций женского организма при
эндовидеохирургических операциях
на матке и придатках** 102



Айламазян Э.К.¹, Цвелёв Ю.В.², Беженарь В.Ф.^{1,2}

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН, кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ДМИТРИЙ ОСКАРОВИЧ ОТТ И ЕГО ВКЛАД В АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЮ

История Петербурга хранит многие великие имена, составившие славу отечественной науки и медицины, в том числе таких гигантов как Н.И.Пирогов, С.П.Боткин, И.П.Павлов, В.М.Бехтерев. Имя Дмитрия Оскаровича Отта, безусловно, в этом ряду.

Среди выдающихся отечественных акушеров-гинекологов Дмитрий Оскарович Отт (1855-1929) по праву занимает одно из первых мест. Его полувековая деятельность «была столь многогранной, что она неотделима в нашей стране от акушерства и гинекологии, как неотделимы, например имена С.П.Боткина – от частной патологии и терапии внутренних болезней, Н.И.Пирогова – от отечественной хирургии, И.М.Сеченова и И.П.Павлова – от российской физиологии» (Л.И.Бубличенко, А.Э.Мандельштам, 1960). На протяжении многих десятилетий Д.О.Отт являлся одной из колоритных фигур в плеяде известных медиков России. Он был блестящим врачом и феноменальным хирургом, самобытным ученым, автором прославленного руководства по оперативной гинекологии, талантливым педагогом, крупнейшим идеологом, организатором и реформатором высшего медицинского образования. Он стал основателем крупнейшей научной школы, получившей название «оттовской».

С личностью и деятельностью замечательного русского врача, выдающегося акушера-гинеколога Дмитрия Оскаровича Отта связаны не только общепризнанные успехи отечественной оперативной гинекологии в начале XX века, но и истоки современной эндохимирургии.

Дмитрий Оскарович Отт родился 11 (24) февраля 1855 года в родовом дворянском имении под Калугой. После окончания новгородской гимназии он поступил в Петербурге в Императорскую Медико-хирургическую академию, которую с отличием окончил в 1879 году. В академии по предложению своего учителя профессора К.Ф.Славянского он выполнил первую экспериментальную работу «Дренаж после лапаротомии», удостоившую серебряной медали. По воспоминаниям В.В.Строганова, «на старших курсах Д.О.Отт был увлечен новой эрой хирургической гинекологии, наблюдая лапаротомию проф. А.Я.Красовского, и всецело отдался этой области» (Врачебная газета, 15.08.1929).

С 1879 года начинается 50-летняя деятельность этого выдающегося учёного, блестящего врача, одного из основателей С.-Петербургского акушерско-гинекологического общества, видного обще-

ственного деятеля и организатора отечественной медицинской науки и здравоохранения. Чтобы понять и должным образом оценить деятельность Д.О. Отта, необходимо вспомнить, что она началась на заре развития гинекологии и что многие вопросы, которые сегодня не вызывают сомнений и не возбуждают дискуссий, в то время были ещё не решёнными и весьма спорными.

В 1880–1881 гг. Дмитрий Оскарович сдал экзамен на доктора медицины и по направлению министерства финансов, где служил врачом, отправился в длительную научную командировку за границу, имея целью совершенствоваться в физиологии, эмбриологии, акушерстве, гинекологии.

Интерес Д.О. Отта к вопросам гинекологии был основным в период усовершенствования его за границей. Однако велико было его удивление и разочарование, специально отправившегося из Медико-хирургической академии во Францию изучать гинекологию, заставившее его написать впоследствии следующие строки: «Собственно гинекологии тогда (1882) во Франции не существовало, и, когда французские врачи, осведомляясь о моей специальности, узнавали, что я приехал изучать гинекологию, мы друг друга не могли понять, и я должен был пояснить, что собственно я понимаю под этой специальностью; нигде во Франции еще тогда не было собственных кафедр, и часть гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения, лечились исключительно хирургом».

За 4 года ему удалось поработать в лучших лабораториях и клиниках Парижа, Лондона, Страсбурга, Мюнхена, Дрездена, Праги, Флоренции, Вены, Йены, Галле, Лейпцига, Фрайбурга, Берлина. В 1884 году профессор Ганденгайн предложил ему место адъюнкт-профессора кафедры физиологии в Бреславле. Это предложение было лестным, но из чувства патриотизма и по глубокому убеждению, что наука в России стоит не ниже, чем за границей, Дмитрий Оскарович отказался от него.

Начатое им в Германии исследование о влиянии на обескровленный организм раствора поваренной соли, он завершил в Военно-медицинской академии и в 1884 г. защитил докторскую диссертацию. Преимуществом применявшегося раствора поваренной соли в сравнении с другими жидкостями Д.О. Отт считал, что «восстановление организма при вливании водного раствора NaCl не только не

замедляется, но, напротив, совершается скорее и совершеннее, чем при употреблении белоксодержащих жидкостей, особенно крови». обстоятельные и тщательно проведенные Д.О. Оттом исследования и клинические наблюдения о влиянии солевого раствора носили приоритетный характер. Сколь велико практическое значение этого исследования даже для современной трансфузиологии понятно каждому специалисту.

Став в 1893 г. директором Повивального института Д.О. Отт решил превратить институт в такое учреждение в России, которое не уступало бы лучшим клиникам Европы, предпринял исключительные усилия и своё влияние, чтобы добиться ассигнований и места для постройки нового здания института. Он писал, что отечественная «гинекология несколько не отстает от Запада и необходимо построить такое учреждение, которое соответствовало бы всем новейшим достижениям в области гинекологии и служило высшим научным центром в деле развития и изучения акушерства и женских болезней».

В 1897 году на основании программы, составленной Д.О. Оттом, к проектированию института приступил один из лучших архитекторов России Л. Н. Бенуа, а 24 февраля 1904 года состоялось торжественное открытие нового здания Императорского клинического повивального института, строительство которого обошлось в 3,5 млн. руб. золотом. В том, что Д.О. Отту удалось довести до конца это огромное дело, проявились превосходные организаторские способности и стальная воля, о которой писали и говорили все, кто знал Дмитрия Оскаровича лично. Вот как характеризует Дмитрия Оскаровича один из его учеников профессор В.В. Преображенский: «Великолепная память, кристаллически ясный, смелый критический ум, неограниченная трудоспособность, неиссякаемая энергия и способность заражать окружающих этой энергией; неограниченный запас инициативы, при этом редкое умение не разбрасываться, а идти к намеченной цели несуклонно, не останавливаясь и не сворачивая ни на один шаг; способность быстро разбираться в фактах и обстоятельствах, делать быстрый вывод и немедленно переходить к действию; способность не бояться никаких трудностей и новых путей, наоборот, любить и искать новые, лучшие пути. Вдобавок ко всему этому у Отта была редкая способность объединять людей во имя одной цели, спаять их в одно органическое целое, зарядить трудовым импульсом и энергией и заставить идти по своим следам».

Профессор Д.О. Отт обладал гражданским мужеством и мудростью государственного деятеля. «Помещение денежных богатств страны на цели образовательные, научные и культурные – это лучшее помещение капитала, возвращающееся стране сторицею», – эти слова ученого и гражданина, сказанные им в начале XX века, поражают не только

своим провидением, но и предельной актуальностью для наших дней. Дмитрию Оскаровичу Отту удалось превратить Повивальный Институт в настоящий Храм науки (надо иметь в виду, что сам профессор архитектуры Леонтий Николаевич Бенуа называл Д.О. Отта соавтором грандиозного по тем временам проекта), наполнить Институт духом повседневной кропотливой и нелёгкой работы во благо каждой женщины, обратившейся за помощью.

Д.О. Отт – человек с широким научным кругозором и эрудицией, педагогическим талантом, врач-гуманист, разносторонний учёный, создатель крупнейшей отечественной акушерско-гинекологической школы. К основным чертам оттовской научной школы можно отнести следующие особенности:

- Концепция Д.О. Отта о тесной зависимости функций женской половой сферы от состояния организма в целом и от условий внешней среды («закон периодичности физиологических функций женского организма») являлась признанием принципа целостности организма в отличие от господствовавших в тот период органокалистических взглядов. Это относилось и к пониманию беременности как важнейшей функции целостного организма женщины (теснейшая взаимосвязь между плодом и матерью).

- Характерно для оттовской школы строго научное обоснование каждого действия, каждого вмешательства, каждого профилактического мероприятия на основе достижений теоретической медицины (физиологии, бактериологии, патологической анатомии) и смежных клинических дисциплин (хирургии, терапии, неврологии и др.). Дмитрий Оскарович Отт был глубоко убеждён, что «врач, не знакомый с началами бактериологии, не может считаться на высоте своего призвания». Отсюда его дальновидная оценка значения детального изучения микрофлоры полового аппарата при нормальных родах и гинекологических заболеваниях, внедрение методов асептики, что привело к небывалому снижению гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний и послеоперационных осложнений.

- Д.О. Отт разработал новые пути оперативной гинекологии (особенно влагалищного метода) и успешное применение органосохраняющих операций. Д.О. Отт был великолепным хирургом, выполнившим более 10 тысяч операций различной сложности. Л. И. Бубличенко и А. Э. Мандельштам писали: «Непревзойденные результаты оперативных вмешательств вагинальным путем выдвинули Д.О. Отта как главу нового оперативного направления в гинекологии на первое место не только в России, но и в Европе, так как по своим достижениям он оставил позади себя всех виднейших зарубежных специалистов того времени» (1960).

Он отличался превосходной оперативной техникой и достиг виртуозного совершенства в технике влагалищных операций, разработал методику их

выполнения, широко внедрил её в клинику, сделал влагалищный доступ достоянием своих учеников и сотрудников и обучил бесчисленные кадры врачей, стекавшихся в Институт со всех концов России. Вот один из отзывов об Отте – хирурге: «Своих учеников он учил следить во время операции за каждым движением руки, чтобы не было лишних движений, чтобы была строгая методичность и порядок, одно движение быстро переходило в другое; чтобы операция походила на разыгрываемую по нотам пьесу и не затягивалась дольше необходимого времени. Он учил подходить к каждой операции со строго обдуманым планом, принимая в расчет могущие встретиться даже самые редкие осложнения, учил не пренебрегать никакими мелочами ни в операционной, ни в клинике – все должно пойти на пользу больной». Блестящая техника и тщательно разработанная методика оперативного вмешательства позволяли Д.О. Отту и его сотрудникам производить через влагалище технически чрезвычайно трудные операции, такие как удаление больших фибромиом, межсвязочно расположенных кист яичника и фиброматозных узлов.

Руководящим началом всей оперативной деятельности Д.О. Отта служил метод рационального консерватизма, тесно смыкавшийся с областью восстановительной хирургии. «В тех случаях, где терапевтическое или так называемое выжидательное лечение, рассчитанное на силы природы, оказываются несостоятельным, там входит в свои права оперативное вмешательство, руководимое правилами сохраняющей хирургии. Вполне понятно, чем благоприятнее результаты, достигаемые той или иной операцией, и чем меньше риск, которому подвергаются больные, тем шире мы имеем возможность ставить показания к хирургическому вмешательству и достигать более частого и совершенного исцеления больных. Развитие методики вообще и в частности оперативной техники в этом случае несомненно играет далеко не последнюю роль; и, благодаря происшедшим в этом направлении усовершенствованиям, операции, которые ещё столь недавно считались крайне рискованными, в настоящее время производятся при минимальном проценте смертности» (Д.О. Отт, 1901 год). Им производились различные сохраняющие (консервативные) операции на маточной трубе при внематочной беременности (в 21,2%, в том числе и удаление плодного яйца через разрез трубы). Д.О. Отту принадлежат:

- 1) разработка удаления матки методом «кускования», т.е. постепенным иссечением из увеличенного тела матки клиновидных участков,
- 2) техника операций восстановления промежности,
- 3) зашивания мочеполовых свищей (уретропластика).

Основные принципы оперативной техники От-

товской школы – строгая анатомичность, точное поэтажное соединение однородных тканей, избегание «пустых» пространств в области операционного поля, тщательный гемостаз и бережное отношение к тканям. Он был автором ценнейшей монографии «Оперативная гинекология» (1914).

Можно без преувеличения сказать, что нет ни одного раздела оперативной гинекологии, в котором не сказался бы талант Д.О. Отта. Широко образованный, наблюдательный, смелый и решительный врач, Д. О. Отт не только быстро, последовательно и настойчиво внедрял новые методы лечения болезней женских половых органов, но и разработал несколько оригинальных по замыслу и технике оперативных вмешательств. Как никто до него, он уделял самое пристальное внимание определению показаний и противопоказаний к каждому методу, предельно тщательно обосновывал преимущества, опасности, сложности той или иной операции и критерии выбора хирургического способа лечения в конкретной клинической ситуации, добиваясь результатов, выходящих из ряда обычных, и завоевывая высокую репутацию, которой славились и сам Д.О. Отт, и его Институт. Все, что препятствовало работе, он неукоснительно устранял, усовершенствовал или создавал заново многие инструменты, сконструировал столы для влагалищных и абдоминальных операций, ногодержатель, осветительные зеркала для эндоскопии и кольпотомии, лобный рефлектор и др. Заслугой является создание Д.О. Оттом системы тщательной, продуманной, детализированной до мелочей предоперационной подготовки больных, обработки операционного поля, техники операции и послеоперационного выхаживания, которая не только была разработана, но неукоснительно и последовательно выполнялась всеми причастными к этой деятельности людьми.

Выдающимся достижением следует считать разработку им метода освещения брюшной полости «для целей диагностических и оперативных», что открыло эру эндохирургии в гинекологии. Впервые сообщение о применении этого метода Д.О. Отт сделал на Заседании Санкт-Петербургского акушерско-гинекологического общества 19 апреля 1901 года. Он назвал предложенный метод вентроскопией (*ventroscopia*; лат. *ventro* – живот, греч. *scopoeo* – рассматривать). В 1903 году Д.О. Отт писал: «Когда я впервые применил на практике ... способ освещения брюшной полости (что было сделано в присутствии довольно многочисленной аудитории), то должен отметить, что впечатление, полученное от применения столь доступного и крайне простого метода освещения, не только подтвердило возлагавшиеся мною на новый метод надежды, но далеко превзошло наши ожидания».

Сущность метода заключалась в разработке Д.О. Оттом набора специальных инструментов, оснащённых источником света (электрической лампоч-

кой) для осмотра органов малого таза и брюшной полости, а также для освещения полости матки. «Зеркала, снабженные лампочкой, употребляются обычной формы, лишь с измененной рукояткой, приспособленной для укрепления стержня, снабженного лампой. При задней colpotomii, чтобы удобнее было сместить (поднять) матку, зеркало употребляется плоское, дабы матка могла на нем покоиться и не смещаться». Д.О. Отт писал: «... мне обстоятельно удалось осмотреть не только те отделы в области операционного поля, которые я стремился сделать доступными зрению (осветить), но помимо того я убедился, что предел, где новый метод может оказаться пригодным на практике, распространяется далеко за те границы, которые в настоящее время отведены на долю так называемого влагалищного метода» (1901).

Он также использовал воздух для пневмоперитонеума. «При перемещении больной из горизонтального положения в наклонное, полезно место вскрытия брюшной полости или просто влагалище выполнить тампоном из ваты, завернутой в кусок марли, чтобы таким способом профильтровать проникающий в брюшную полость воздух».

Применял высокое положение Тренделенбурга, оснастил операционный стол специальными приспособлениями для упора ног и плеч больной. «Для того, чтобы при влагалищном чревосечении осветить брюшную полость, необходимо, прежде всего, позаботиться удалить расположенные в тазу кишечные петли. Так как непосредственным отодвиганием это совершенно не достигается, то я воспользовался наклонным положением (около 45°) туловища больной, как это предложено Trendelenburg'ом при чревосечениях. Образующееся свободное пространство позволяет без помехи ввести зеркало, снабженное лампочкой, и в совершенстве осветить соответственный отдел брюшной полости».

«Утвердившись в громадном практическом удобстве, которое представляет сочетание положения больной на косой плоскости и непосредственное введение в брюшную полость источника света, совершенно естественно было задаться вопросом, нельзя ли этот принцип применить для освещения некоторых половых органов таза, как то: прямой кишки, мочевого пузыря и матки? Такое предположение казалось тем более вероятным, что создавая возможность воздуху проникать в столь тонкостенные органы (кишка, пузырь), условия при положении больной с сильно приподнятым тазом и опущенной верхней половиной туловища, столь близки к тем, которые отмечены были для брюшной полости. И действительно, при первой же попытке проверить эти соображения на больной, мы могли воочию убедиться, что предположения эти вполне подтвердились» (Д.О.Отт, 1903).

Для «освещения прямой и нисходящей части толстой кишки (Recto- et Colonoscopia)» Д.О. Отт предложил применять «специально устроенные для

enteroskopi'и зеркала, которые отличаются от употребляемых для освещения брюшной полости лишь тем, что они длиннее (до 40 cm) и несколько уже», и отмечал, что при этом «можно без труда осветить всю часть S.Romani и хорошо не только осмотреть ее стенки, но в случае надобности применить то или иное оперативное вмешательство... В отдельных случаях удастся очень хорошо осмотреть всю нисходящую часть толстой кишки...»[4].

Внеся соответствующие изменения в инвентарий, Д.О. Отт успешно использовал освещение мочевого пузыря (Cystoscopia) для «непосредственного осмотра стенок пузыря», при пузырных фистулах и «для более легкой катетеризации мочеточников».

Освещение полости матки (Hysteroscopia) «далеко не дали таких результатов, как освещение пузыря или кишки», ибо «благодаря своим плотным и толстым мышечным стенкам, полость матки не способна расширяться, как это имеет место с кишкой или пузырем». Тем не менее «в двух случаях при разрывах матки, происшедших во время родов, применение освещения по описанному мною способу дало возможность убедиться в свойствах произошедших разрывов и выбрать наиболее целесообразный способ хирургического вмешательства»[4].

«Была достигнута возможность отныне не только гинекологические операции в мельчайших их подробностях производить под контролем глаза, но и большая часть брюшной полости через вскрытый свод влагалища могла быть свободно обозреваема, и большинство ее органов, таким образом, стали доступны нашему непосредственному осмотру и воздействию. Столь отдаленные органы, как печень с желчным пузырем, желудок, поперечная часть ободочной кишки, область мечевидного отростка, не говоря уже про червеобразный отросток и более близко лежащие отделы, хорошо были видны... Было ясно, что проведение в практику нового метода обещало еще более расширить те границы, при которых он первоначально был применен» (Д.О. Отт, 1903). Эти слова Д.О. Отта впоследствии полностью подтвердились.

Профессор Д.О. Отт обладал не только поразительной оперативной техникой, но и творческим хирургическим мышлением, сформировавшимся на основании глубоких знаний анатомии, общей патологии, гистологии, физиологии. Все вместе позволило ему стать одним из основоположников и классиков отечественной и мировой оперативной гинекологии, которая в период его деятельности только начала обособляться от общей хирургии. Сегодня с полным основанием мы можем считать, что с его именем связано внедрение в гинекологию эндоскопии (лапароскопии, гистероскопии, цистоскопии, ректоскопии), столь блистательно развивающаяся в последние десятилетия.

Д.О. Отт – основатель оригинальной научной акушерско-гинекологической школы, сыгравшей

выдающуюся роль в развитии науки о женщине в России, получившей мировую известность. Свидетельством всемирного признания заслуг Д.О. Отта является то, что он был избран почётным членом не только отечественных обществ (Петербургского, Московского, Казанского, Саратовского, Вологодского), но и зарубежных – Берлинского, Лейпцигского, Будапештского, Пражского, Сербского, Итальянского и др. обществ акушеров-гинекологов, в том числе и Американской ассоциации гинекологов. Научная отцовская школа стала лучшим воплощением его таланта и творческого потенциала, как разностороннего учёного, объединившего в своём лице блестящего теоретика медицины и вдумчивого клинициста. Оттовская школа возникла наиболее естественным и плодотворным путём вокруг действительно выдающейся личности-лидера, благодаря необыкновенной способности и умению Д.О. Отта подбирать и воспитывать талантливых учеников и сотрудников, его беспредельному влиянию на умы, мировоззрение и деятельность нескольких поколений учёных и практиков акушерства и гинекологии. Его соратниками были В.В. Строганов, Л.И. Бубличенко, В.В. Пресображенский, Р.Г. Лурье, В.А. Полубинский, Р.В. Кириарский, А.Э. Мандельштам и др. Можно утверждать, что «Д.О. Отт и его ученики произвели, по существу широкую ревизию старых взглядов и установок и проложили новые пути во

всех основных разделах акушерства и гинекологии» (Л.И. Бубличенко, А.Э. Мандельштам).

Неиссякаемый талант организатора науки позволил Д.О. Отту превратить Институт в крупнейший научный центр мирового значения. Признанием его заслуг и российской науки стало проведение в 1910 году в стенах возглавляемого Д.О. Оттом Института впервые в России V Международного конгресса акушеров-гинекологов. Во многом благодаря деятельности Д.О. Отта достигла международной известности отечественная гинекология. Он настолько поднял её авторитет, что впервые добился на XII Международном съезде в Берлине признания русского языка равноправным с английским, французским, немецким. Профессор В.С. Грудцев назвал Дмитрия Оскаровича человеком, «который заставил уважать русскую гинекологию за пределами нашей Родины, чьё славное имя известно во всём культурном мире...» Этому способствовало и его личное обаяние, свободное владение многими европейскими языками («многоязычное красноречие»).

В 1989 году в знак признания его вклада в акушерство и гинекологию, преемственности идей и традиций Институту акушерства и гинекологии РАМН присвоено имя Дмитрия Оскаровича Отта.

Дорогие Коллеги! Прилагаем Вас принять участие в международном научном конгрессе «Оперативная гинекология – новые технологии», посвященном 150-летию профессора Дмитрия Оскаровича Отта.

Кулаков В.И.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, Россия

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Проблема врожденных пороков развития за последнее десятилетие приобрела большую медико-социальную значимость. Актуальность проблемы и приоритетность разработки этого направления возросла в связи с внедрением в практику методов пренатальной диагностики, которые создали основу для активной профилактики рождения детей с множественными аномалиями развития или же их своевременной хирургической коррекции. О значимости и состоянии этой проблемы свидетельствуют данные статистики. Согласно сведениям Национального американского центра по врожденным дефектам развития, ежегодно в мире рождается от 10 до 20 млн. детей с врожденными аномалиями.

В Российской Федерации в 2003 году родилось 1 млн. 483 тыс. детей, из них 43 тыс., или 2,9%, детей с врожденными пороками развития. По данным Всемирной организации здравоохранения, число детей с врожденными пороками развития не имеет тенденции к снижению. При этом их численность зависит от качества медицинской помощи беремен-

ным и новорожденным – чем ниже смертность от асфиксии, родовой травмы и инфекции, тем выше удельный вес врожденных пороков.

Популяционная частота врожденных пороков развития позволяет выделить те нозологические формы, которые встречаются чаще. Среди них: аномалии костно-мышечной системы, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

На значимость рассматриваемой проблемы указывают и данные о том, что удельный вес врожденных пороков чрезвычайно высок как среди живорожденных (1 из 30), так и в структуре перинатальных потерь, младенческой смертности, детской заболеваемости и инвалидности. Среди выживших детей очень высок удельный вес хронических патологических состояний, приводящих к инвалидности и требующих долговременной медико-социальной опеки.

Очень важным обстоятельством является то, что 40 – 50% детей с аномалиями развития может быть сохранена жизнь и здоровье при своевременной

диагностике и хирургической коррекции врожденного дефекта у плода и новорожденного ребенка в первые часы жизни.

Международный опыт свидетельствует о том, что при различных пороках желудочно-кишечного тракта минимальный срок пренатальной постановки диагноза различен. Так, при омфалоцеле, гастрошизисе и диафрагмальной грыже диагностика возможна на 18 неделе беременности, в то время как при атрезии ануса – на 31-й неделе. Наиболее оптимальная информация может быть получена на втором этапе эхографического скрининга (второй триместр беременности), т.к. в этот период удастся выявить большинство аномалий, и в то же время еще не упущен момент для прерывания беременности.

Таким образом, становится очевидным, насколько велика роль своевременной диагностики как для активной профилактики рождения неоперабельных детей путем прерывания беременности, так и для оказания экстренной хирургической помощи детям, имеющим врожденные дефекты, поддающиеся успешной хирургической коррекции.

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН созданы все необходимые условия для пренатальной диагностики врожденных пороков развития и их хирургической коррекции. Пренатальная диагностика включает ультразвуковое и магнитно-резонансное томографическое исследование, амниоцентез, биопсию хориона, кордоцентез и др. Создано и активно функционирует отделение неонатальной хирургии. Группа одновременно действующих специалистов, включая акушеров-гинекологов, функционалистов, неонатологов, генетиков и детских хирургов, способна не только своевременно (в 90% случаев) диагностировать характер порока, но и принять аргументированное решение о прерывании (при наличии множественных пороков плода) или пролонгировать беременность в случае возможности хирургической коррекции порока. При этом мы принимали во внимание соответствующий опыт ряда зарубежных стран о ведении проблемных беременностей в перинатальных центрах. Так, в таких странах, где развита служба оказания перинатальной хирургической помощи (Франция, Австралия, США и др.), летальность, например, от врожденной диафрагмальной грыжи оказывается в 2,2 раза ниже, чем при аналогичном пороке в России. При отсутствии в регионах пренатальной диагностики и высокоспециализированной хирургической помощи смертность новорожденных с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта в Российской Федерации может достигать 59 – 100%.

При анализе данных международных исследований выживаемость детей после хирургических операций колеблется от 30% (диафрагмальная грыжа) до 70 – 80% (атрезия пищевода, кишечника, двенадцатиперстной кишки, ануса и др.).

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН за последние годы были диагностированы врожденные аномалии более чем у 120 детей. Особенно часто обнаруживались пороки мочевыделительной системы (гидронефроз, пиелюэктазия, поликистоз и др.), а также пороки желудочно-кишечного тракта (атрезия пищевода, 12-перстной кишки, тонкого и толстого кишечника, атрезия ануса, гастрошизис, омфалоцеле и др.). Проведенный нами анализ показал, что при беременностях с пороками развития плода не удастся выявить каких-либо специфических признаков, позволяющих предположить наличие аномалий. Обычно речь идет о многоводии, угрозе прерывания беременности, внутриутробной гипоксии, плацентарной недостаточности и пр. В связи с этим основное значение принадлежит пренатальной диагностике.

За относительно короткий промежуток времени (с октября 2003 г.) нами было прооперировано 52 новорожденных с врожденными дефектами желудочно-кишечного тракта. Это были дети с пороками различных отделов пищеварительной трубки:

- атрезией пищевода. Операция производится на 2-й день жизни;

- атрезией 12-перстной кишки. По данным УЗИ имеется увеличение размеров желудка и двенадцатиперстной кишки. Дети были прооперированы сразу же после рождения. Произведено наложение межкишечного анастомоза;

- атрезией кишечника. Патология диагностировалась при УЗИ по расширенным петлям кишечника. Операция выполнялась в 1-е сутки жизни: наложен межкишечный анастомоз. Послеоперационный период занимает 2 – 3 недели;

- атрезией ануса, диагностированная в III триместре беременности. Оперативное вмешательство выполнялось спустя 8 часов жизни путем формирования противоестественного заднего прохода;

- гастрошизисом. При УЗИ кишечные петли расположены вне брюшной полости. Беременные родоразрешаются путем операции кесарева сечения. Операция выполняется в первые 3 часа после рождения ребенка и заключается в первичной пластике дефекта передней брюшной стенки;

- омфалоцеле. По данным УЗИ, печень и петли кишечника расположены вне брюшной полости и покрыты оболочками. Родоразрешение зависит от объема грыжевого содержимого. Сроки оперативного вмешательства зависят от объема грыжевого отверстия. Послеоперационный период длительный, может продолжаться до одного месяца.

Наряду с этим в условиях Центра успешно были проведены операции у новорожденных с диафрагмальной грыжей, которая расценивается как самая тяжелая врожденная патология. Летальность при этом, по обобщенным литературным данным, достигает обычно 80%. Диафрагмальная грыжа диагностируется по наличию петель в плевральной

полости и смещения средостения. Оперативное лечение проводится по мере снижения легочной гипертензии. Послеоперационный период может достигать 3-х месяцев.

В целом, из 52 прооперированных новорожденных умерло только 3 детей, имевших сочетанные пороки. Общая смертность составляла 5,7%, что значительно ниже статистических данных по стране.

Следует отметить, что неонатальная хирургия сопряжена с целым рядом трудностей. Прежде всего, это касается очень тяжелой категории детей, возраст которых не превышает нескольких часов жизни, а объем оперативных вмешательств сопряжен с высоким риском. Трудоемкость складывается из необходимости тщательной предоперационной подготовки, которая в значительной мере определяет успех операции и прогноз в целом. Не менее важным является и специфика анестезиологического обеспечения, соблюдения температурного режима, особенно у недоношенных детей. Послеоперационный период у всех детей связан с продолжительной искусственной вентиляцией легких в течение 2-14 дней, с использованием сбалансированного парентерального и энтерального питания специальными смесями, позволяющими предупредить тяжелые нарушения нутритивного статуса новорожденного ребенка. Выхаживание новорожденных требует не меньшего искусства, чем проведения хирургической коррекции врожденного дефекта.

В последние годы нами уделяется большое внимание малоинвазивным технологиям при выполнении хирургических вмешательств у новорожденных.

К патологии у новорожденных, при которой возможно применение малоинвазивной техники, относятся: мультикистоз, кисты яичника, дуоденальная непроходимость, атрезия тонкой кишки, пилоростеноз, гиперинсулинизм, тератомы, аноректальные аномалии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, билиарная атрезия – при этой патологии возможно выполнение оперативного вмешательства лапароскопическим доступом; Торакоскопия может быть эффективной при аортопексии, атрезии пищевода, клипировании артериального протока, релаксации диафрагмы.

Преимуществами малоинвазивной техники при проведении оперативных вмешательств у новорожденных являются: атравматичность, хороший визуальный обзор, хороший косметический результат, сокращение длительности пребывания в стационаре. Для выполнения лапароскопических вмешательств необходимо использование инструментария малого диаметра. В ГУ ИЦАГиП РАМН проведены успешные лапароскопические вмешательства, в том числе при перекруте придатков матки у новорожденной и нефроуретерэктомии в связи с мультикистозом левой почки.

Наш собственный опыт показал, насколько важ-

ным является вопрос о своевременной диагностике порока, о выборе рациональной тактики ведения беременности, оптимальном способе родоразрешения, тактики лечения новорожденных с учетом характера выявленной патологии. Нами было выделено несколько групп плодов и новорожденных, для которых принимаются принципиально разные решения:

- патология, при которой принципиально возможна внутриутробная хирургическая коррекция порока (гидроцефалия, омфалоцеле, гидронефроз и др.);

- патология, требующая безотлагательного хирургического вмешательства (малые и средние пупочные грыжи, атрезия пищевода, 12-перстной кишки, тонкого и толстого кишечника и др.);

- патология, требующая госпитализации в хирургическое отделение в неонатальном периоде (мультикистоз почки, гидронефроз и др.);

- патология, требующая родоразрешения путем кесарева сечения (омфалоцеле, гастрошизис и др.);

- патология, дающая основания для обсуждения вопроса о прерывании беременности (грубые аномалии конечностей, ахондроплазия и др.);

- патология, требующая прерывания беременности (анэнцефалия, голопрозэнцефалия и др.);

- патология, требующая активного диспансерного наблюдения педиатра и хирурга (агенезия мозолистого тела, гипоплазия почек и др.).

Средняя продолжительность пребывания детей, требующих хирургической коррекции, составляет не менее 25 дней, а в ряде случаев, например, при диафрагмальной грыже, может достигать 3 мес. Средняя стоимость одной операции составляет 34 тыс. рублей, а средняя стоимость лечения одного новорожденного – не менее 235 тыс. рублей.

Таким образом, предложенная нами новая концепция организации экстремальной хирургической помощи новорожденным детям с пороками развития, оказалась весьма успешной. В связи с этим в структуру Центра было введено новое подразделение хирургии новорожденных с группой интенсивной терапии и реанимации.

В качестве перспективы поставлена задача по освоению внутриутробно малоинвазивных процедур, направленных на предотвращение гибели органа плода (дренирование, лапароскопические манипуляции и др.).

Внутриутробная коррекция врожденных дефектов нами была проведена в ряде ситуаций. Так, у плода 29 – 30 недель гестации в связи с диагностированным гидротораксом был произведен трансабдоминальный амниоцентез с последующим торакоцентезом. Было извлечено около 40 мл жидкости. Ребенок родился доношенным и в последующем развивался нормально.

В другом случае у плода 24 – 25 недель гестации

был диагностирован асцит. Трансбдоминальный амниоцентез с последующей пункцией брюшной полости позволил аспирировать 270 мл жидкости. В последующем беременность протекала без осложнений, родившийся в срок ребенок в последующем развивался удовлетворительно.

При диагностике у плода 29 недель гестации гидронекроза с резким увеличением почки до 7,0x5,2x5,1 см. нами также был проведен амниоцентез с последующей аспирацией 250 мл жидкости. К концу беременности размер почки нормализовался. Роды произошли путем кесарева сечения. Однако в почке были обнаружены необратимые изменения, что привело к необходимости нефрэктомии у ребенка в возрасте 1 мес.

Необходимо отметить, что в ряде случаев после экстракорпорального оплодотворения приходится прибегать к различным оперативным вмешательствам, в частности к редукции плода при многоплодной беременности. Так, у женщины с вторичным бесплодием с бихориальной двойней после ЭКО на 15 – 16 нед. беременности у одного из плодов была выявлена анэнцефалия и острое многоводие аномального плода. В сроке 29 – 31 нед. под контролем УЗИ было произведено три трансбдоминальных амниоцентеза с интервалом 2 – 4 дня и удалено

суммарно 2,5 литра околоплодных вод. Роды, наступившие в срок, закончились рождением живого ребенка без пороков развития и мертвым плодом с анэнцефалией.

Таким образом, на основе пренатальной диагностики и обнаружения разнообразных аномалий развития возможно проведение успешных лечебных манипуляций на плоде. При этом удалось не только сохранить желанную беременность, но и эффективно воздействовать на плод и способствовать рождению здоровых детей.

В заключение необходимо отметить, что концентрация врожденных пороков развития на базе высокоспециализированного перинатального учреждения позволяет добиться существенных успехов в ранней диагностике и своевременной коррекции пороков и способствует снижению перинатальной смертности и инвалидизации с детства.

План дальнейшего развития предусматривает создание федеральной программы по оказанию хирургической помощи новорожденным детям с пороками развития для всех регионов России. По мере совершенствования этой службы в рамках учреждения родовспоможения предполагается развитие внутриутробной хирургии у плодов с врожденными пороками развития.

Савельева Г.М., Курцер М.А., Азиев О.В., Штыров С.В., Бугеренко А.Е.

Кафедра акушерства и гинекологии неонатического факультета Российского Государственного медицинского университета, Москва

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

К настоящему времени на клинических базах кафедры (31-я ГКБ и ЦПСИР) выполнено более 30000 лапароскопических операций.

Широкое внедрение в клиническую практику лапароскопических вмешательств при различной патологии гениталий и накопленный опыт их проведения сделали необходимым пересмотреть некоторые подходы и определить наиболее оптимальные, научно обоснованные позиции при выборе оперативного доступа и методик выполнения гинекологических операций.

Десятилетнее применение лапароскопической гистерэктомии (всего более 3500 операций) позволило определить ее место в современной гинекологии, детализировать противопоказания, оптимизировать технику и объем вмешательства. При гистерэктомии мы являемся сторонниками сохранения шейки матки в случаях отсутствия ее патологических изменений. Средняя продолжительность неосложненной тотальной лапароскопической гистерэктомии колеблется от 45 до 80 минут, а надвлагалищной ампутации – 30-60 минут, то есть приближается к длительности таких же операций при лапаротомии.

Следует отметить, что в если 1996 году производилось всего 56 гистерэктомий, то в последние годы ежегодно выполняется более 500.

Дискутабельным остается применение эндоскопии при миоме матки больших размеров. По нашим данным, лапароскопический доступ для гистерэктомии следует особо взвешенно использовать у пациенток при миоме матки, превышающей размеры 15-недельной беременности. Ретроспективный анализ осложнений лапароскопической гистерэктомии показал, что особую опасность в отношении повреждений мочеточников во время ЛГ представляют пациентки с низким, интралигаментарным расположением миоматозных узлов, ограничением подвижности матки и распространенным эндометриозом. При тотальной лапароскопической гистерэктомии (ТЛГ) мы зарегистрировали большую частоту осложнений, чем при субтотальной. Профилактика осложнений ЛГ основана на тщательном отборе пациенток и совершенствовании навыков ее выполнения.

В последние годы наметилась тенденция к распространению вагинального доступа для удаления

матки у пациенток без пролапса гениталий, который по течению послеоперационного периода, срокам реконвалесценции является альтернативой лапароскопической гистерэктомии. Мы не оспариваем достоинства такого доступа, однако, по нашему мнению, вагинальная гистерэктомия имеет ряд ограничений: большие размеры матки, наружный генитальный эндометриоз, спаечный процесс брюшной полости и малого таза, новообразования придатков матки.

Появление новых технологий требует изменения принципиальных подходов в лечении пациенток с миомой матки, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции.

Накопленный опыт (более 600 наблюдений) лапароскопической миомэктомии (ЛМ), позволил определить противопоказания к использованию эндоскопического доступа, оптимизировать методики выполнения и проанализировать ближайшие и отдаленные результаты этой операции.

Частота использования лапароскопической миомэктомии в наших клиниках составляет более 80 %. Важными моментами при выполнении этой операции лапароскопическим доступом мы считаем: предоперационное лечение агонистами Гн-РГ (золадекс, нафарелин и др.) и восстановление всех дефектов миометрия с помощью лапароскопических швов. Следует заметить, что у 2 пациенток после миомэктомии мы наблюдали разрыв матки в поздние сроки беременности по рубцу, что, по-видимому, является следствием неадекватного восстановления дефектов миометрия.

При изучении отдаленных результатов нами было установлено, что ЛМ приводит к устранению нарушений менструальной функции более чем у 86 % пациенток, наступление беременности констатируется у 44 % женщин, частота рецидивов миомы матки в течение 5 лет после операции колеблется в пределах от 8 до 17 %.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) у пациенток с миомой матки, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции, в последние годы прочно вошла в повседневную практику. Оценивая результаты использования ЭМА у 371 пациентки, мы отметили ее высокую эффективность. Ни у одной пациентки в дальнейшем не пришлось прибегать к гистерэктомии. Также достоинствами методики являются: малая инвазивность, минимальное количество осложнений, короткие сроки пребывания больных в стационаре. К недостаткам ЭМА следует отнести ее высокую стоимость.

Одним из путей оптимизации лечебных подходов у пациенток с миомой матки представляется лапароскопическая перевязка маточных артерий (ЛПАМА) в сочетании и без миомэктомии, которую мы начали применять в последнее время. ЛПАМА как этап выполнения миомэктомии позволяет уменьшить затраты на лечение за счет отказа от приме-

нения предоперационного назначения агонистов ГнРГ, снизить объем интраоперационной кровопотери и частоту рецидива миомы матки после операции.

Возможности малоинвазивной хирургии у пациенток с пролапсом гениталий и недержанием мочи продолжают разрабатываться в клиниках кафедры. За период с 1999 г. по настоящее время в ЦПСИР лапароскопическим доступом оперировано 50 больных с пролапсом гениталий в возрасте от 41 до 72 лет. Из них у 38 пациенток показанием к хирургическому лечению служило неполное или полное выпадение матки, у 6 пролапс культи шейки, у 6 – купола влагалища. 23 пациентки перенесли ранее вмешательства различными способами по поводу доброкачественной патологии или пролапса гениталий, а также недержания мочи.

В 37 наблюдениях пролапс гениталий сочетался с нарушениями мочеиспускания и недержанием мочи, в 23 – с цисто- и ректоцеле. В предоперационном периоде всем пациенткам проводилось комплексное уродинамическое исследование для определения необходимости коррекции стрессовой инконтиненции.

Продолжительность хирургических вмешательств колебалась от 100 до 240 минут (в среднем 165). Наряду с лапароскопической промонтофиксацией были выполнены сопутствующие операции: гистерэктомия – у 38 (СЛГ- 31, ТЛГ – 7), операция Берча – у 22, TVT TOT – у 7, коррекция паравагинальных дефектов – у 13, кольпоперинеолеваторопластика – у 9.

Среди осложнений лапароскопической сакропексии следует отметить 2 ранения мочевого пузыря, основной причиной их возникновения явилась повышенная отечность тканей из-за длительно существующего пролапса, затруднявшая четкую идентификацию границ мочевого пузыря. Восстановление целостности дефектов проводилось лапароскопическим доступом с благоприятным исходом. У 2 пациенток, активно живущих половой жизнью, через 12 и 15 месяцев после операции наблюдалась эрозия слизистой влагалища, потребовавший иссечения части протеза влагалишным доступом.

Изучение результатов лечения в сроки от 6 месяцев до 8 лет показали высокую эффективность лапароскопической промонтофиксации. У 8 пациенток через 6-12 месяцев после вмешательства в плановом порядке выполнялась кольпоперинеолеваторопластика в связи с опущением стенок влагалища. Накопленный клинический опыт позволил сделать выводы об оптимизации лечебных подходов у женщин с пролапсом гениталий.

Наряду с расширением использования лапароскопического доступа в лечении патологии гениталий естественно стремление к использованию современных эндоскопических методик в амбулаторных условиях. Трансвагинальная гидролапароскопия (126 наблюдений) зареко-

мендовала себя достаточно информативной и безопасной процедурой и может рассматриваться в качестве скрининг-метода обследования у пациенток с бесплодием. По нашим данным, ее диагностическая ценность при спасном процессе малого таза составила 92,6 %, при патологии маточных труб – 81,25 %, при наружном эндометриозе – 62,9 %.

Совершенствование эндоскопического оборудования за счет уменьшения диаметра телескопа без потери качества получаемого изображения стало поводом для появления фетоскопии. Плод стал рассматриваться как пациент, которому в настоящее время проводятся не только диагнос-

тические, но и лечебные процедуры. И в нашей клинике начато внедрение эндоскопической фетальной хирургии: лазерная вапоризация патологических анастомозов плаценты при фето-фетальном синдроме у пациенток с монохориальной двойней и окклюзия пуповины одного из плодов с хромосомной или другой патологией.

Таким образом, систематическое переосмысление полученных результатов и внедрение в практику новых технологий открывает новые возможности использования эндоскопической хирургии, что позволяет оптимизировать лечебные подходы оказания хирургической помощи в акушерстве и гинекологии.

Адамян Л.В., Яроцкая Е.Л., Ткаченко Э.Р.

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Россия

ЭНДОМЕТРИОЗ КАК НАУЧНАЯ, МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Для эндометриоза характерны многообразие форм и вариантов клинического течения, парадоксальные аспекты этиопатогенеза. Многолетний собственный опыт и анализ работы Российской Ассоциации Эндометриоза свидетельствуют о том, что это заболевание представляет собой серьезную социальную проблему, что обусловлено преобладанием в его клинической картине таких симптомов, как изнуряющие хронические или циклические тазовые боли, нарушения репродуктивной функции и менструального цикла. Результаты лечения больных эндометриозом всех возрастных групп (детей, женщин репродуктивного и перименопаузального возраста) свидетельствуют о необходимости комплексного подхода, оценки состояния всех звеньев репродуктивной системы и исключения симульной патологии. Восстановительное лечение следует проводить по индивидуальным программам в зависимости от симптоматики и степени нарушения функций репродуктивной системы. При этом восстановление генеративной функции является лишь частью проблемы. Хирургическое лечение является единственным на сегодняшний день методом, обеспечивающим ликвидацию анатомического субстрата эндометриоза, и, соответственно, максимальную эффективность лечения. Терапия гормональными препаратами (неместран, диферелин и др.) эффективна в плане устранения или облегчения болевой симптоматики, уменьшения размеров очагов и повышения частоты наступления беременности в спонтанных циклах или при использовании ВРТ. Ингибиторы ароматаз, которые сейчас начали использоваться для лечения эндометриоза, могут оказаться эффективным средством терапии, что нуждается в подтверждении в мультицентровых исследованиях.

Данное исследование было направлено на изучение научных, клинических и социальных аспектов эндометриоза с целью повышения качества лечения больных. Материал исследования представлен 1312 больными наружным и внутренним генитальным эндометриозом, обследование, лечение и мониторинг которых проводился в отделении оперативной гинекологии ГУ Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Комплексное клиническое обследование включало ультразвуковое исследование и/или магнитно-резонансную томографию, спиральную компьютерную томографию. Всем пациенткам выполнена диагностическая и/или хирургическая лапароскопия и гистероскопия, патоморфологическое исследование удаленных препаратов. Проведены цитогенетические, иммунологические, эндокринологические исследования, а также изучение состояния клеточного железа, систем протеолиза и ангиогенеза, позволившие установить участие в патогенезе эндометриоза таких факторов, как гормональный дисбаланс, неблагоприятная экология, генетическая предрасположенность и наследственность, расстройства иммунитета, нарушения в системах протеолиза, ангиогенеза и метаболизма железа. Специальное обследование 690 пациенток в возрасте от 19 до 63 лет (средний возраст $28,2 \pm 3,4$ года), направленное на оценку степени социальной, психологической и семейной адаптированности, включало определение социально-демографического профиля, клинко-психологическое исследование, изучение состояния ЦНС и вегетативной регуляции, качественных и количественных характеристик болевой симптоматики, состояния репродуктивной функции, основных параметров качества жизни – физической активности, сна, трудоспособности, сексуального, семейного и

социального функционирования.

Анагомо-морфологические формы эндометриоза были представлены перитонеальным эндометриозом, эндометриодными кистами яичников, глубоким инфильтративным эндометриозом с поражением ректо-вагинальной перегородки, узловатым и диффузным внутренним эндометриозом матки (аденомиозом). Комплексная диагностика с применением УЗИ, МРТ, СКТ выявила аденомиоз III степени распространения у 26 из 87 больных с внутренним эндометриозом, очаговые узловые формы аденомиоза у 49 больных, вовлечение в инфильтративный эндометриодный процесс параметриев, ректо-вагинальной перегородки, стенки кишки в 103 случаях (IV ст. распространения по классификации Л.В.Адамян, 1993 г.), наличие функционирующей остаточной яичниковой ткани и эндометриоз культи шейки матки после ранее перенесенных радикальных вмешательств у 58 больных. Средняя длительность заболевания от установления диагноза до госпитализации составила $5,4 \pm 1,3$ года. 60,8 % больных ранее получали разнообразную консервативную терапию, 37,8 % подвергались оперативному лечению. У 89 пациенток на амбулаторном этапе не было выявлено изменений тазовых органов; показаниями к хирургическому вмешательству в этих случаях были болевой синдром и/или бесплодие. Сочетанная с эндометриозом гинекологическая патология наблюдалась в 53,1 % случаев. Хронические тазовые боли отмечены у 514 (74,2 %) пациенток с эндометриозом. Первичным или вторичным бесплодием страдали 37,3 % больных, на нарушения менструального цикла по типу перименструальных кровянистых выделений и гиперменореи жаловались 28,4 % женщин, на нарушения функции кишечника и органов мочевого выделения – 10,8 %. У 256 (37,1 %) больных отмечены выраженные эмоциональные расстройства депрессивно-ипохондрического типа, высокий уровень личностной и реактивной тревожности, нарушения сна, снижение физической активности и работоспособности, сексуальная дисфункция, социальная и/или семейная дезадаптация, которые сами пациентки связывали с нарушениями репродуктивной функции и/или тазовыми болями. Анализ ЭЭГ показал выраженные изменения активности структур лимбико-ретикулярного комплекса у большинства больных с тяжелыми хроническими тазовыми болями (74,0%), характерные для хронического стресса.

Лапароскопия выявила у 438 больных варианты заболевания, недиагностированные другими методами: эндометриоз брюшины малого таза, эндометриоз аппендикса, спаечный процесс различной степени распространения, дефекты брюшины. У 32 больных с неустановленным на дооперационном этапе генезом тазовых болей лапароскопия выявила поверхностные очаги наружного эндометриоза на брюшине малого таза и яичниках, а также легкий

спаечный процесс. Наибольшая частота бесплодия в сочетании с тяжелыми тазовыми болями в сочетании со снижением ряда параметров качества жизни наблюдалась у пациенток с эндометриозом ретроцервикальной или сочетанной локализации, что было причиной выраженного снижения работоспособности, ограничения физической и социальной активности у этих больных. Тяжелый болевой синдром развился у 46 из 58 больных, ранее перенесших радикальные вмешательства в других медицинских учреждениях – гистерэктомии (тотальную или субтотальную) с придатками или без них по различным показаниям (аденомиоз и/или миома матки). Несадекватная пред- и интраоперационная диагностика эндометриоза, неэффективность эпизодического бессистемного консервативного лечения и необоснованный объем вмешательства у этих больных способствовали усугублению психологического дискомфорта, беспокойства по поводу прогноза заболевания, формированию комплекса неполноценности. У этих пациенток при углубленном обследовании и лапароскопии, проведенных в НИЦ АГиП РАМН, выявлен эндометриоз культи шейки матки, влагалища, яичника или его культи, выраженный сопутствующий спаечный процесс, эндометриоз послеоперационных рубцов.

Хирургическое лечение эндометриоза проведено лапароскопическим доступом в объеме удаления эндометриодных очагов, резекции (с щадящим использованием хирургических энергий и максимальным сохранением коркового слоя яичника и овариального резерва) или удаления яичников, лапароскопических или лапаро-вагинальных вмешательств по поводу глубоких инфильтративных очагов эндометриоза ректо-вагинальной перегородки по методике отделения, экстирпации культи шейки матки, пораженной эндометриозом, лапароскопические гистерэктомии, иссечения узлов аденомиоза (миометрэктомия), разделения спаек. Хирургическое удаление эндометриоза оказалось высокоэффективным в отношении разрешения или существенного облегчения болей у 71,8 % больных. У 26,5 % больных с тяжелыми формами эндометриоза и бесплодием в течение 2-х лет после вмешательства наступили спонтанные беременности, функция тазовых органов нормализовалась у всех больных, предъявлявших соответствующие жалобы до операции. Повышение качества жизни в связи с восстановлением трудоспособности, репродуктивной функции, социальной активности, нормализацией сексуальной функции, документировано у 79,7 % пациенток. Рецидивирование болей в течение года после операции документировано у 24,6 % пациенток, рецидив или персистенция эндометриоза подтвержден при повторной операции у 9,2 % больных.

Хирургическое лечение эндометриоза проводилось в комплексе с рациональной и медикаментозной психотерапией, лекарствами симпатиколитического

или холинолитического действия. Гормональная терапия (оральные контрацептивы, гестагены, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона) назначалась с учетом клинического варианта заболевания, для лечения персистирующих болевых симптомов после удаления очагов эндометриоза, а также в качестве альтернативы хирургическому лечению при аденомиозе. При наружном и внутреннем эндометриозе, дисменорее назначали нестероидные противовоспалительные средства – ингибиторы синтеза простагландинов. На фоне комплексной терапии результаты хирургического лечения удалось улучшить у 10,3 % больных. Четверо больных с уста-

новленной психической патологией поступили под наблюдение психиатра.

Таким образом, данное исследование показало, что больные наружным и внутренним эндометриозом нуждаются в интегрированном мультидисциплинарном и в то же время индивидуальном подходе с учетом клинического варианта течения заболевания, степени страдания качества жизни и отдельных его составляющих. Только комплексный подход обеспечивает, наряду с клиническим излечением, восстановление трудоспособности, семейных и сексуальных отношений, и способствует психологической и социальной адаптации.



РОЛЬ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Алиева Х.Г., Хархарова Э.Г.

Дагестанский научный центр РАМН, Махачкала, Дагестан

ВОЗМОЖНОСТИ И ПРИНЦИПЫ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ТРУБНО – ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Актуальность. Перспективный поисковый этап прогнозирования результатов лечения с помощью многофакторного анализа на ЭВМ обозначен, как развитие принципиально нового направления в репродуктивной оперативной гинекологии.

Цель исследования. Изучение индивидуального вклада каждого из необходимых, достаточных критериев риска при возникновении ТПБ с формированием сочетанных наиболее информационно значимых признаков, способствующих выполнению запланированного объема лапароэндоскопических операций.

Материалы и методы исследования. На основании оценки наиболее информативных показателей выделены группы больных повышенного риска в плане развития ТПБ. При построении алгоритма оптимизации лечебно-диагностического прогностического комплекса (ОЛДПК) изучен исходный набор 63 признаков из 136 больных с ТПБ в соответствии с параметрической или непараметрической исходной информацией о больном, “собственно эндоскопических операций” и послеоперационного периода с использованием пакета прикладных прогностических программ.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее диагностически значимыми определены 13 параметров, которые рассматривались как скринин-

говые тесты. В то же время установлено, что отдельный признак в отличие от совокупности факторов риска не может служить основанием для определенных выводов. Математический прогноз основан на использовании анализа Байеса и линейного дискриминантного анализа. Ведущие прогностически значимые факторы риска систематизированы в четыре группы факторов, являющиеся необходимыми и достаточными для обеспечения достаточно надежного прогноза фертильного исхода операций при непроходимости МТ. Коэффициент детерминации в среднем 0,996 свидетельствует об эффективности предлагаемой модели прогнозирования.

Первая группа факторов связана с возрастом пациентки, вторая – с характеристикой ИППП, третья связана с особенностями эндовидеолапароскопических операций, четвертая – с течением послеоперационного периода и своевременной реабилитацией.

Диагностические, прогностические ценности четырех признаков даст возможность качественно оценить исход лечения.

Заключение. Клинико-математическое обеспечение на основе пакета компьютерных программ с вычислением прогноза фертильного исхода свидетельствует об эффективности предлагаемого метода прогнозирования.

Дубницкая Л.В., Баканова Д.Н., Назаренко Т.А.

ГУ НИЦ АГиП РАМН, Москва, Россия

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТОЧНОСТЬ ФЕРТИЛОСКОПИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Актуальность проблемы. Клинические исследования свидетельствуют, что трубно-перитонеальный фактор является наиболее частой причиной infertility (40 – 70 %). Известно, что информативность широко применяемых до настоящего времени косвенных методов оценки состояния органов малого таза (УЗИ сканирование, ГСГ, ЭхоГсС) не превышает 60 – 70 %. Высокой, практически 100 % информативностью обладает метод прямой визуализации – трансабдоминальная лапароскопия (ЛС). Однако на диагностическом этапе применение этого метода не всегда оправдано, т.к. требует условий стационара, общей анестезии, является достаточно агрессивным и инвазивным. В связи с этим перспек-

тивным представляется эндоскопический метод – фертилоскопия (сочетание трансвагинальной гидролапароскопии, хромогидротубации и гистероскопии), который отличает простота и удобство выполнения.

Целью исследования явилось изучение доступности и информативности фертилоскопии при обследовании пациенток с бесплодием.

Материал и методы. Обследовано 72 женщины репродуктивного возраста (от 23 до 40 лет) с бесплодием неясного генеза. Длительность (первичного или вторичного) бесплодия составляла от 1 до 20 лет. Всем пациенткам проводилось ГСГ исследование, ЭхоГсС и фертилоскопия. Помимо этого, на первом

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-Гес, точность этих методов не превышала 57 – 68 %. Диагностическая точность ТВГЛ составила 92 – 96 %, максимально соответствовала данным ЛС.

Заключение. 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 прогнатовоспалительное 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 объема 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.

Кира Е.Ф.¹, Лятошинская П.В.², Беженарь В.Ф.²

¹Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗиСР РФ, Москва; ²кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИДРОСАЛЬПИНКСАМИ

Цель исследования: определение показаний и противопоказаний к выполнению реконструктивно-пластических операций (РПО) на маточных трубах при наличии гидросальпинксов.

Материал и методы. В течение 1997 – 2001 гг. нами было прооперировано 159 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием (ТПБ), обусловленным наличием гидросальпинксов. Всем пациенткам была выполнена сальпингонеостомия с использованием лапароскопической (n=122) или микрохирургической (n=47) техники. В 26 случаях выполнялась микробиопсия эндосальпинкса ампулярного отдела маточной трубы с последующим изучением его ультраструктуры методом световой и электронной микроскопии (микроскоп «Hitachi», Япония).

Результаты исследования. При сравнении результатов операций, выполненных с использованием лапароскопической и микрохирургической техники достоверных отличий не выявлено. Так, частота наступления беременности после лапароскопических операций составила 30,4 % (34 из 112), а после микрохирургических – 29,8 %

(14 из 47; $p>0,05$). Средний промежуток времени, прошедший с момента операции до наступления беременности после лапароскопии составил $5,4 \pm 0,4$ мес., а после микрохирургии – $4,5 \pm 0,5$ мес. ($p>0,05$). Однако применение лапароскопической техники является более оправданным по известным обстоятельствам.

Заключение. Среди неблагоприятных факторов, снижающих вероятность наступления маточной беременности, были выявлены: диаметр гидросальпинкса более 1 см, ригидная стенка маточной трубы, выраженный спаечный процесс органов малого таза, а также перенесенные ранее оперативные вмешательства на маточных трубах, возраст пациентки старше 30 лет и длительность бесплодия более 5 лет. Так, частота наступления маточной беременности у пациенток с гидросальпинксами диаметром более 1 см и ригидной стенкой маточной трубы не превышала 9,2 %. При этом в ультраструктуре эндосальпинкса пациенток данной категории выявлены глубокие необратимые изменения дистрофического характера, обуславливающие функциональную неполноценность маточных труб.

Чуб В.В., Шупик А.И., Климов В.А.,
Анистратенко С.И., Школа Л.И.

Луганский государственный медицинский университет,
Луганск, Украина

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БЕСПЛОДИЯ

Введение. Репродуктивное здоровье женщины – важное условие благоприятных перспектив каждой нации. Преодоление проблемы бесплодия супружеской пары является вопросом государственной важности, но не менее значимым – правильное ведение беременности и выбор метода родоразрешения у пациенток с наступлением беременности после оперативного лечения бесплодия.

Цель исследования: проведение анализа течения беременности и родов у женщин после лапароскопической коррекции бесплодия.

Материал и методы исследования. Проведен анализ особенностей течения беременности и родов у 54 женщин, у которых беременность наступила после лапароскопического лечения бесплодия.

Результаты исследования. Причинами бес-

плодия, по данным проведенной лапароскопии, являлись: трубно-перитонеальный фактор (49,3 %), перитонеальный – (9,6 %), полная непроходимость маточных труб (38 %), в том числе сактосальпинксы – у 23,4 %. Сочетание сальпингита с эндометриозом выявлено у 28,2 %, с фибромиомой – у 10,4 %, синдромом поликистозных яичников – 16,4 %, аномалиями развития матки – 5,6 %. Во время лапароскопии выявлена различная степень спаечного процесса по классификации Hulka: I степень – 35 %, II – 46 %, III степень – 19 %. Сочетанные формы бесплодия имели место у 57 % пациенток, часто наблюдалось сочетание 3–4 факторов бесплодия супружеской пары. Беременность наступила в течении 6 месяцев после оперативного лечения у 54 % женщин, реже – 31 % – до 12 месяцев, и значительно реже 15 % – до 18 месяцев.

Особенностями течения беременности явилось: высокая частота угрозы прерывания беременности и угрозы преждевременных родов – 44 % в I триместре, 35 % – во II триместре, 21 % – в III триместре; ранняя первичная фетоплацентарная недостаточность – 32 %; хроническая внутриутробная гипоксия плода – 34 %, синдром задержки внутриутробного развития плода – 12 %. Достоверных отличий в частоте развития гестоза, анемии беременных, других акушерских осложнений во время беременности не выявлено. Характерная высокая частота самопроизвольного прерывания беременности в I триместре – 9 %. Преждевременные роды отмечались у 35 % пациенток. Срочные роды имели место у 65 %. Роды через естественные родовые пути наблюдались в 62 % случаев, путем операции кесарева сечения – 38 %. Среди показаний к оперативному родоразрешению преобладали акушерские показания (86 %), причем, как правило,

со стороны плода (69 %). Наиболее частыми осложнениями родов были: первичная (41 %) и вторичная (23 %) слабость родовой деятельности, прогрессирующая интранатальная гипоксия плода (10 %). Характерной особенностью являлась корреляционная взаимосвязь между частотой и тяжестью осложнений беременности и родов у пациенток с длительным течением бесплодия, возрастом родителей, особенностями проводимого консервативного и оперативного лечения бесплодия до наступления беременности.

Выводы. Женщины, перенесшие оперативное лечение по поводу бесплодия, относятся в группу риска по осложненному течению последующей беременности. Частота осложнений коррелирует с особенностями этиологического фактора бесплодия, длительностью течения патологического процесса. Это требует проведения тщательной предгравидарной подготовки и ведения беременности с ранних сроков у пациенток данной группы.

Корсак В.С.

Кафедра акушерства и гинекологии СПбГМУ им.И.П.Павлова, Международный Центр репродуктивных технологий, СПб, Россия

ЭНДОСКОПИЯ И ВРТ

Лапароскопия и гистероскопия занимают главенствующее место среди современных диагностических и лечебных методов в гинекологии и репродуктивной медицине в частности. Внедрение в клиническую практику методов ВРТ и наблюдающееся в последние годы существенное повышение их эффективности сделали актуальным изучение и разработку рациональной тактики использования эндоскопии и ВРТ в терапии бесплодия. Важнейшим и единственным критерием для принятия

решения является ответ на вопрос – повышает ли использование того или иного метода или их совокупности шансы наступления беременности и рождение живого здорового ребенка. В докладе на основе данных литературы и собственного опыта будет рассмотрена целесообразность использования диагностических лапароскопии и гистероскопии, оперативных вмешательств, выполняемых при этих доступах, для повышения результативности ВРТ.

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

СПбГПМА, Санкт-Петербург, Россия.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ (ГВЗПМ)

Целью обследования 98 девушек в возрасте от 14 до 17 лет с ГВЗПМ было оценить степень соответствия тяжести клинических проявлений степени гнойно-деструктивных процессов в придатках матки, выявленных при лапароскопии, и разработать рациональную тактику диагностики и лечения ГВЗПМ.

Материал и методы. В соответствии с классификацией ГВЗПМ были сформированы две группы пациенток: группа I – с осложненной формой (тубоовариальный абсцесс) – 52 девушки; группа II – с

неосложненной формой (острый гнойный сальпингит) – 46 пациенток. Средний возраст пациенток обеих групп составил $16,0 \pm 0,1$ лет. При постановке диагноза использовали критерии диагностики ГВЗПМ ВОЗ. В качестве подтверждающего критерия нами использована лапароскопия у всех пациенток. Тяжесть клинико-анатомических изменений органов малого таза во время лапароскопии оценивали по шкале J.Henry-Suchet.

Результаты. В результате исследования выявлено, что диагноз направления соответствовал кли-

ническому диагнозу ГВЗПМ у 48 из 98 (50 %) пациенток. С диагнозом «острый живот» поступили 22 (22,4 %) девочки. Остальные 28 (28,5 %) пациенток поступили с диагнозами «гинекологическая патология невоспалительного генеза», «маточное кровотечение», «острый холецистит», «инфекция мочевыводящих путей». Средняя длительность догоспитального этапа составила у пациенток I группы $18,2 \pm 2,4$ дня и у девушек II группы $8,4 \pm 1,4$ дня ($t=3,36$; $p<0,001$). Основной жалобой 64 из 98 (65,3 %) больных были боли в гипогастральной области. Из 98 пациенток на боли в правом подреберье жаловались 10 (10,2 %) пациенток, сочетание болей в гипогастральной области и правом подреберье отмечено у 13 (13,2 %) девушек, болевой синдром отсутствовал у 11 (11,2 %) пациенток, которые обратились по поводу маточного кровотечения. С тяжестью деструктивного процесса в придатках матки, выявленного при лапароскопии, достоверно коррелировал лишь один лабораторный показатель – СОЭ, средние значения которого составили $19,1 \pm 1,7$ мм/ч для группы I ($n=52$) и $11,8 \pm 1,2$ мм/ч для группы II ($n=46$) ($t=3,34$; $p<0,001$). Санационную лапароскопию проводили пациенткам обеих

групп в сроки от 1 до 11 суток. В течение 1 – 3-х суток хирургическое вмешательство произведено 75 (76,5 %) пациенткам. Отсроченная лапароскопия осуществлена 23 (23,5 %) больным. Среднее значение индекса J.Henry-Suchet составило $17,3 \pm 0,5$ балла для пациенток I группы и $15,3 \pm 1,2$ балла для пациенток II группы. Значение индекса J.Henry-Suchet оставалось высоким у всех пациенток с отсроченной лапароскопией вплоть до 11 суток на фоне проводимой комплексной антибактериальной терапии. Объем оперативного вмешательства включал адгезиолизис, промывание малого таза антисептиком, дренирование малого таза, тубэктомия, аднексэктомия, аппендэктомия и резекцию большого сальника.

Выводы. Таким образом, выявленные особенности течения ГВЗПМ у девушек-подростков демонстрируют целесообразность постановки диагноза на основании минимальных и дополнительных критериев ВОЗ. Учитывая значительное количество пациенток (23,5 %), потребовавших проведения отсроченного вмешательства, считать целесообразным проведение лапароскопии в 1-е – 3-е сутки, что позволяет верифицировать диагноз и произвести адекватную санацию пораженной области.

Лятошинская П.В.¹, Кира Е.Ф.³, Беженарь В.Ф.¹, Жемчужина Т.Ю.²

¹Кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии; ²Елизаветинская больница, Городской Центр лапароскопической хирургии, Санкт-Петербург;

³Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗиСР РФ, Москва, Россия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРОКСИМАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Актуальность проблемы. Окклюзия маточных труб в проксимальном отделе является одной из причин трубно-перитонеального бесплодия среди женщин. Частота проксимальной трубной окклюзии по данным различных авторов составляет в среднем около 20 %.

Материал и методы. Нами было прооперировано 27 пациенток по поводу трубно-перитонеального бесплодия с окклюзией маточных труб в интрамуральном отделе. Средний возраст больных составил $28,6 \pm 5,7$ лет (от 21 до 42 лет). Из них 9 пациенток (33,3 %) с первичным и 18 (66,7 %) – с вторичным бесплодием. С целью реканализации проксимального участка маточных труб нами был использован набор коаксиальных катетеров, предложенный Novy в 1988 году (J-NCS-503570, COOK, США).

Результаты исследования. По данным предоперационного обследования (ГСГ), у 11 пациенток имелась билатеральная обструкция интрамурального отдела маточных труб, у 9 – унilaterальная, у 6 – одна труба была непроходима в интрамуральном отделе, в то время как с другой стороны имелся гидросальпинкс, а у 1 пациентки была выявлена проксимальная окклюзия единственной маточной трубы.

В результате проведения трансцервикальной реканализации интрамурально окклюзированных маточных труб данным методом интраоперационно удалось восстановить проходимость хотя бы одной маточной трубы у 25 пациенток (92,6 %). Всего из 38 реканализированных труб восстановлена проходимость 31 маточной трубы (81,6 %). Лапароскопический контроль позволил обнаружить не выявленную на дооперационном этапе патологию дистальных отделов маточных труб и перитубарной области у 12 пациенток (57,1 %). У 6 пациенток из этой группы были выявлены гидросальпинксы диаметром от 1 до 3 см, а у 9 – спаечный процесс органов малого таза (I-II ст. – в 6, III-IV ст. – в 3 случаях, по J.Hulka). При выявлении данных патологических изменений выполнялся сальпингоовариолизис, фимбриолизис или же цеоосальпингостомия соответственно в каждом конкретном случае. Во время диагностической гистероскопии, которая проводилась перед реканализацией маточных труб у 7 пациенток (29,6 %) была выявлена внутриматочная патология (полипы эндометрия, субмукозный миоматозный узел, внутриматочные синехии).

За время послеоперационного наблюдения (не менее 6 мес.) беременность наступила у 12 пациен-

ток (48 %), из них в 9 случаях – маточная беременность, и в 3 случаях – внематочная беременность в реканализированной трубе. Четыре беременности завершились срочными родами, 2 пациентки наблюдаются с ранними сроками гестации, и в 3 случаях произошел самопроизвольный аборт при сроках беременности от 6 до 12 недель. Частота реокклюзии прооперированных маточных труб по данным ГСГ через 1 год после операции составила 46,2 %.

Маркова Е.А., Кузнецова Т.А., Востриков В.В., Салфеткина С.В.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 Алтайского Государственного медицинского университета, Сибирский институт репродукции и генетики человека, Барнаул, Россия

Выводы. Таким образом, трансцервикальная реканализация маточных труб является малоинвазивным и эффективным методом лечения трубной окклюзии в интрамуральном отделе, позволяющем восстановить проходимость маточных труб в 81,6 % случаев. Данный метод является предпочтительным у пациенток с возможным сочетанным поражением дистального и проксимального отделов маточных труб, а также с внутриматочной патологией.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭНДОСКОПИИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Целью настоящего исследования явилась оценка целесообразности и эффективности комбинированного эндоскопического обследования в подготовке и последующем ведении пациенток в программах ЭКО.

Материал и методы. В исследование вошли 168 пациенток программ IVF по стандартному длинному протоколу индукции овуляции с 21-го дня. В зависимости от времени, объема предварительного обследования и коррекции выявленной патологии все пациентки были разделены на три группы. В I группу вошли 40 пациенток (23,8 %), которым перед очередным циклом ЭКО проведено комбинированное эндоскопическое обследование. Во II – 69 женщин (41,0 %), которым в анамнезе осуществлялись различные варианты эндоскопического и хирургического лечения с попыткой коррекции репродуктивной функции. 59 пациенткам III группы (35,1 %) эндоскопическое обследование не проводилось.

Результаты исследования. Кроме неудач предыдущих попыток ВРТ, показаниями к проведению комбинированного эндоскопического обследования (гистероскопия + манипуляционная лапароскопия)

у 40 пациенток первой группы были: клинические и УЗ – признаки патологии эндометрия; подозрение на наличие гидросальпинкса или генитального эндометриоза. При проведении эндоскопической в половине случаев (65 %) гистероскопически выявлена патология эндометрия, в 20 % – гидросальпинксы, у каждой десятой (12,5 %) пациентки – наружный генитальный эндометриоз. С учетом выявленной патологии проводилась корригирующая терапия и прегравидарная подготовка. В результате проведения последующих процедур ВРТ беременность наступила у 37,5 % пациенток I группы; у 30,4 % – II и у 30,5 % III.

Выводы. Таким образом, комбинированное эндоскопическое обследование и последующая коррекция выявленной патологии являются обязательным этапом подготовки женщин к программам IVF в случаях неудач предыдущих попыток и при наличии клинических и параклинических данных гинекологической патологии. Реализация данного подхода способствует повышению эффективности преодоления бесплодия с использованием ВРТ.

Огурцов А.В., Кабешов А.М., Брянцев А.Д., Веденеева Н.В., Смирнова О.А., Арканова Е.И., Корнийчук Ю.В.

Областная клиническая больница, Ярославль, Россия.

ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Материал и методы. Изучена возможность трансвагинального доступа для эндоскопической диагностики трубно-перитонеального бесплодия и лечения послеоперационных ретенционных кист яичников. Трансвагинальная гидролапароскопия (ТВЛ) проводилась в условиях стационара с использованием 5мм 30° ригидной оптики и оборудования «Karl Storz» (Germany).

Результаты. За 3 года выполнено 112 ТВЛ. У 108 пациенток (I клиническая группа) через 1 – 4 месяца после реконструктивно-восстановительных лапароскопических вмешательств на маточных трубах. Объем операции включал осмотр позадидаточного пространства, хромогидротубацию, фимбриоскопию. У 4 пациенток (II клиническая группа) с ретенционными послеоперационными кистами

яичников больших размеров (11–14 см) произведен осмотр с прицельной биопсией внутренней поверхности капсулы кисты, аспирация содержимого с его цитологическим исследованием, введение склерозирующих препаратов (5-фторурацил, 70 % этиловый спирт). Доступ не реализован, и операция прекращена у 2 пациенток I группы ввиду облитерации позадиматочного пространства. В I группе допущено 2 осложнения (1,78 %): ранение экстраперитонеального отдела прямой кишки (проведено консервативно), кровотечение из кольпотомной раны через 3 часа после операции (остановлено наложением шва на кольпотомную рану). В I клинической группе 19 (17,6 %) пациенткам с выявленным рецидивом нарушения проходимости маточных труб рекомендована релaparоскопия или метод ЭКО. Планирование беременности предложено 89 (82,4 %) женщинам с удовлетворительным результатом восстановительной

операции. Во II клинической группе при наблюдении в течение 6 – 12 месяцев отмечено уменьшение объема образований яичников в среднем на 63 % со значительным ослаблением болевого синдрома.

Выводы. Таким образом, ТВЛ представляется информативным и относительно безопасным методом контроля эффективности хирургического лечения женщин, перенесших реконструктивные операции на маточных трубах с целью определения тактики их дальнейшего ведения и репродуктивного прогноза. ТВЛ – эффективный метод диагностики и лечения послеоперационных ретенционных образований яичников при массивном послеоперационном спаечном процессе брюшной полости. Целесообразно внедрение трансвагинального доступа для проведения эндоскопических операций на органах малого таза.

Попов А.А., Мананникова Т.Н., Кирюшкина О.Г., Чаусова Н.А., Глухов Е.Ю.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
МЗиСР РФ, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНЫХ БАРЬЕРОВ В РЕПРОДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ

Актуальность проблемы. Спаечная болезнь (СБ) брюшной полости продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре осложнений абдоминальной хирургии. Согласно классификации ВОЗ тазовые спайки у женщин выделены в отдельный раздел, что подчеркивает особую важность этой патологии. В настоящее время не существует надежных средств профилактики послеоперационного спайкообразования. Поэтому метод, который смог бы снизить или предотвратить образование спаек после операции, был бы очень полезен для снижения частоты случаев неэффективности хирургического лечения в общем, повышения эффективности репродуктивной хирургии в частности. В литературе встречается множество сообщений о попытках лечения спаечной болезни лапароскопическим методом, успехи которых в основном зависят от степени выраженности СП и вида спаек. Для профилактики рецидива спайкообразования после лапароскопических операций по поводу спаечной болезни, некоторыми авторами рекомендуется по завершении основного этапа вмешательства введение в брюшную полость кристаллоидных и коллоидных растворов, дозированное промывание брюшной полости изотоническим раствором хлорида натрия с гепарином, введение глюкокортикостероидов. Также рекомендуется применять для профилактики перитонеальных сращений остаточный карбоксиперитонеум (до 2 – 4 мм рт. ст.). При изучении литературы нами обнаружена тенденция последних лет – считается, что наиболее перспективным принципом, обеспе-

чивающим высокий профилактический эффект, является применение средств, разобщающих раневые поверхности. Сегодня известны два типа противоспаечных барьеров, применяемых в оперативной гинекологии. Это саморассасывающиеся мембраны и жидкие среды. Более перспективным следует считать применение вязких индифферентных субстанций с целью профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости, способные предотвратить диффузный слипчивый процесс. Гелевая форма препарата не требует повторных введений и не вызывает механического раздражения с развитием асептической воспалительной реакции (как твердые пленчатые “барьерные” средства типа Interseed® и Seprafilm®). Кроме того, структура геля позволяет депонировать в нем различные лекарственные препараты, способные усиливать профилактический эффект.

Целью нашего исследования послужило создание протокола использования и оценки эффективности противоспаечных барьеров Interseed и Intergel. Мембрана Interseed (окисленная регенерированная целлюлоза) стандартного размера использована у больных после выполнения миомэктомии при множественной локализации опухолей (35 случаев), после удаления ретроцервикального эндометриоидного инфильтрата (11 пациенток), а также у пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия у 18 больных. Известно, что эти оперативные вмешательства имеют высокий риск формирования послеоперационных спаек.

Материал и методы. Лапароскопическим до-

ступом миомэктомия была выполнена у 31 больной; в четырех случаях потребовалось проведение полостной операции, что было связано с атипичным расположением миоматозных узлов. У 8 пациенток из всех оперированных с миомой матки было применено по две мембраны Interceed, что обусловлено наличием множественных миоматозных узлов и различной их локализацией. При операциях по поводу бесплодия в некоторых случаях использовалась лишь часть мембраны. При проведении контрольного УЗИ на 3-и и 5-е сутки после операции отмечено, что мембрана Interceed не определяется на 5-е сутки. Также у 10 больных, перенесших ранее от 2 до 4-х «открытых» операций на органах малого таза и брюшной полости, после адгезиолизиса с целью профилактики повторного формирования спаек применен Intergel по стандартной методике. Intergel (гиалуронат натрия) является природным высокомолекулярным мукополисахаридом, который, гидролизуясь до ди- или тетрасахаридных фрагментов, образует вязкий смазывающий слой на поверхности брюшины. Особенностями проведения лапароскопии у таких пациенток явилось использование точки Мак-Бурнея слева для создания пневмоперитонеума и применение в дальнейшем «оптического» троакара. При проведении серии контрольных УЗИ в послеоперационном периоде у данных больных отмечено, что наличие Intergel не отмечено на 14–15-е сутки после операции. Сроки наблюдения за больными составили от 6 до 24 месяцев. Эффективность противоспаечных барьеров оценена у 34 больных при повторной лапароскопии, которая была выполнена через 4–6 месяцев после операции (в 29 случаях после применения мембраны Interceed и в 5 – после применения Intergel).

Результаты исследования. Формирование спаек после миомэктомии отмечено у 6 женщин, однако, спайки были без выраженной васкуляризации, имели пленчатое строение, носили единичный характер. У женщин, ранее оперированных по поводу ретроцервикального эндометриоза, отмечено сохра-

нение позадиматочного пространства. Повторное формирование спаек у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием отмечено в четырех случаях, однако их интенсивность была значительно ниже у трех больных, спайки de novo образовались в двух случаях. В одном случае на 7-е сутки после применения Intergel больная повторно оперирована с подозрением на спаечную тонкокишечную непроходимость. Наличие геля и спаек в брюшной полости не установлено. Мы также оценили репродуктивную функцию. После применения мембраны Interceed беременность наступила у 18 женщин: в 10 случаях – после миомэктомии, у трех женщин после операции по поводу эндометриоза, и у 5 женщин – после операции по поводу бесплодия. 12 женщин родоразрешены; в двух случаях путем кесарева сечения по акушерским показаниям. После применения Intergel наступили беременности у двух женщин, у пациенток произошли срочные самопроизвольные роды.

Заключение. Анализируя данные литературы, можно отметить, что процесс заживления повреждений брюшины может протекать по двум направлениям: быстрой мезотелизации дефекта или образования спаек, которые в последующем могут либо рассосаться, либо превратиться в плотные соединительнотканые сращения, способные в последствии вызвать СБ и в том числе кишечную непроходимость. Процесс спайкообразования брюшной полости является сложным, многогранным одновременно и защитно-приспособительным и патологическим явлением. Он не может считаться до конца исследованным и требует проведения дальнейших исследований. Учитывая, что спайки являются самым частым осложнением хирургического вмешательства на органах брюшной полости, а также то, что основным этиопатогенетическим звеном процесса является повреждение брюшины и организация соединительной ткани между листками поврежденной брюшины. Наиболее перспективными являются разработки средств, разграничивающих раневые поверхности.

Рулев В.В., Абашова Е.И., Мишарина Е.В.,
Потин В.В., Тарасова М.А.

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Актуальность проблемы. В России частота бесплодных браков превышает установленный ВОЗ критический уровень в 15 % и достигает 17 % от общего количества супружеских пар. С 1992 года в России отмечается отрицательный прирост населения, равный 1,3 % в год. Среди причин бесплодия женское бесплодие, обусловленное гормональной недостаточностью яичников, встречается в 35–40 % случаев. Гормональное бесплодие является

следствием различных заболеваний репродуктивной системы, общее звено которых составляет яичниковая недостаточность. Ранее нами было установлено, что нормогонадотропная ановуляция, как правило, не связана с повреждением механизма обратной положительной связи между яичниками и гипофизом и обусловлена недостаточной секрецией эстрогенов доминантным фолликулом. Выяснение и устранение овариальных и внегонадных факто-

ров, приводящих к нарушению фолликулогенеза в яичниках, имеет важное значение для преодоления гормональной недостаточности яичников.

Материал и методы. За 10 лет лапароскопия проведена 1423 женщинам репродуктивного возраста с нормогонадотропной недостаточностью яичников. Первичное бесплодие имелось у 43,4 %, вторичное – у 56,6 % больных. Продолжительность бесплодия варьировала от одного года до 15 лет. Помимо гормонального обследования использовались ультразвуковые, иммунологические, гистологические методы исследования. Малые формы наружного генитального эндометриоза были обнаружены у 53,1 %, эндометриоз III – IV стадии – у 15,8 %, хронический аднексит – у 22,0 %, синдром поликистозных яичников – у 9,1 % больных. У 30,1 % больных с помощью метода пря-

мой иммуофлюоресценции диагностирован аутоиммунный оофорит. У 45,5 % больных причина нормогонадотропной недостаточности яичников была установлена впервые. Лапароскопическая электрокоагуляция эндометриoidных гетеротопий привела к восстановлению овуляторного менструального цикла у 34,3 % больных с наружным генитальным эндометриозом. Электрокаутеризация яичников способствовала восстановлению овуляторного менструального цикла у 54,9 % больных с синдромом поликистозных яичников. В остальных случаях лапароскопия помогла выбрать оптимальную терапию нормогонадотропной недостаточности яичников.

Выводы. Таким образом, лапароскопия является важным звеном в диагностике и терапии гормонального бесплодия.

Стрижелецкий В.В., Жемчужина Т.Ю.,
Лучкин А.Н., Кахиани Е.И., Тайц А.Н.

Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии; Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Актуальность. Воспалительные заболевания придатков матки представляют собой одну из медицинских проблем, существенно влияющих на здоровье женщин детородного возраста. В последние годы отмечено повышение частоты развития острых воспалительных заболеваний придатков матки (ОВЗПМ).

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения женщин детородного возраста, поступивших по экстренным показаниям в стационар с диагнозом ОВЗПМ в период 1995 – 2004 гг., с использованием эндовидеохирургических технологий. За данный период нами выполнено 528 лапароскопических операций у пациенток с ОВЗПМ. В большинстве наших наблюдений основным клиническим диагнозом у пациенток был острый серозный и гнойный сальпингоофорит, осложнившийся пельвиоперитонитом (342) и формированием осумкованных придатковых образований (пиосальпинк-

са, пиовара и гнойных tuboовариальных образований) у 186 пациенток.

Результаты. В наших наблюдениях объем лапароскопических вмешательств включал: адгезиолизис – 127, сальпингоовариолизис – 196; сальпингостомию – 14; сальпингоэктомию – 86; удаление гнойного образования из яичника – 15; овариоэктомию – 34; опорожнение tuboовариального абсцесса – 24; одностороннее удаление придатков матки – 56. У 16 оперированных по поводу tuboовариальных образований потребовалось проведение динамических лапароскопий.

Выводы. Наш опыт показывает, что применение эндовидеохирургических технологий у больных с ОВЗПМ позволяет выполнить адекватное оперативное вмешательство и тщательную санацию брюшной полости, а проведение динамических лапароскопий позволяет избежать грозных послеоперационных осложнений.

Стрижелецкий В.В., Кахиани Е.И., Жемчужина Т.Ю., Тайц А.Н., Лучкин А.Н.

Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Актуальность. Бесплодие в браке – проблема, занимающая особое место в современной медицине. Многообразие причин, способствующих бесплодию, трудности выявления патологических механизмов обуславливают необходимость поиска и

совершенствования новых более эффективных методов диагностики и лечения этой группы больных. Трубные и перитонеальные факторы бесплодия являются в среднем у 30 % женщин, страдающих бесплодием.

Материал и методы. Нами было проведено обследование и лечение 210 женщин, страдающих бесплодием с использованием эндовидеохирургических технологий. Операция проводилась во вторую фазу менструального цикла. Эндохирургическое вмешательство проводилось в два этапа: диагностический и лечебный. С целью определения проходимости маточных труб проводилась интраоперационная хромосальпингоскопия. Операция завершалась оставлением в малом тазу микроиригатора для введения в послеоперационном периоде антибактериальных и противовоспалительных препаратов.

Результаты. В результате проведенного исследования у 35 (16,6 %) пациенток были обнаружены необратимые анатомические изменения со стороны матки и придатков, массивный спаечный процесс. Было произведено устранение спаечного процесса, мобилизация маточных труб и яичников. Эти больные были подготовлены к экстракорпоральному оплодотворению. У 56 (26,7 %) больных была сохранена проходимость маточных труб. У 30 (53,5 %) из них диагностирован склерокистоз яичников, у 11 (19,6 %) малые формы наружного эндометриоза, варикозное расширение вен малого таза обнаружено у 7 (12,6 %), субсерозная миома матки у 8 (14,3 %). Произведено: в случаях склерокистоза яичников резекция обеих яичников, в случаях эндометриоза – коагуляция очагов, рассечение спаек, в случаях

наличия субсерозной миомы матки – энуклеация узлов с коагуляцией ложа.

У 119 (56,7 %) обследуемых был диагностирован трубный фактор бесплодия. Из них у 45 (37,8 %) больных выявлена значительная обструкция одной или обеих маточных труб, у 48 (40,3 %) больных маточные трубы были непроходимы в ампулярном отделе (гидросальпингс) и у 26 (21,8 %) женщин отмечалось сочетание трубного фактора с патологическим изменением со стороны яичников и спаечным процессом малого таза. Во время эндохирургического вмешательства проводили, в зависимости от выявленных изменений, лизис перитубарных и перивариальных спаек, мобилизация маточных труб, их бужирование, биопсию яичников, их резекцию или декортикацию. Проводилась контрольная хромосальпингография, позволяющая эффективно проследить пассаж контрастного вещества в маточных трубах. Проводимая во время вмешательства биопсия яичников позволяла изучить морфологическое состояние яичников и их гормональный статус.

Вывод: Развитие и внедрение в практику эндовидеохирургии позволило качественно улучшить выявление причин и механизмов развития бесплодия и внедрить малоинвазивную хирургию для коррекции патологических изменений на органах половой сферы.

Стрижелецкий В.В., Кахиани Е.И., Жемчужина Т.Ю., Тайц А.Н.

Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Оптимизация оперативных методик является одной из тенденций современной хирургии. Эту тенденцию продолжила эндовидеохирургия – новая технология, обеспечивающая не только диагностику, но и лечение гинекологических заболеваний. Особенно актуален этот вопрос, когда идет речь об экстренных состояниях в гинекологии в частности внематочной беременности. Частота внематочной беременности за последние 20 лет увеличилась в 3,7 раза, при этом у 40 % женщин после операции по поводу трубной беременности развивается вторичное бесплодие, у 20 % привычное невынашивание, а у 15 % повторно возникает трубная беременность.

Материал и методы. Основу настоящего исследования составляет анализ 212 клинических наблюдений, которым по экстренным показаниям выполнялось лапароскопическое лечение по поводу трубной беременности в Елизаветинской больнице. Операцией выбора была тубэктомия с помощью биполярной коагуляции брыжейки трубы либо с на-

ложением эндолигатуры или линейная туботомия с тщательной аквадистилляцией ложа плодного яйца (при условии размеров плодного яйца не более 25 мм. в диаметре) с последующим контролем уровня ХГЧ в крови. Операцию завершали санацией брюшной полости антисептическими растворами, введением в брюшную полость 125 мг гидрокортизона на 400 мл физиологического раствора, суточной дозы цефалоспоринов (при наличии спаечного процесса в малом тазу) и контрольным дренированием малого таза.

Результаты. Из наблюдаемых 25 (12,3 %) составили женщины от 16 до 20 лет, 55 (26,4 %) – от 21 до 25 лет, 79 (34,9 %) – от 26 до 30 лет, 29 (14,1 %) – от 31 до 35 лет, 15 (7,5 %) – от 36 до 40 лет и 9 (4,7 %) женщины – от 41 до 46 лет. У 96 (45,3 %) в анамнезе не было родов, но у 83 (87 %) из них были один и более аборт, у 100 (47,1 %) – одни роды и у 16 (7,5 %) – двос родов в анамнезе. Таким образом, 75 % женщин, прооперированных по поводу трубной беременности, составили больные до 30 лет и

45,3 % не имели родов в анамнезе. У 10 (4,7 %) больных трубная беременность наступила после экстракорпорального оплодотворения, у 15 (7 %) – после искусственной инсеминации и 27 (12,7 %) – после микрохирургических вмешательств на трубах. Тубэктомия была проведена 193 (91 %) больным, линейная туботомия 19 (9 %) больным. У 26 больных (13,7 %) в контрлатеральной трубе или на беременной трубе была проведена сальпингостомия. Помимо этого 65 (31 %) больным было произведено освобождение труб из спаек с яичником, маткой или петлями кишечника (сальпинголизис). Общая кровопотеря не превышала 500 мл. Обнаруженные при эндоскопическом осмот-

ре изменения яичников, варикозного расширения вен малого таза, малых форм эндометриоза были учтены для последующего консервативного лечения больной с целью восстановления репродуктивной функции. Средний койко-день составил 4,0.

Вывод: учитывая возраст и состояние репродуктивной системы больных, пролеченных по поводу трубной беременности, такие общепринятые преимущества эндоскопии, как малая травматичность и инвазивность, ранняя реабилитация, прекрасный косметический эффект, обуславливающие высокое качество лечения и соответственно качество жизни, приобретают особо важное значение.

Фаткуллин И.Ф., Ягудина Л.Н., Мазитова М.И.

Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Россия

ДИНАМИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ КАК ЭТАП ГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Актуальность проблемы. Внематочная беременность до настоящего времени остается одной из актуальных проблем гинекологии, несмотря на все достижения современной медицины. Меры по профилактике эктопической беременности недостаточно эффективны и частота данной патологии неуклонно растет. С другой стороны, основным методом лечения внематочной беременности остается хирургический, негативным последствием которого является спаечный процесс в малом тазу, приводящий, как правило, к вторичному бесплодию и повторной эктопической беременности. Поскольку невозможно предупредить наступление внематочной беременности, особенно актуальным становится поиск эффективных методов профилактики последствий оперативных вмешательств, а именно послеоперационного спаечного процесса.

По данным литературы, частота образования спаек после гинекологических операций колеблется от 55 до 97 %. Одной из возможностей снижения частоты образования послеоперационных спаек является проведение комплекса лечебно-восстановительных мероприятий в раннем послеоперационном периоде. Именно в раннем послеоперационном периоде раны половых органов проходят катаболическую фазу заживления или фазу воспаления. Уже в первые 36 часов после операции начинают формироваться спайки, которые носят характер рыхлых фибриновых сращений и легко устранимы. Позже спайки становятся более грубыми, плотными, постепенно прорастают кровеносными сосудами. Разделение таких спаек требует применения электрокоагуляции и является травматичным. Таким образом, именно в раннем послеоперационном периоде проводимый адгезиолизис не сопровождается операционной травмой и не влечет за собой образование новых спаек. Для подобной диагностики и коррекции возникающих анатомических измене-

ний после хирургических операций, отечественными хирургами в 1984 году предложена методика динамической лапароскопии (Буянов В.М. и др.). По определению Г.И. Перминовой (1987): «Динамическая лапароскопия – метод визуальной оценки состояния брюшной полости в динамике, путем неоднократных лапароскопических исследований, предпринимаемых у одного и того же больного в течение нескольких суток (часов)».

Цель работы: изучить возможности динамической лапароскопии в профилактике и лечении спаечного процесса после хирургического лечения внематочной беременности.

Материалы и методы исследования. Динамическая лапароскопия в раннем послеоперационном периоде проведена у 70 пациенток, перенесших операции по поводу внематочной беременности. Из них 15 пациенткам динамическая лапароскопия проводилась дважды (3-е и 5-е, 3-е и 7-е сутки после операции). Однократная динамическая лапароскопия, в основном, проводилась на 3-е сутки после операции. 30 пациенткам операция была произведена лапароскопическим доступом (42,9 %), 40 пациенткам (57,1 %) – посредством лапаротомии. Объем оперативного вмешательства был различным и определялся, в основном, состоянием маточной трубы, пораженной внематочной беременностью: тубэктомия произведена 32 пациенткам (45,7 %), сальпингостомия с аквадиссекцией плодного яйца – 22 пациенткам (31,4 %), выдавливание плодного яйца – 16 пациенткам (22,9 %). Спаечный процесс во время операции обнаружен у 40 пациенток с внематочной беременностью (57 %). Этим пациенткам, помимо основного объема операции, проводился необходимый адгезиолизис. Для проведения ранней динамической лапароскопии после операций по поводу внематочной беременности были использова-

ны специальные гильзы (троакары), изготовленные из титана. Динамическая лапароскопия проводилась с использованием эндовидеосистемы отечественной фирмы «Эндомедиум». Гильзы для раннего динамического наблюдения устанавливались в конце операции, перед восстановлением передней брюшной стенки при лапаротомных операциях – в околонупочной области. При лапароскопических операциях троакар для лапароскопа в конце операции был заменен на гильзу для динамической лапароскопии. Гильза подшивалась к коже и герметично закрывалась заглушкой. При проведении динамической лапароскопии заглушка удалялась, на гильзу накручивался специальный троакар с каналом для подачи углекислого газа, через гильзу с троакаром в брюшную полость вводился лапароскоп. Во время динамической лапароскопии проводился осмотр брюшной полости, оценка состояния органов малого таза, количества и характера выпота в брюшной полости, выраженности послеоперационного спаечного процесса, при необходимости проводился адгезиолизис. Во всех случаях во время динамической лапароскопии производилось удаление перитонеального экссудата и санация брюшной полости, что считалось целесообразным, так как с воспалительным экссудатом удаляются клеточные элементы, способствующие развитию спаек. Кроме того, это вело к быстрой нормализации температуры после операции. Для выяснения проходимости маточных труб во время динамической лапароскопии проводилась хромогидротубация, что носило не только диагностический, но и лечебный характер, поскольку при этом оказывалось гидравлическое воздействие на формирующиеся в области ампулярных отделов труб спайки и механически удалялся фибрин, скапливающийся в просвете маточных труб.

Результаты исследования. На динамической лапароскопии спаечный процесс был обнаружен у 45 пациенток (64,2 %), из них: у 15 пациенток – после лапароскопического доступа и у 30 пациенток – после лапаротомии. У всех пациенток на динамической лапароскопии спайки были в виде нежных, рыхлых, бессосудистых сращений, которые легко разделялись тупым путем. Повторные динамические лапароскопии, проведенные 15 пациенткам, свидетельствовали об отсутствии реорганизации спаек. По данным проведенной на динамической лапароскопии хромогидротубации: у 51 пациентки труба или трубы были проходимы (что составило 72,9 %), у 19 пациенток – непроходимы (27,1 %). Через 3 месяца после операции всем пациенткам проводилась повторная проверка проходимости маточных труб методами кимографической пертубации или ультразвуковой соно-контрастной гистеросальпингоскопии. Данные этих исследований коррелируют с данными, полученными при проведенной на динамической лапароскопии хромогидротубации (трубы проходимы у 72,9 % пациенток), что достоверно выше, чем в общей популяции пациенток, оперированных по поводу внематочной беременности.

Выводы. Проведенное исследование показало, что динамическая лапароскопия в раннем послеоперационном периоде является эффективным методом диагностики и профилактики спаечного процесса у пациенток, перенесших операцию по поводу трубной беременности, позволяя, таким образом, оптимизировать результаты хирургического лечения эктопической беременности и способствуя сохранению репродуктивной функции пациенток.

Шипицына Е.В., Новиков А.В., Шалепов К.В.,
Беженарь В.Ф., Савичева А.М.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург, Россия

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* У ЖЕНЩИН С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Цель исследования: Хламидийная инфекция верхних отделов генитального тракта часто приводит к воспалительным заболеваниям органов малого таза (ВЗОМТ) и, как следствие, к внематочной беременности (ВБ), невынашиванию беременности и трубному бесплодию. Целью данного исследования было изучение частоты выявления *Chlamydia trachomatis*, а также антихламидийных антител у женщин с ВБ.

Материал и методы. Исследован материал от 13 женщин с ВБ. Контрольную группу составили 38 беременных женщин с неотягощенным репродуктивным анамнезом. Сыворотка крови была проанализирована на антихламидийные антитела классов

G и A методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа (ImmunoComb® *Chlamydia trachomatis*, Orgenics, Israel). Соскобы эпителия цервикального канала от всех женщин, а также биопсийный материал, полученный от женщин с ВБ во время операции, исследовали на *C. trachomatis* методами выделения в культуре клеток McCoy и полимеразной цепной реакции (ПЦР) (АмплиСенс *Chlamydia trachomatis*, ФГУ ЦНИИ Эпидемиологии ФС, Москва).

Результаты. Антитела к *C. trachomatis* были выявлены у 12 из 13 женщин (92,3 %) с ВБ: IgG – у всех 12 женщин, IgA – у 3 из них (23,1 %). У 8 женщин (66,7 %) был зарегистрирован высокий титр IgG

($\geq 1:64$). У двух пациенток с ВБ (15,4 %) хламидии были обнаружены в цервикальном канале методом ПЦР: у обеих женщин в сыворотке крови содержались антихламидийные антитела класса G в высоком титре (1:64), и у одной из них были обнаружены также антитела класса A. В биопсийном материале хламидии не были выявлены ни у одной женщины: это может свидетельствовать о том, что хламидийная инфекция была перенесена в прошлом.

В контрольной группе женщин антихламидийные IgG были обнаружены у 10 из 38 женщин (26,3 %), при этом только у двух из них (20 %) – в высоком титре ($\geq 1:64$). IgA были выявлены у одной пациен-

тки (2,6 %), у нее же были обнаружены хламидии в цервикальном канале.

Выводы. Высокая частота выявления антител к *C. trachomatis* у женщин с ВБ подчеркивает роль этого микроорганизма в этиологии данного заболевания. Наличие антихламидийных антител, особенно в высоком титре, является косвенным признаком хламидийной инфекции верхних отделов генитального тракта, текущей или перенесенной в прошлом, поэтому скрининг на антитела к *C. trachomatis* может служить диагностическим и прогностическим инструментом при ведении женщин с ВЗОМТ.

Бодыков Г.Ж., Раисова А.Т., Долинская Н.П.

Казахстанский Медицинский Университет, Республика Казахстан

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ

Актуальность изучаемой проблемы обусловлена ростом показателей гинекологической заболеваемости, особенно, увеличением сальпингоофоритов, характеризующихся хроническим течением, частым рецидивированием, тяжестью последствий и значительным нарушением специфических функций со стойкой утратой трудоспособности у молодых женщин репродуктивного возраста.

Цель настоящего исследования: Оценка возможностей лапароскопии в диагностике и распространенности патологического процесса при хронических рецидивирующих сальпингоофоритах (ХРСО).

Материалы и методы исследования. Были обследованы 150 больных репродуктивного возраста с обострением хронического сальпингоофорита. Средний возраст пациенток $26,3 \pm 0,4$ лет. Длительность заболевания от 2 до 15 лет. Частота обострения от 2 до 5 раз. Среди перенесенных соматических заболеваний: патология мочевыделительной системы – 49,3 %, заболевания ЖКТ – 32,4 %, заболевания ССС – 25,6 %, патология эндокринной системы – 24,2 %, заболевания органов дыхания – 13,3 %, заболевания ЦНС – 9,4 %.

При лапароскопическом исследовании у всех больных была обнаружена патология органов малого таза: у 56,7 % – катаральный сальпингит с пельвиоперитонитом, у 24 % – гнойный сальпингоофорит с пельвиоперитонитом, у 7,3 % – гнойное опухолевидное образование, в том числе у 3,3 % – разрыв гнойного опухолевидного образования с явлениями перитонита, у 4,7 % – внематочная беременность, у 4 % – аппендицит, у 3,3 %

– апоплексия яичника. У всех пациенток выявлен спаечный процесс в малом тазу. Спаечный процесс 1-й стадии диагностирована у 26 (17,3 %) больных, 2-я стадия у 40 (26,6 %) больных, 3-я стадия у 55 (36,7 %) больных и 4 стадия у 29 (19,3 %) больных. При лапароскопии проводились сальпингоовариолизис и сальпингостомия, вскрытие и удаление tuboовариальных образований, резекция яичника, декапсуляция и энуклеация миоматозных узлов, коагуляция очагов эндометриоза, дренирование малого таза, а также озонирование брюшной полости интра- и постоперационно на фоне традиционной противовоспалительной терапии.

Заключение. При лапароскопическом исследовании органов малого таза у всех больных с ХРСО диагностирована различная патология с превалированием катарального сальпингита (56,7 %), гнойного сальпингоофорита (24 %), гнойного tuboовариального образования (7,3 %), сопровождавшегося пельвиоперитонитом и спаечным процессом. Комплексное лечение больных с ХРСО включало хирургическую лапароскопию, интра- и постоперационное озонирование брюшной полости на фоне базисной противовоспалительной терапии. Результаты проведенного лечения показали, что менструальная функция восстановлена у 68 % больных, овуляция – у 34,5 %, в 2 раза сокращены сроки пребывания в стационаре. Отдаленные результаты эффективности терапии, прослеженные в течение 6 мес – 3 лет, установили стойкое клиническое выздоровление у 80 % больных с ХРСО.



АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Беженарь В.Ф.^{1,2}, Волков Н.Н.², Попов Э.Н.⁴,
Иванова Р.Д.¹, Волканов Р.П.³

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН,
²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, ³кафедра
акушерства и гинекологии СПбГМУ им. И.П.Павлова,
⁴кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета
СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы. Спаечная болезнь брюшной полости является частым осложнением при проведении органосохраняющего хирургического лечения миомы матки. Наиболее перспективным и современным принципом, обеспечивающим высокий профилактический эффект, является применение средств, разобщающие раневые поверхности в ближайшие часы и дни после операции. Наиболее известны два типа противоспаечных барьеров, применяемых в оперативной гинекологии: это – саморассасывающиеся мембраны и жидкие среды.

Целью нашего исследования была оценка эффективности противоспаечного барьера Interceed® (Gynesare) при проведении миомэктомии больным с миомой матки.

Материалы и методы. Мембрана Interceed® (окисленная регенерированная целлюлоза) стандартного размера использована у больных с миомой матки после выполнения им миомэктомии при множественной локализации опухоли (20 случаев). Известно, что это оперативное вмешательство имеет высокий риск формирования послеоперационных спаек. Лапароскопическим доступом миомэктомия была выполнена у 7 больных (35 %); в 11 случаях (55 %) операция выполнена путем использования мини-лапаротомии с лапароскопической ассистенцией в связи с большими размерами, атипичным

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА INTERCEED® В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ МАТКИ

расположением или интрамуральной локализацией миоматозных узлов. Проведение лапаротомии потребовалось 2 пациенткам (10 %), что было связано с низким расположением крупного миоматозного узла. При операциях в некоторых случаях использовалась лишь часть мембраны. Контроль УЗИ проводился на 3-и, 5-е и 30-е сутки после операции.

Результаты исследования. При проведении контрольного УЗИ на 3-и и 5-е сутки после операции отмечено, что мембрана Interceed® не определяется на 5-е сутки. В одном случае на 6-е сутки после применения Interceed® больная повторно оперирована в связи с подозрением на гематому малого таза. Наличие спаек в полости малого таза и в области послеоперационных швов на матке не обнаружено, мембрана определялась в виде тонкой, прозрачной, сетчатой пленки. Осложнений течения послеоперационного периода, связанных с применением мембраны Interceed®, не отмечено.

Заключение. Анализируя полученные предварительные результаты и доступные литературные источники (Попов А.А., 2002) следует рассматривать применение противоспаечного барьера Interceed® в качестве безопасного и эффективного средства профилактики спайкообразования при выполнении реконструктивно-пластических операций на матке у женщин репродуктивного возраста с нереализованной детородной функцией.

Беженарь В.Ф.^{1,2}, Волков Н.Н.¹, Попов Э.Н.⁴,
Волканов Р.П.³

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН,
²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, ³кафедра
акушерства и гинекологии СПбГМУ им. И.П.Павлова,
⁴кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета
СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы. Наиболее частой операцией, выполняемой в мире после аппендэктомии, является гистерэктомия (Адамян Л.В. и соавт., 2000; Wattiez A. et al., 2003). При этом гистерэктомия – наиболее частая гинекологическая операция. В настоящее время большинство гистерэктомий, требующих чревосечения, могут быть частично или целиком выполнены лапароскопическим путем (Кулаков В.И. и соавт., 2000).

Целью настоящей работы является оптимиза-

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ МИОМЫ МАТКИ

ция методики лапароскопической гистерэктомии у больных с доброкачественными опухолями матки.

Материалы и методы. За период с ноября 2004 по май 2005 гг. в отделении оперативной гинекологии ГУ НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН было выполнено 55 гистерэктомий с использованием лапароскопического доступа.

Результаты. Проведено: 34 операции (61,8 %) – тотальная лапароскопическая гистерэктомия (TLH), 4 операции (7,3 %) – лапароскопическая субтоталь-

ная гистерэктомия (LSH), 4 операции (7,3 %) – влагалищная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией, одна из которых была с пластика суббуретральной петлёй IVS (LAVH и LAVH+IVS), 4 операции (7,3 %) – тотальная лапароскопическая гистерэктомия с кольпоперинеолеваторопластикой (TLH+KPLP), 9 операций (16,4 %) – тотальная лапароскопическая гистерэктомия (TLH) со вторым влагалищным этапом – коррекция недержания мочи петлёй IVS или TVT-Obt и кольпоперинеолеваторопластикой (IVS/TVT-Obt+KPLP).

Основными показаниями к гистерэктомии явились: миома матки, сопровождающаяся маточными кровотечениями и приводящая к анемизации больной – 44 (80 %), в 26 случаях из них миома матки сочеталась с аденомиозом (47,3 %) и нередко сопровождалась болевым синдромом – 8 (14,5 %). Множественная миома была отмечена у 24 пациенток (43,6 %), быстрый рост и большие размеры – у 10 (18,2 %). У 9 больных (16,4 %) показанием для опе-

ративного лечения служил аденомиоз, который проявлялся маточными кровотечениями и/или болевым синдромом. Для 3 пациенток (5,5 %) показанием для гистерэктомии явилась доброкачественная опухоль яичников, в одном из трёх случаев в сочетании с миомой матки, в другом – с аденомиозом. У одной пациентки выявлены рецидивирующие полипы эндометрия (1,8 %).

Заключение. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия является наиболее частой операцией в современной хирургии доброкачественных опухолей матки. В то же время Harry Reich (1997) писал «...лапароскопическая гистерэктомия не показана в тех случаях, когда существует возможность выполнения влагалищной гистерэктомии». Влагалищная гистерэктомия остаётся, по-прежнему, перспективным методом в оперативном лечении доброкачественных опухолей матки, который может стать реальной альтернативой лапароскопическим методикам.

Дячук А.В.¹, Беженарь В.Ф.², Шулико Л.А.¹,
Битюков Н.Н.¹, Плахотников И.А.¹

¹ЦМСЧ-122, ²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕРАТОРА LIGASURE ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

Актуальность проблемы. Миома матки относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным опухолям половых органов женщины и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы. Клиническая картина миомы матки зависит не только от размеров опухоли, но и в основном от локализации – субсерозной, межмышечной или субмукозной. Наиболее часто наблюдается подбрюшинное и интерстициальное расположение миоматозных узлов, подслизистая локализация опухоли встречается у 20 – 32 % больных с миомой матки.

Материал и методы. В гинекологическом отделении ЦМСЧ-122 накоплен опыт 28 эндоскопических и 42 лапаротомических хирургических вмешательств по поводу множественной миомы матки с применением электрохирургического блока LigaSure (Valleylab).

Результаты исследования. Использование аппарата при открытых миомэктомиях мы посчитали нерациональным, поэтому в большинстве случаев генератор применяли при лапароскопических операциях, а при чревосечениях использовали прибор на радикальных вмешательствах (гистерэктомия). Наиболее эффективным применение аппарата оказалось при выполнении лапароскопической миомэктомии в случаях субсерозной и интрамурально-субсерозной локализации миоматозных узлов. Применение LigaSure показало высокую надежность в обеспечении гемостаза пересекаемых

тканевых структур, при этом коагуляцию сосудов производили *ad massum* без их предварительной диссекции. Из двух типов зажимов, применяемых для «заваривания» сосудов, более удобным оказался 5-мм зажим, который имеет обычную для лапароскопических инструментов форму и позволяет наряду со специфическим коагуляционным воздействием при необходимости осуществлять диссекцию тканей этим же инструментом. Ширина «заваренных» тканей при этом была около 4 мм, что оказалось достаточным для гемостаза большинства сосудов. Еще одно преимущество применения электролигирования заключается в отсутствии после операции в организме инородного материала – клипс, скобок, лигатур, минимальная ожоговая реакция тканей и как следствие – исключение реакции брюшины и образования патологических сращений. Недостатки – высокая стоимость аппарата и относительно высокая длительность воздействия по сравнению с электрокоагуляцией и низкая эффективность в отношении остановки кровотечения с уже кровоточащих сосудов.

Заключение. Наш опыт применения электрохирургического блока LigaSure в лапароскопической реконструктивно-пластической хирургии миомы матки позволяет сделать вывод о его высокой эффективности в обработке сосудов, удобстве применения и облегчении основных этапов операции, что значительно снижает длительность операций и снижает риск интра- и послеоперационных осложнений.

Зайцева Е.Г., Маренин А.Г., Зверев И.Ю.,
Битеев В.Х.

Кировская областная клиническая больница, Центр
малоинвазивной хирургии КГКБ №6 «Лепсе», Кировск,
Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТКИ

Актуальность проблемы. В структуре гинекологической заболеваемости сочетанная патология матки, требующая оперативного лечения, составляет до 20 – 30 %. Развитие малоинвазивных технологий в оперативной гинекологии на сегодняшний день позволяет максимально адаптировать назначенное оперативное лечение для пациентки, сократить сроки пребывания в стационаре, улучшить течение послеоперационного периода.

Материал и методы. Мы проанализировали результаты оперативного лечения 807 пациенток с сочетанной патологией матки за период с января 2002 года до мая 2005 года. Оперативное лечение выполнялось по различным показаниям при наличии патологии матки: осложненная миома матки, аденомиоз, рецидивирующие менометроррагии. Операции выполнялись различными доступами. Средний возраст пациенток составлял $52 \pm 2,1$ года, средний размер матки составил 11 нед. Беременности (от 5 до 22 недель).

Результаты исследования. Проведено 86 (10,5 %) лапароскопически ассистированных гистерэктомий, 9 (1,1 %) лапароскопических тотальных гистерэктомий (TLH), влагалищных гистерэктомий (VH) – 45 (5,6 %), субтотальных лапароскопических гистерэктомий (LSH) – 165 (20,6 %), лапаротомические экстирпации матки 220 – (27,5 %), лапаротомические ампутации – 282 (35,2 %). Показанием для проведения гистерэктомии являлось наличие патологии шейки матки, аденомиоз, возраст пациентки. Выбор доступа ограничивался размером матки. При увеличении объема матки более 13 – 14 недель выбирали лапаротомный доступ, наличие ранее перенесенных операций в большинстве случаев не влияло на критерии выбора доступа. Среднее время проведения операции после освоения эндоскопической методики было сопоставимо: при применении лапароскопического доступа составляло в среднем 60 ± 21 мин, влагалищного доступа

70 ± 20 мин, лапаротомического доступа 60 ± 31 мин. Таким образом, временной критерий на сегодняшний день не является определяющим фактором в выборе доступа оперативного лечения. Средняя кровопотеря составила 120 ± 25 мл, (от 50 до 900 мл). Определяющим фактором в выборе подходов к оперативному лечению в нашем случае явилось явное преимущество течения послеоперационного периода у пациенток, перенесших лапароскопические и влагалищные гистерэктомии. Среднее время пребывания в стационаре после эндоскопических операций составило 6 ± 2 дня, влагалищных операций $6 \pm 0,5$ дня, при перенесенной лапаротомии средний послеоперационный койкодень составил 11 ± 3 дня. Обратила на себя внимание структура послеоперационных осложнений, выявляя явное преимущество эндоскопических методик оперативного доступа. При лапароскопическом доступе имели 3 (1,15 %) термических поражения мочеоточника на этапе освоения методики, других серьезных осложнений не было. При лапаротомических операциях – повреждение мочеоточника 2 (0,4 %), осложнения со стороны послеоперационной раны (серомы, нагноения раны, расхождение швов) – 12 (2,4 %) случаев, послеоперационные вентральные грыжи – 2 случая (0,4 %), гематомы в области малого таза – 15 случаев (3 %), кровотечение из культи маточной артерии – 1 случай (0,2 %), ТЭЛА – 1 случай (0,2 %). Послеоперационное восстановительное лечение требовало более интенсивной терапии при проведении лапаротомий.

Выводы. Таким образом, на сегодняшний день преимущество в выборе доступа оперативного лечения при наличии сочетанной патологии матки мы стремимся отдавать эндоскопическим и влагалищным методикам. Ограничением для нас является размер матки, иногда наличие тяжелой сопутствующей патологии, неоднократные операции на брюшной полости, в особенности перенесенный перитонит в анамнезе, опыт хирурга.

Зарубенко И.П., Ермолинский И.И., Мелько А.И.,
Кира Е.Ф.

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

ОЦЕНКА ОРГАНОБЕРЕГАЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ

Цель исследования: Обоснование и оптимизация органосберегающих методов хирургического лечения миом матки и доброкачественных кистаденом яичников на современном этапе.

Материал и методы. Проведено когортное ис-

следование всех оперированных больных с доброкачественными опухолями яичников и матки, которые лечились с 1991 по 1999 гг. в клинике акушерства и гинекологии ВМедА и с 1996 по 2004 гг. в клинике женских болезней и репро-

дуктивного здоровья НМХЦ им. Н.И. Пирогова. Объем обследования включал: сбор анамнеза, бимануальное исследование, кольпоцитологическое исследование и pH-метрию влагалища из заднего свода. Объем лабораторных исследований был следующим: клинический анализ крови и мочи; биохимический анализ крови; определялись ФСГ, ЛГ, Ег, прогестерона, тестостерона, ТТГ, T_3 , T_4 . Всем больным выполнялись маммография и УЗИ малого таза. Оценка качества жизни осуществлялась по общему опроснику SF-36. Также определялся модифицированный менопаузальный индекс, разработанный в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Кулаков В.И. и соавт., 1996).

Чепур С.В., Попов Э.Н., Ниаури Д.А.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН;
СПбГУ, кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета, Санкт-Петербург, Россия

Результаты исследования. Результаты наших исследований свидетельствуют о необходимости расширения показаний к операциям, сохраняющим анатомо-функциональные взаимоотношения у больных миомой матки, обеспечивающим менструальную и репродуктивную функции, а также о необходимости разработки принципиально нового консервативного метода лечения этого заболевания, действующего на центральное звено всей многоступенчатой репродуктивной системы. При определении объема хирургических вмешательств необходима дальнейшая оценка такого критерия, как «онкологический риск». Выработана новая классификация органосберегающих и консервативных оперативных вмешательств на матке и придатках

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН

Актуальность. Известно, что свободнорадикальные метаболические реакции участвуют в развитии и прогрессировании развитии различных деструктивных и гиперпластических процессов в тканях. В связи с этим, целью настоящего исследования было сравнение выраженности расстройств про- и антиоксидантной системы при единичных и множественных доброкачественных опухолях репродуктивной системы женщины.

Материал и методы. Обследовано 56 женщин в возрасте от 40 – 45 лет, средний возраст составил $42,9 \pm 2,74$ лет. У 18 пациенток обнаружены единичные интрамуральные миоматозные узлы средним диаметром $12 \pm 4,42$ см. У остальных 38 женщин интрамуральная форма миомы матки сочеталась: у 18 женщин (47,4 %) с железистой и/или железистокистой гиперплазией эндометрия, у 12 (31,6 %) – с аденомиозом и гиперпластическими процессами эндометрия, и у 8 (21 %) – с генитальным эндометриозом (эндометриоидные кисты яичников). Для определения изменений метаболизма проводилось инфракрасное спектроскопическое исследование при помощи приставки ФМЭЛ-1. Навеску лиофильно высушенных тканей перетирали в агатовой ступке с 250 мг монокристалла KBr и прессовали в таблетки. ИК-спектры поглощения записывали относительно стандартной таблетки KBr в канале сравнения в спектральном диапазоне 400-4000 см^{-1} .

Результаты. У всех женщин с сочетанными гиперпластическими процессами органов репродуктивной системы инфракрасная спектроскопия лиофилизированных тканей миомы, интактного миометрия и плазмы больных была однотипной и выявляла наличие стойкого пика с волновым числом более 3500 см^{-1} , в отличие от больных с солитарной миомой матки, где данный пик отсутствовал. Следовательно, в тканях органов репродуктивной системы женщин с множественными гиперпластическими процессами происходит накопление молекул с окисленными ОН-фрагментами и изменение их соотношения с NH-содержащими соединениями.

Выводы. Полученные результаты позволяют установить, что в тканях органов репродуктивной системы женщин с множественными гиперпластическими процессами развиваются каскадные реакции оксидативного стресса, характеризующегося неконтролируемой продукцией свободных радикалов и/или несостоятельностью антирадикальной защиты. Однотипность результатов, полученных при спектрометрии тканей и плазмы крови, позволяет проводить оценку состояния свободнорадикальных метаболических реакций при гиперпластических процессах органов репродуктивной системы неинвазивными методами, с целью определения патогенетически ориентированной тактики ведения.



СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Беженарь В.Ф.^{1,2}, Савицкий Г.А.¹, Волков Н.Н.¹,
Попов Э.Н.⁴, Волканов Р.П.³

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН,
²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, ³кафедра
акушерства и гинекологии СПбГМУ им. И.П.Павлова,
⁴кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета
СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Актуальность проблемы. До настоящего времени самой частой операцией в гинекологии остаётся гистерэктомия. Разнообразие клинических ситуаций требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае. Показания к операции, размеры матки, сопутствующая гинекологическая и соматическая патология, наличие в анамнезе операций на органах брюшной полости, воспалительных заболеваний внутренних половых органов, эндометриоза – всё это влияет на выбор хирургического доступа при гистерэктомии.

Целью исследования было обоснование рациональности хирургического доступа при выполнении гистерэктомии с использованием лапароскопии, лапаротомии и мини-лапаротомии с лапароскопической ассистенцией.

Материал и методы. За период с января 2004 по май 2005 гг. в отделении оперативной гинекологии НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН было выполнено 55 гистерэктомий с использованием лапароскопического доступа (1-я группа). Группы сравнения составили 50 больных после лапаротомных гистерэктомий (2-я группа) и 50 операций, выполненных мини-лапаротомным доступом с лапароскопическим пособием (3-я группа), которые выполнялись в течение 2003 – 2005 гг.

Результаты. Средний возраст пациенток 1-й, 2-й и 3-й групп составил $48 \pm 5,3$; $45,6 \pm 4,2$; $43,6 \pm 7,9$ лет соответственно. Средняя продолжительность операции – 137 ± 33 ; $91,3 \pm 11,6$; $114 \pm 11,2$ минут. Средний размер удалённой матки составил $9,2 \pm 2,9$; $13,6 \pm 4,1$ недели беременности; средняя мас-

са – $317 \pm 12,1$ грамм. Средняя интраоперационная кровопотеря составила $87,3 \pm 84,3$; 392 ± 57 ; $71,6 \pm 8,1$ мл. В послеоперационном периоде женщины находились в клинике в среднем $7,8 \pm 1,3$; $9,2 \pm 1,6$; $6,1 \pm 0,1$ суток. Количество осложнений составило 3 случая (5,5 %) в 1-й группе: инфильтрат в области культи влагалища, нагноившаяся прекультевая гематома, пузырно-влагалищный свищ; 9,4 % – во 2 группе и 5,0 % – в 3-й группе.

Заключение. При таких показаниях к гистерэктомии, как аденомиоз, рецидивирующая гиперплазия эндометрия в сочетании с миомой матки или аденомиозом, миома матки типичной локализации, не превышающей размера 15 недель беременности, предпочтение следует уделять тотальной лапароскопической гистерэктомии. При наличии атипичных (шеечных, перешеечных, межсвязочных) миоматозных узлов, при крупных узлах любой локализации, а также при грубых рубцовых изменениях в параметриях, укорочении связочного аппарата матки предпочтительнее использование методики “мини-лапаротомия с лапароскопическим пособием”. Традиционную лапаротомию для выполнения гистерэктомии необходимо использовать в случае размеров матки, соответствующих более 18 – 20 недель беременности, выраженного рубцового процесса в полости малого таза, широкого вовлечения в патологический процесс смежных органов, злокачественных заболеваний внутренних половых органов, предполагающих расширенный объём оперативного вмешательства, а также при наличии противопоказаний к лапароскопии вследствие сопутствующих соматических заболеваний.

Мамаева А.В., Ящук А.Г.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

ВЫБОР СПОСОБА ГИСТЕРЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель: Определить дифференцированный этиопатогенетический подход к выбору способа гистерэктомии у женщин с дисплазией соединительной ткани с целью профилактики возникновения генитального пролапса после гистерэктомии.

Материал и методы. Доказана роль в генезе опущения и выпадения стенок влагалища и матки

системной недостаточности соединительной ткани в виде сочетанного поражения других органов (грыжи, спланхноптоз, варикозная болезнь, геморрагические диатезы и др.). Проведено комплексное обследование 210 женщин.

Результаты. Нами была выделена группа из 37 (10,76 %) пациенток, перенесших гистерэктомию,

с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в виде пролапса гениталий. Начало десценции гениталий и её прогрессирование наблюдалось уже в репродуктивном периоде, как самостоятельное заболевание – у 15, после ампутации матки – у 18, после трансабдоминальной экстирпации матки – у 4 женщин. Этим больным производились: трансвагинальная экстирпация матки (13 случаев), трансвагинальная экстирпация культи шейки матки (18), передняя и задняя кольпоррафия с перинеолеваторопластикой (6). Рецидивы пролапса гениталий (8 случаев) наблюдались: в течение 1 года – у 1 пациентки, через 2-4 года после операции – у 6, через 15 лет – у 1 женщины; после трансвагинальной гистерэктомии у – 3, после передней кольпоррафии и кольпоперинеолеваторопластики – у 4, после трансвагинальной экстирпации культи шейки матки, передней кольпоррафии и кольпоперинеолеваторопластики – у 1 женщины. У всех обследованных пациенток имелись различные проявления ДСТ (в комбинациях от 3 до 10 и более у каждой пациентки). При оценке показателей гемостазиограммы у всех женщин отмечалась тромбоцитопения, у 26 пациенток отмечено снижение коллаген-индуцированной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, значительное снижение активности фактора Виллебранда наблюдалось у 18, гиперфибриноге-

немия отмечалась у 11 женщин. Повышенная экскреция оксипролина в суточной пробе мочи в 2 и более раз по сравнению с нормальными величинами отмечена у 29 женщин. Сывороточный магний у всех женщин отмечен на уровне ниже нормы или нижней границы нормы. По балльной оценке фенотипической и клинической выраженности ДСТ тяжелая степень отмечалась у 5 пациенток, средняя степень тяжести – у 19, легкая степень тяжести – у 13 женщин.

Заключение. Наиболее частой причиной пролапса гениталий, а также его рецидива после трансвагинальной гистерэктомии, абдоминальной экстирпации и ампутации матки является дефект соединительной ткани. У пациенток с симптомокомплексом ДСТ в целях профилактики пролапса гениталий рекомендуется производить трансвагинальную гистерэктомию с крестцово-остистой MESH-вагинопексией. При абдоминальной гистерэктомии у данной категории пациенток во избежание пролапса гениталий рекомендуется производить сакровагинопексию. При рецидиве пролапса культи вагины (шейки матки) у пациенток с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани одновременно с трансвагинальной экстирпацией культи вагины (шейки матки) показана крестцово-остистая MESH-вагинопексия.

Плеханов А.Н.

Городской центр лапароскопической хирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРУЕМОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПЕРЕД АБДОМИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИЕЙ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Цель исследования: целью исследования было сравнительное изучение лапароскопически ассилируемой влагалищной гистерэктомии (ЛАВГ) и абдоминальной гистерэктомии (АГ) у пациенток с миомой матки размерами 12 – 22 недели беременности.

Материал и методы. Представлены результаты сравнительного изучения ЛАВГ (134 случая) и АГ (109 случаев) у пациенток с миомой матки больших размеров, оперированных в 2000 – 2004 гг.

Результаты исследования. Среднее время операции составило $67 \pm 6,3$ мин (АГ), $87,21 \pm 5,6$ (ЛАВГ), кровопотеря во время операции – $315 \pm 9,6$ мл (АГ),

$250 \pm 17,1$ мл (ЛАВГ), масса препарата – $712 \pm 8,2$ г (АГ), $704,5 \pm 9,25$ г (ЛАВГ).

Заключение. ЛАВГ имеет следующие преимущества: минимальная травматизация, хороший косметический эффект, короткий послеоперационный и реабилитационный период, отсутствие осложнений позднего послеоперационного периода (спаечного процесса) и снижение риска интраоперационных осложнений. Накопленный опыт выполнения ЛАВГ подтверждает необходимость и целесообразность более широкого использования данного метода.

Слободянюк А.И., Мазохин И.В., Слободянюк Б.А., Ким Э.М., Сучалко М.О., Тимербекова А.Т.

ЦГКБ, Жуковский, Россия

ВЛАГАЛИЩНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ – ЭЛЕКТРОХИРУРГИЯ ИЛИ ШВЫ?

Цель: сравнить продолжительность операции влагалищной гистерэктомии, кровопотерю, течение

послеоперационного периода при наложении швов и электрохирургическую биполярную коагуляцию

с использованием плазмокинетического генератора GYRUS.

Материал и методы. В течение 2005 года нами выполнено 64 влагалищные гистерэктомии у больных без опущения стенок влагалища в возрасте от 36 до 64 лет со следующей патологией: аденомиоз, миома матки, некроз миоматозного узла после эмболизации, рак тела матки (1А). Размеры матки составляли от 6 до 14 недель беременности. Были выделены две группы: 56 с наложением швов (Vicryl) и 8 с использованием биполярной плазмокинетической коагуляции (Gyrus PlasmaKinetic SuperPulse Generator). В последней группе швы использовались для восстановления влагалища. Техника операции: производится круговой разрез влагалища, передняя и задняя кольпотомия. Кардинальные, крестцово-маточные, связки, пучки маточных сосудов, круглые, собственные связки яичников, трубы пересекаются и лигируются стандартно. При биполярной коагуляции используется специальный зажим Gyrus типа Wertheim. Вышеупомянутые структуры коагулируются и пересекаются ножницами. Матка морцелируется. Влагалище восстанавливается викрилом в обеих группах с вовлечением в культю крестцово-маточных связок по McCall. Длительность операции оценивалась от разреза влагалища до его ушивания. Кровопотеря оценивалась методом взвешивания, течение послеоперационного периода – клинически.

Соснин Н.А.

ФГУ Северный медицинский Центр им. Н.А. Семашко
Росмедздрава, Архангельск, Россия

Актуальность проблемы. Оперативная лапароскопия нашла широкое применение в гинекологической практике. Первую операцию лапароскопическим доступом мы выполнили в 1991 г. В последнее время все более широкое распространение в оперативной гинекологии находят различные виды лапароскопической гистерэктомии. Широкое применение в нашей клинике получила лапароскопически ассистированная влагалищная гистерэктомия, которая впервые была выполнена нами в 1996 году.

Материал и методы. За период с 2000 по 2004 гг. было выполнено 68 влагалищных экстирпаций матки, из них 28 – с помощью лапароскопической ассистенции. Лапароскопический этап выполнялся на аппаратуре «Karl Storz» (Germany). Показанием к оперативному лечению явились: опущение стенок влагалища, элонгация шейки матки в сочетании с миомой, аденомиозом, рецидивирующей гиперплазией эндометрия, кисты яичников. Возраст больных в среднем 54 года (от 38 до 73 лет). Операция состоит из двух этапов – лапароскопического и влагалищного. При лапароскопии

Результаты. Для пациенток из первой группы требовалось применение наркотических анальгетиков в течение 1 – 2 суток. Во второй группе было достаточно применения нестероидных противовоспалительных средств. Длительность пребывания в стационаре 3 – 5 суток для первой группы и 2 – 3 суток для второй. Больные наблюдались амбулаторно в течение 2 месяцев. Длительность операции в первой группе составила 53,6 мин, для второй группы – 28 минут. Средняя кровопотеря составила 130 мл в первой и 60 мл во второй группе. 1 (1,8 %) пациентка первой группы жаловалась на боли в правой ноге в течение 2 недель, лечения не потребовалось. У 3 (5,3 %) больных первой группы отмечалось заживление культи влагалища вторичным натяжением, что потребовало местного амбулаторного лечения. Во второй группе осложнения не отмечены.

Выводы. Влагалищная гистерэктомия может быть выполнена по стандартной технике у сложных больных с патологическим ожирением, у нерожавших, без опущения стенок влагалища, со значительно увеличенной маткой, при раке тела матки (1А). Электрохирургическая биполярная плазмокинетическая коагуляция сокращает время операции, кровопотерю, делает практически безболезненным послеоперационный период. Генератор Gyrus отличается по стоимости от LigaSure System почти в два раза, что на сегодняшний день делает его предпочтительнее.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

производится разделение спаек, иссечение и коагуляция очагов эндометриоза, удаление придатков матки, пересечение связочного аппарата, вскрытие и отсепаровка листков широкой связки матки, пересечение маточных сосудов. Все дальнейшие этапы операции осуществляются традиционно для влагалищной гистерэктомии.

Результаты исследования. При сравнении с традиционной влагалищной гистерэктомией отмечены следующие отличия: при лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии отмечалось снижение травматичности тканей, а следовательно и кровопотери во время операции в среднем – 100 – 150 мл, при влагалищной гистерэктомии – 300 мл. Больные значительно легче переносят сочетанный доступ, вследствие чего послеоперационный койко-день в среднем – 6,2, а при влагалищной гистерэктомии – 12,3. Время операции варьировало от 85 до 160 минут в зависимости от выраженности патологического процесса и опыта хирурга. Ведение послеоперационного периода при сочетанном доступе отличалось

ранней активизацией больных, обезболивание проводилось ненаркотическими анальгетиками и было адекватным, а пред- и интраоперационной профилактики инфекционных осложнений (метрогил, цефазолин), как правило, оказывалось достаточно. У 20 % пациенток в первые трое суток наблюдалось ослабление перистальтики кишечника, которое было купировано традиционными средствами. Осложнений при лапароскопически

ассистированных влагалищных гистерэктомиях нами не отмечено.

Выводы. Мы считаем, что подобные операции могут иметь более широкое применение при наличии в ЛПУ современной эндоскопической аппаратуры и инструментария. Однако каждый вид лапароскопической гистерэктомии должен определяться интересами пациентки, опытом и мастерством хирурга, а также конкретной операционной ситуацией.

Цивьян Б.Л.

Александровская больница, Санкт-Петербург, Россия

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ

Актуальность темы. Гистерэктомия – самая частая операция, выполняемая гинекологами. В настоящее время существует 4 доступа для проведения этого оперативного вмешательства: абдоминальный, вагинальный, лапароскопический и вагинальный с лапароскопической ассистенцией (комбинированный), из которых три последних относятся к малоинвазивным. В современной литературе нет четкого ответа на вопрос о выборе доступа для проведения гистерэктомии. Большинство работ по малоинвазивной гистерэктомии отражают 2 полярных подхода в выборе доступа. Обусловлено это существованием двух хирургических школ – т.н. “вагиналистов” и “лапароскопистов”. Приверженцы каждой из них публикуют хорошо обоснованные научные данные, подтверждающие оптимальность предлагаемого ими доступа.

Цель нашей работы – сформулировать свое отношение к малоинвазивной гистерэктомии, определив показания для каждого из ее видов.

Материалы и методы. С апреля 1996 года по май 2005 года в нашей клинике было выполнено 618 малоинвазивных гистерэктомий. Из них: тотальная лапароскопическая гистерэктомия – 109, супрацервикальная лапароскопическая гистерэктомия – 17, лапароскопическая ассистенция при влагалищной экстирпации матки – 49 и вагинальная экстирпация матки у 443 пациенток. Возраст прооперированных больных от 24 до 76 лет. Размеры матки колебались от 5 до 20 недель беременности. Показанием к операции была симптомная миома матки, осложненная

анемизацией, болевым синдромом, гиперпластические процессы эндометрия, аденомиоз, субмукозная миома матки, доброкачественные опухоли яичников в сочетании с миомой матки или без нее. Также в исследование вошли пациентки, страдающие транссексуализмом. Все женщины с пролапсом гениталий и аденокарциномой эндометрия были исключены из исследования. Для проведения малоинвазивной гистерэктомии все пациентки помещались в положение Транделенбурга. Женщинам до 40 лет, не заинтересованным в детородной функции в будущем, при отсутствии патологии шейки матки выполнялась лапароскопическая надвлагалищная ампуляция матки, во всех остальных случаях производилась экстирпация матки одним из трех малоинвазивных доступов. Проведен ретроспективный анализ различных видов гистерэктомий с учетом анамнеза пациенток, характера патологии, продолжительности вмешательства, объема кровопотери, осложнений, течения и продолжительности послеоперационного периода.

Результаты. Сформулированы показания для выполнения гистерэктомии всеми малоинвазивными доступами.

Выводы. Идеального доступа для выполнения гистерэктомии нет. Владея каждым из них, при дифференцированном подходе в выработке показаний можно добиться наилучших результатов. Большинство гистерэктомий можно и следует выполнять вагинально.



НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПАТОГЕНЕЗУ И ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОМЕТРИОЗА

Берлев И.В., Цвелев Ю.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРОИДНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Актуальность. Несмотря на внедрение в практику в последние годы эффективных методов диагностики и лечения эндометриозной болезни, по-прежнему большие затруднения вызывает обоснование тактики и выполнение хирургических вмешательств при сочетании генитального эндометриоза с поражением соседних органов и клетчаточных пространств малого таза. Особенность хирургического лечения больных при сочетанной форме заболевания связана с необходимостью радикального иссечения очагов и имплантатов эндометриоза из пораженных органов (гениталий, стенки кишки, мочевого пузыря) и ликвидации рубцово-спаечного процесса с одновременным сохранением у больных репродуктивного возраста специфических функций женского организма и повышением качества жизни.

Материал и методы. Результаты хирургического лечения распространенных форм генитального эндометриоза прооперированы нами у 204 женщин.

Результаты. На основании клинико-инструментальных методов исследования выявлены следующие формы эндометриозной болезни: эндометриомы яичников (108 женщин); аденомиоз в сочетании с миомой матки (36 женщин); ретроцервикальный эндометриоз с поражением стенки прямой кишки (59 женщин); эндометриомы яичников в сочетании с аденомиозом, поражением мочевого пузыря и сигмовидной кишки (одно наблюдение). Анализ результатов хирургического лечения показал, что у 164 пациенток эндовидеохирургические методы позволили выполнить радикальное лечение эндометриозной болезни. У 12 женщин лапароскопия оказалась диагностической и потребовала конверсионной лапаротомии. У 28 больных хирургическое лечение эндометриоза было выполнено лапаротомическим доступом. Радикальные эндовидеохирургические операции при эндометриозе включали гистерэктомию, удаление эндометриом яичников, иссечение очагов ретроцервикального

эндометриоза, эндометриоза брюшины малого таза, крестцово-маточных связок, мобилизацию прямой кишки (при условии отсутствия деформации просвета кишки). При лапаротомии операции при эндометриозе включали гистерэктомию в сочетании с резекцией стенозированной участка прямой кишки (27 наблюдений), резекцией стенки мочевого пузыря (одно наблюдение).

Из нашего клинического опыта следует, что у 82 % больных эндовидеохирургические методы позволяют осуществить эффективное лечение эндометриозной болезни, ликвидировать тазовые боли и гиперполименорею, в ряде случаев – восстановить фертильность. При обширном поражении эндометриозом органов малого таза и выявлении глубоких очагов эндометриоза предпочтение следует отдавать лапаротомическому доступу для выявления истинных границ распространения процесса и облегчения выполнения радикальных оперативных вмешательств.

Выводы. Поскольку установить реальное распространение процесса и степень поражения органов малого таза возможно только во время операции, больным с сочетанными формами эндометриозной болезни требуется углубленное предоперационное обследование для определения рациональной тактики, операционного доступа и подготовки кишечника и органов мочевыделительной системы к предполагаемым оперативным вмешательствам. В связи с возможными отклонениями в ходе операции в сторону расширения ее объема (наложение временной колостомы, энцистостомы и др.) больная обязательно ставится об этом в известность и дает свое согласие. Анатомические изменения в половых и соседних органах вследствие их эндометриозного поражения обуславливают нетипичность оперативных вмешательств и повышенную опасность разнообразных осложнений во время операции (ранение мочевого пузыря, мочеточников, стенки кишки и др.).

Бескровный С.В., Гайворонских Д.И., Ильин А.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии, ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БУСЕРЕЛИНОМ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Цель: оптимизация послеоперационного этапа лечения аналогами гонадолиберина больных генитальным эндометриозом (Э).

Материалы и методы. 46 женщин, получавших лечение спреем бусерелина интраназально после хирургического удаления видимых эндо-

метриоидных очагов брюшины и яичников.

Результаты. Разработанный алгоритм обследования и лечения больных Э позволил добиться стойкого излечения у 98 % пациенток.

Заключение. В алгоритме лечения Э необходимо строгое соблюдение ряда последовательных этапов. Плановому хирургическому этапу лечения Э должен предшествовать диагностический, для выявления патогенетического механизма нарушений в гипоталамо-гипофизарно-овариальной системе, приведших в конечном итоге к развитию Э. Гормональный скрининг может исключить или подтвердить вторичный характер этих нарушений, например, тиреоидного или надпочечникового генеза. При экстренном характере операции скрининг вынужденно носит отсроченный характер.

На втором этапе одномоментное хирургическое удаление визуализируемых очагов Э позволяет сократить процесс лечения, снизить объем и продолжительность последующей подавляющей гормональной терапии, уменьшить неблагоприятное действие больших доз гормональных препаратов на экстрагенитальные органы и системы женского организма. При нереализованной репродуктивной функции этот этап может быть ограничен или даже исключен (аденомиоз матки).

Третьим обязательным этапом в лечении Э должен являться этап полного исключения гипоталамо-гипофизарной системы, приводящий к блокаде яичников и развитию временной аменореи на фоне атрофии эндометрия. Только он позволяет достичь ликвидации скрытых очагов Э, сохранившихся после хирургического этапа. Выбор препарата (гестагены, дериваты тестостерона, аналоги люлиберина) решается индивидуально с учетом распространения основного заболевания, индивидуальной переносимости фармакологического агента и степени его возможного побочного влияния. В этом плане бусерелин обладает единственным недостатком – усилением потери кальция организмом, легко компенсируемым

дополнительным подключением его препаратов.

Критериями достаточности дозы применяемого препарата является не только полное прекращение менструаций, но и отсутствие скрытых циклов, свидетельствующее о полном угнетении системы регуляции функции яичников. Временный этап появления приливов в начале лечения служит надежным маркером выключения яичников. Сроки выключения функции яичников при лечении Э не должны быть меньше 6 – 8 месяцев.

Последним этапом в лечении Э является этап профилактики его рецидива. У пациенток, заинтересованных в последующей беременности, профилактика достигается восстановлением полноценного менструального цикла с последующей реализацией репродуктивной задачи. У большинства других женщин применение монофазных КОК обеспечивает и профилактику любого гиперпластического процесса, и предупреждение нежелательной беременности. При выявлении гиперпролактинемической недостаточности яичников последняя является противопоказанием к назначению КОК. Восстановление полноценного менструального цикла у этих больных путем подбора индивидуальной суточной дозировки агонистов дофамина служит целям профилактики рецидива эндометриоза, но не обеспечивает контрацептивного эффекта. Этим женщинам показан дополнительный подбор контрацептива другого типа. У больных с тиреоидным или надпочечниковым генезом Э заместительная терапия начинается с момента установления диагноза.

Этап профилактики рецидива гиперпластического процесса – наиболее длительный этап, совпадающий с окончанием репродуктивного периода жизни женщины. Возрастное выключение функции яичников ликвидирует гормональную основу этих заболеваний. У женщин переходного возраста (после 45 лет) в ряде случаев этот момент может быть искусственно ускорен переходом этапа медикаментозного выключения яичников в возрастную менопаузу.

Савицкий Г.А.¹, Горбушин С.М.²

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН,

²Медицинский центр ФГУП «Адмиралтейские верфи», Санкт-Петербург, Россия

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ И БЕСПЛОДИЕ – ВЗАИМОУСЛОВЛЕННОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Цель исследования: Оценить роль гормонозависимых изменений микрорельефа эпителиоцитов эндометрия в патогенезе бесплодия, ассоциированного с перитонеальным эндометриозом.

Методы. Лапароскопия, биопсия эндометрия и брюшины с эндометриоидными гетеротопиями/без эндометриоза, аспират перитонеальной жидкости при эндометриозе/без эндометриоза, органотипическое культивирование образцов эндометрия и

мезотелия в диффузионных камерах с миллипоровыми фильтрами, имплантированных овариоэктомизированным крысам с последующим введением половых стероидов, световая и сканирующая электронная микроскопия.

Результаты. При перитонеальном эндометриозе и овариальной недостаточности во II фазе цикла эндометрий имеет патологическое строение как на структурном уровне (неполноценные преобра-

зования в железах, строме, сосудах), так и на ультраструктурном уровне (отсутствие секреторных изменений микрорельефа – персистенция микроворсинок и ресничек). При тотальном поражении эпителиоцитов эндометрия возникает маточное бесплодие. Мозаичное повреждение микрорельефа приводит к формированию гетерогенной структуры преовуляторного эндометрия, при которых имплантация бластоцисты в данном цикле возможна, но в дальнейшем остается высокий риск прерывания беременности. К началу менструации в эндометрии сохраняются жизнеспособные клетки с микроворсинчатым и реснитчатым рельефом. Эти клетки обладают повышенным адгезивным потенциалом, повышенными пролиферативными свойствами и способны к длительному гетеротопическому переживанию. Овариальная недостаточность является причиной ретроградной менструации. В случае ретроградного заброса в брюшную полость агрес-

сивных клеток эндометрия с повышенной способностью к межклеточным взаимодействиям, инвазии и эктопической пролиферации возникает перитонеальный эндометриоз. Активные эндометриоидные гетеротопии поддерживают овариальную недостаточность и создают условия для маточного бесплодия.

Заключение. Перитонеальный эндометриоз и ассоциированное с ним бесплодие – это сопряженные взаимосвязанные звенья одного патологического процесса, основой которого является хроническая овариальная недостаточность. Персистенция микроворсинчатого покрова на эпителиоцитах эндометрия в позднюю секреторную фазу цикла при перитонеальном эндометриозе указывает на недостаточность секреторной трансформации эндометрия, овариальную недостаточность и приводит к нарушению имплантации яйцеклетки, бесплодию или прерыванию беременности.

Повзун С.А.¹, Беженарь В.Ф.^{2,3}, Цвелёв Ю.В.², Фридман Д.Б.^{1,2}

¹Кафедра патологической анатомии, ²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, ³ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ БИОПСИЙНЫХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА

Актуальность проблемы. Использование малоинвазивных методик в диагностике аденомиоза позволяет достоверно диагностировать аденомиоз на основании данных гистологического исследования образца миометрия.

Материалом исследования послужили матки, удаленные при гистерэктомии (n=32), при патоморфологическом исследовании которых впоследствии в 24 случаях (75 %) был диагностирован аденомиоз. Проводили *in vitro* имитацию трансцервикальной, трансабдоминальной пункционной, щипковой и резекционной биопсии эндометрия.

Результаты исследования:

- для щипковой биопсии характерны малый объем образца получаемой ткани ~ 1мм³, невозможность получения материала из глуболежащих слоев миометрия;
- для резекционной биопсии – невозможность

получения материала из глуболежащих слоев миометрия, высокая толщина зоны бокового термического некроза, приведшая к тому, что 70 % препаратов были неинформативны;

- для трансцервикальной пункционной биопсии – получение гистологического материала из внутренних отделов миометрия, чувствительность 5-и точечной – 48 %, 6 – 8-точечной – 83 %;

- для трансабдоминальной пункционной – получение гистологического материала из паружных слоев миометрия, невозможность определения глубины железистой инвазии, чувствительность метода для 8-и точечной биопсии – 58 %.

Выводы. Таким образом, 6-ти точечная трансцервикальная пункционная биопсия миометрия является оптимальным методом получения гистологического подтверждения аденомиоза.

Повзун С.А.¹, Фридман Д.Б.^{1,2}

¹Кафедра патологической анатомии, ²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СООТВЕТСТВИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ АДЕНОМИОЗА

Актуальность проблемы. Сонография является рутинным методом исследования в гинекологии. УЗИ – практически единственный метод, позволяющий заподозрить аденомиоз без проведения ин-

вазивного вмешательства. Выяснение соответствия сонографических признаков аденомиоза морфологическим изменениям эндометрия при эндометриоидной инвазии позволяет определить спе-

цифичность и целесообразность ориентировки на указанные признаки.

Материалом исследования послужили данные сонографического исследования и результаты гистологического исследования, полученные у 24 больных urgentными негравидарными метроррагиями (УНМ).

Результаты исследования. Наличие мелких кистозных включений, выявляемое при сонографии, не может быть объяснено наличием гетеротопий, но связано с наличием фиброзных изменений в миометрии, причем по мере увеличения сосудистого компонента миометрия информативность признака снижается,

как за счет уменьшения удельной площади фиброзной ткани, так и за счет невозможности распознать отдельные включения на фоне общей неоднородности миометрия. Диффузная неоднородность миометрия, выявляемая при УЗИ, в большей степени связана с развитием отека мышечной ткани, особенно выраженного в прилежащих к гетеротопиям участках миометрия. Наиболее эффективным сонографическим признаком наличия аденомиоза является визуализация М-эха свыше 5 мм на третьи сутки после кюретажа полости матки, что является отражением гиперплазии базального слоя эндометрия и прилежащих к нему участков миометрия.

Попов А.А., Мачанские О.В., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г., Рамазанов М.Р.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
МЗиСР РФ, Россия

ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Материал и методы. Наружный генитальный эндометриоз как причина бесплодия был выявлен при лапароскопии у 401 пациентки. У пациенток с I-II стадией генитального эндометриоза проводилась термодеструкция очагов эндометриоза, пациенткам с III-IV стадией распространения проведены: термодеструкция очагов эндометриоза, удаление эндометриoidных кист яичников, разделение обусловленных эндометриозом сращений, резекция эндометриoidного инфильтрата.

Результаты исследования. Лапароскопические операции при инфильтративном эндометриозе имели свои связанные с необходимостью отсека ретроцервикального инфильтрата от тела матки, мобилизации передней стенки прямой кишки при вовлечении ее в патологический процесс, уретеролизиса по показаниям, иссечения инфильтрата в пределах неизмененных тканей. Интраоперационные осложнения отмечены у 2 больных (0,9 %) во II группе. Это ранение мочеочника при его выделении из инфильтрата в одном случае, в другом случае при мобилизации тела матки вскрыт просвет ректосигмоидного отдела толстой кишки. Таким образом, частота урогенитальных и «кишечных» осложнений в случаях вовлечения в патологический процесс мочеочников и толстой кишки выше при использовании лапароскопического доступа, чем абдоминального и составила 1,6 %. В связи с этим оправдан переход от лапароскопии к лапаротомии, так как более важно радикальное удаление пораженных тканей, а не стремление

хирурга закончить операцию лапароскопически.

Больные двух групп разделены на две подгруппы: подвергшиеся только хирургическому лечению (подгруппа А) и перенесшие хирургическое лечение с последующей гормональной терапией в течение 6 месяцев (подгруппа Б). Пациенткам данной группы назначались препараты агонисты релизинг-гормонов (люкрин-депо, золадекс, диферелин) сроком на 6 месяцев. Отмечено, что на частоту наступления беременности влияет степень распространения генитального эндометриоза, а также наличие или отсутствие последующего гормонального лечения. Так, у пациенток подгруппы IA беременность наступила в 45,2 %, тогда как у пациенток подгруппы IIА беременность наступила лишь в 11,8 % случаев. При применении двухэтапной схемы лечения (I этап – деструкция очагов эндометриоза; II этап – медикаментозное лечение) беременность у пациенток наступала чаще (группа IA – 63,4 %, группа IIБ – 28,5 %). Это позволяет оценивать данную тактику лечения как перспективную в лечении бесплодия, обусловленного наружным генитальным эндометриозом.

Выводы. Необходимо отметить, что при наличии тяжелых форм заболевания, значительных анатомо-функциональных изменений со стороны внутренних половых органов, вызванных обширным спаечным процессом, эндоскопию целесообразно использовать в качестве подготовительного этапа перед использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО и ПЭ).

Рухляда Н.Н.

ГУ СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ АДЬЮВАНТНОЙ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Актуальность. Гормональная терапия является неотъемлемым компонентом комплексного лечения всех форм эндометриозной болезни. Накопленный 20-летний мировой опыт показывает, что лучшие результаты достигнуты при использовании GnRH-агонистов, основным механизмом действия которых является достижение временной аменореи. Данный вид моно- или адъювантной терапии всегда связан с развитием побочных эффектов: развернутой картины климактерических нарушений, психические и вегетативные расстройства. Это делает невозможным и нецелесообразным проведение гормональной терапии в течение более чем 6 – 8 месяцев. Частота рецидива клинических проявлений достигает 48 % после их отмены уже в течение первых двух лет наблюдения. Работы Thirpgen J.T. и соавт. (2004) доказали целесообразность проведения внутрибрюшинной химиотерапии доксорубицином и цисплатином с целью лечения диссеминированного рака эндометрия, а также подтвердили эффективность применения ВХТ с доксорубицином и цисплатином с целью подавления роста и активации резорбции депоцитов эндометрия.

Цель: показать целесообразность проведения внутрибрюшинной химиотерапии цитостатиками при лечении распространенного эндометриоза.

Материал и методы. Проведение гипертер-

мической интраоперационной внутрибрюшинной (ВХТ) и нормотермической послеоперационной химиотерапии доксорубицином 60 мг/м² и цисплатином 50 мг/м² у 23 пациенток с эндометриозом III-IV стадии (ASRM). Контрольная группа – 10 женщин – адъювантная терапия Gn-RH агонистами 3 мес.

Результаты. Адъювантное проведение ВХТ было эффективно при лечении распространенного эндометриоза и привело к стойкому положительному клиническому эффекту у 93,4 % женщин в течение первого года наблюдения. Одноэтапная адъювантная внутрибрюшинная химиотерапия (ВХТ) при распространенном эндометриозе не сопровождается развитием после операции каких-либо побочных эффектов; а выполнение second-look лапароскопии у 14 (60,9 %) женщин показало, что эффективность ВХТ выше, чем адъювантные 3-4-месячные курсы GnRH-агонистов и приводит к полной резорбции очагов эндометриоза и инфильтратов. Использование «мягких» режимов ВХТ (30 минутная перфузия растворами 42° градусов С) не сопровождалась ни в одном случае развитием после операции слипчивого спаечного процесса, а следовательно, не имело отрицательного механического действия на фертильность больных. Указанный вид терапии не приводил ни в одном наблюдении к нарушению после операции овуляторной функции.

Рухляда Н.Н., Беляев А.М.

ГУ СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

ПРОТОКОЛ ОПТИМАЛЬНОЙ НОРМО И ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

При гипертермическом варианте внутрибрюшинную химиотерапию (ВХТ) целесообразно начинать сразу после выполнения хирургического этапа. Перфузию лучше осуществлять путем введения через троакарные порты 2 лапароскопических ирригационных наконечников, подсоединенных к перфузионной системе. Обеспечить телу пациентки горизонтальное положение с тем, чтобы малый таз был покрыт слоем перфузата. Ирригационный наконечник оставляют в позади-маточном углублении, аспирационный – собирает перфузат из маточно-пузырного углубления. Скорость перфузии не менее 500 мл/мин, температура

перфузата на входе – 42° градуса, продолжительность перфузии – 30 минут. Общий объем перфузата составляет 2000 – 3000 мл, в котором содержалась требуемая доза цитостатиков. Возможно дробное введение нагретого перфузата в брюшную полость по 1000 мл 42° градуса и заменой его каждые 3 – 4 минуты вновь подогретым раствором – длительность увеличить до 40 минут. Дренаж для удаления остатков перфузата.

При нормотермическом варианте – после выполнения хирургического этапа в брюшную полость вводили 1000 мл физиологического раствора, содержащего расчетную дозу цитостатика. В поза-

диматочном углублении оставляли ПВХ дренаж не менее 7 мм диаметром, который открывали спустя 20 – 24 часа после окончания операции для удаления остатков перфузата.

Расчет доз цитостатика ведется исходя из площади поверхности тела, рекомендованной дозой является доксорубицин 60 мг/м² и цисплатин 50 мг/м². Эффективность терапии обусловлена следующими факторами.

1. Прямым повреждающим действием цитостатиков доксорубицина и цисплатина на гетеротопии эндометриоза с активацией их последующей резорбции;

2. Созданием эффективной концентрации химиопрепаратов при повышении температуры перфуза-

та до 42 – 45 градусов на глубине до 5 мм в толще и под брюшиной уже при 30-минутной экспозиции или при нормотермическом гидроперитонеуме в течение 20 – 24 часов после хирургического этапа.

3. Возможностью выполнения органосберегающего объема при лечении одно- и двусторонних эндометриом (марсупиализация кист с последующей экспозицией их выстилки действию химиопрепаратов), а также при ретропервикальном инфильтративном эндометриозе.

4. Отсутствием провокации развития послеоперационного спаечного процесса и подавляющего действия на овуляторную функцию яичников при ограничении температуры перфузии 42° градусами.

Фридман Д.Б.

Кафедра патологической анатомии, кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

Актуальность проблемы. Исследование анамнеза и клинических проявлений аденомиоза позволяет определить признаки, обладающие высокой прогностической значимостью для диагностики аденомиоза, обосновать проведение инвазивных биопсийных исследований, позволяющих достоверно установить наличие эндометриоидных гетеротопий у больных.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 47 больных, из которых у 26 аденомиоз был подтвержден с помощью 6-точечной пункционной биопсии миометрия, у 18 диагностирован после гистологического обследования препарата при гистерэктомии, 13 составили группу контроля (при исследовании биоптатов, полученных при 6-точечной пункционной биопсии эндометриоидных гетеротопий обнаружено не было).

Результаты исследования. Установлено достоверное отличие параметров возраста, объема кровянистых выделений, длительности заболевания, связи развития НМЦ с анамнезом жизни, динамики клинических проявлений с родами, размеров матки, паритета, болезненности матки. Не установлено достоверных отличий в длительности кровотоечения, количестве диагностических выскабливаний, сроке менархе, наличии или отсутствии хронических инфекций гениталий. Проведены расчеты предиктивной ценности диагностических признаков аденомиоза.

Выводы. Указанные клинические признаки позволяют обосновать применение дополнительных методов исследования в диагностике аденомиоза.

Ярмолинская М.И., Сельков С.А.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

РОЛЬ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ КЛЕТОК И СИСТЕМЫ ИНТЕРФЕРОНОВ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Введение. В патогенезе эндометриоза принимают участие различные компоненты иммунной системы, роль которых в те или иные периоды заболевания может иметь первостепенное значение или отодвигаться на второй план. Наиболее важным, на наш взгляд, является изучение иммунной системы с позиций её надзорных функций.

Цель: Изучить изменения антипролиферативных компонентов иммунной системы в периферической крови (ПК) и перитонеальной жидкости

(ПЖ) у больных с НГЭ и разработать схемы патогенетической иммуноориентированной терапии.

Материал и методы. При выполнении данной работы было обследовано 546 пациенток в возрасте от 20 до 44 лет с НГЭ. Диагноз у всех больных был установлен на основании интраоперационного обследования (493 лапароскопии и 53 чревосечения), а также подтвержден результатами гистологического исследования. Степень распространенности процесса определяли в баллах

по классификации R-AFS. Контрольную группу составили 43 здоровые фертильные женщины. С целью уточнения роли иммунной системы в патогенезе НГЭ и для контроля эффективности иммуномодулирующей терапии проводилось в динамике исследование показателей интерферонового статуса и цитотоксической активности НК-клеток в ПК и ПЖ. Оценку НК-клеток проводили в радиометрическом тесте, где в качестве клеток-мишеней выступали клетки эритромиелоидной линии K-562, меченые тритием. Интерфероновый статус оценивали в биологическом тесте, где в качестве тест-культуры использовали клетки карциномы легких L-41, чувствительные к вирусу везикулярного стоматита.

Результаты. У пациенток с НГЭ отмечалось достоверное снижение активности НК-клеток ПК и ПЖ по сравнению с показателями в контрольной группе. Цитотоксический индекс (ЦИ) НК-клеток отрицательно коррелировал ($r = -0,46$; $p < 0,01$) со степенью распространенности заболевания. Обнаружено, что ЦИ НК-клеток в ПЖ соответствовал данному показателю в ПК. Было отмечено достоверное повышение уровня общего сывороточного интерферона у всех больных с эндометриозом по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Не выявлено достоверных различий между данным показателем и степенью распространенности процесса. В ПЖ уровень общего сывороточного интерферона был достоверно ниже его уровня в ПК. При анализе показателей интерферонового статуса у больных

НГЭ было отмечено достоверное снижение способности лимфоидных клеток к секреции α/β и γ -интерферонов, наиболее выраженное у пациенток с IV степенью НГЭ (способность продуцировать IFN- α/β была ниже на 66,3%, способность к секреции IFN- γ — на 84,2% меньше, чем в контрольной группе).

Выявленные нарушения параметров иммунной системы позволили разработать патогенетически обоснованную схему иммуномодулирующей терапии. После лечения индуктором интерферонов "Циклофероном" у всех пациенток отмечалось возрастание ЦИ НК-клеток практически до нормальных значений. Терапия приводила к повышению способности лимфоидных клеток к выработке интерферона- α/β у всех групп пациенток, за исключением больных с IV степенью распространенности эндометриоза.

Заключение. Уменьшение цитотоксической активности НК-клеток и способности лимфоидных клеток к секреции α/β и γ -интерферонов свидетельствует о нарушении при эндометриозе надзорных функций иммунной системы, регулирующих процессы пролиферации и имплантации клеток. При сниженной цитотоксической активности НК-клеток и сохраненной способности лейкоцитов периферической крови к продукции IFN- α/β (≥ 120 МЕ/мл) целесообразно назначение индукторов интерферонов. У пациенток с отсутствием потенциальной способности лейкоцитов к секреции IFN- α/β рекомендуется курс заместительной интерферонотерапии (реаферон, виферон).



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Гайдуков С.Н., Жемчужина Т.Ю., Кахиани Е.И.,
Тайц А.Н.

Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии; Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ЭКСТРЕННАЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Введение. По экстренным показаниям на базе Елизаветинской больницы Санкт-Петербурга в 2004 году методом эндовидеохирургии пролечены 67 больных с доброкачественными новообразованиями яичников.

Материалы и методы. С учетом морфофункциональной структуры выявленной патологии все пролеченные пациентки были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациентки с верифицированным диагнозом доброкачественной опухоли яичника ($n=28$). Наиболее часто нами выявлялась простая серозная цистаденома – 64,3 %, папиллярная серозная цистаденома – 21,4 % и зрелая тератома – 14,3 %. Доброкачественные опухоли яичников встречались чаще у женщин старше 40 лет. Каждая 10-я пролеченная находилась в периоде постменопаузы, длительность которой составляла от 4 до 8 лет. Средний возраст пациенток I группы составил $41,4 \pm 1,2$ года. Во вторую группу вошли 39 пациенток с опухолевидными образованиями яичников. Для данной группы характерна следующая морфологическая характеристика: киста желтого тела

– 53,9 %, фолликулярная киста – 23,1 %, эндометри-оидная киста – 15,3 %, параовариальная киста – 7,7 %. Средний возраст пациенток II группы составил $26,5 \pm 1,4$ года.

Результаты. По объему оперативного лечения пациентки I группы распределились следующим образом: наиболее часто выполнялась односторонняя аднексэктомия – около 40 %, в каждом пятом наблюдении произведена цистэктомия, в 16,2 % случаев выполнялась односторонняя аднексэктомия с резекцией второго яичника. Вторая группа характеризовалась органосохраняющей тактикой при проведении эндовидеохирургического лечения – цистэктомия более чем в 75 % наблюдений и аднексэктомия лишь у каждой пятой пациентки.

Заключение. Широкие возможности применения эндовидеохирургических органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста, сохранение овариального резерва позволяют считать данные подходы методом выбора при лечении доброкачественных новообразований яичников.

Джемлиханова Л.Х., Попов Э.Н.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН; СПбГУ, кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ В АРТЕРИЯХ ЯИЧНИКОВ И МАТКИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОСКОПИЧЕСКИ ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Исследования, посвященные морфофункциональным изменениям яичников на протяжении нормального менструального цикла показали значительное изменение гемодинамики в сосудах матки и яичников в зависимости от уровня половых стероидных гормонов.

Цель исследования: изучить взаимосвязь показателей кровотока, фолликулогенеза и стероидогенеза в яичниках и показателей кровотока в сосудах матки у больных с недостаточностью лютеиновой

фазы менструального цикла.

Материал и методы. Проведено обследование 10 здоровых женщин и 34 женщин репродуктивного возраста с недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ) менструального цикла. С целью мониторинга фолликулогенеза и стероидогенеза определяли содержание в крови эстрадиола и прогестерона; гистологическое исследование эндометрия, полученного в ходе эндоскопического обследования; ультразвуковое сканирование с доплерометрией

кровотока в артериях матки и яичников на аппарате «Aloka SSD-2000» (Япония) с использованием трансвагинального датчика с частотой 5,0 на 3 – 5, 11 – 13, 17 – 19 и 21 – 23 дни менструального цикла. При анализе кривых скоростей кровотока определяли индексы резистентности: систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ).

Результаты. У больных с НЛФ выявлено повышение резистентности кровотоку (ПИ, ИР) в строме яичника на стороне доминантного фолликула на 3 – 5-й день цикла по сравнению с аналогичными показателями у здоровых женщин. В последующем, на 21 – 23-й день цикла, отмечен более низкий уровень прогестерона и повышение резистентности кровотоку (СДО, ПИ, ИР) в яичниковой ветви маточной артерии на стороне желтого тела у больных по срав-

нению со здоровыми женщинами. Одновременно регистрировалось снижение уровня кровотока (повышение индексов резистентности) в спиральных артериях в середине лютеиновой фазы менструального цикла, коррелировавшее с уровнем прогестерона в крови в этот период у больных с НЛФ.

Заключение. Имеющееся у больных с НЛФ по сравнению со здоровыми женщинами снижение уровня кровотока в строме яичника, содержащего доминантный фолликул, уже в ранней фолликулярной фазе менструального цикла, приводит к формированию недостаточности доминантного фолликула и сопровождается в последующем снижением стероидогенной активности желтого тела, обуславливающей недостаточную секреторную трансформацию эндометрия в лютеиновой фазе менструального цикла.

Дячук А.В.¹, Беженарь В.Ф.², Шулико Л.А.¹,
Чмаро М.Г.², Цыпурдеева А.А.²

¹ЦМСЧ-122, ²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Актуальность проблемы. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в лечении доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников, вопросы, касающиеся операционного доступа при больших и многокамерных новообразованиях, профилактики рецидивов, возрастных и других лимитирующих факторов для эндоскопической хирургии, остаются весьма актуальными.

Цель исследования: разработка дифференцированной тактики хирургического лечения больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 284 историй болезни больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников, оперированных в отделении гинекологии ЦМСЧ-122 и в клинике акушерства и гинекологии ВМедА в 2001 – 2005 гг. Возраст больных колебался от 13 до 77 лет.

Результаты исследования. Истинные опухоли яичников были выявлены у 108 больных (38 %). Опухолевидные образования яичников имели место у 176 (62 %) больных. Диагноз был верифицирован результатами патоморфологического исследования удаленных препаратов. Лапароскопическим доступом у 218 (76,7 %) больных были выполнены реконструктивно-пластические операции на яичниках

(резекция, цистаденомэктомия, удаление параовариальных кист), с максимальным сохранением интактной ткани, радикальные операции на придатках матки (овариэктомия, аднексэктомия) – у 25 (8,8 %), гистерэктомия с одними или двумя придатками матки – у 8 (2,8 %) пациенток. При лапаротомических вмешательствах реконструктивно-пластические операции были выполнены в 21 (7,4 %) случае, радикальные – в 45 (16 %), гистерэктомия с одними или двумя придатками матки – в 17 (6 %). Средний возраст оперированных больных, подвергавшихся лапароскопии и лапаротомии, достоверно не отличался ($32,4 \pm 0,4$ и $36,3 \pm 0,8$ лет, соответственно, $p > 0,05$). Послеоперационный период при лапароскопическом доступе протекал более благоприятно: в 3,7 раза быстрее купировался болевой синдром, в 2,5 раза раньше происходила нормализация температурной реакции, в 4,8 раза реже развивался парез кишечника, достоверно раньше происходила послеоперационная активация больных.

Выводы. Эндовидеохирургическое лечение является «золотым стандартом» хирургии доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников, как радикальной, так и реконструктивно-пластической, способствующей более благоприятному течению послеоперационного периода и улучшению качества жизни больных после операции.

Кулавский В.А., Жаринова С.М., Кулавский Е.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

Актуальность проблемы. Проблема диагностики и лечения опухолей яичников сложна и актуальна, особенно при определении возможности проведения органосохраняющего объема операции у пациенток молодого возраста с нарушенной репродуктивной функцией. Большую часть этого контингента составляют женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом или длительным бесплодием. Диагностика опухолей может быть несвоевременной в связи с малосимптомным или бессимптомным течением заболевания.

Материал и методы. Проведен анализ 112 эндоскопических операций больных с доброкачественными опухолями в возрасте от 17 до 35 лет. Нарушения менструальной функции в анамнезе имели 34 % больных, при этом наиболее часто отмечены мажущие кровянистые выделения до и после менструации (эндометриозные цистаденомы) и меноррагии (фолликулярные кисты). Первичное бесплодие наблюдалось у 53,6 % больных, вторичное – у 46,4 %. Из гинекологической патологии в основном преобладали гормональные нарушения и хронические воспалительные процессы придатков матки. Ведущим методом дооперационной диагностики доброкачественных опухолей яичников явилось УЗИ гениталий с цветным доплеровским картированием, в отдельных случаях (у троих больных) – КТ и МРТ. Основным этапом в диагностике и лечении указанной группы больных явилась хирургическая лапароскопия.

Результаты исследования. Фолликулярные кисты выявлены у 47 больных, серозные цистаденомы – у 16 и дермоидные кисты – у 13. В большинстве случаев (87) хирургическая лапароскопия была первичным оперативным вмешательством, в 27 случаях операции предшествовали чревосечению и в последующем лапароскопическая операция. Ретенционная киста яичников (фолликулярная) – опухолевидное образование вследствие накопления жидкости в кистозно-атрезирующемся фолликуле. В таком образовании отсутствует истинный blastomeric рост. Макроскопически эти кисты представляли собой тонкостенные однокамерные образования тугоэластической консистенции. Диаметр кист не превышал 7 см. Серозные цистаденомы макроскопически напоминали простые кисты, так как в большинстве случаев имели вид однокамерных образований, заполненных светлой или слегка желтоватой жидкостью. Опухоли были односторонние, не располагались интралигаментарно. Важное клиническое значение имеют папиллярные серо-

зные цистаденомы. Опухоль представляет собой одно- или многокамерное (редко) жидкостное образование с разрастаниями как на внутренней, так и на внешней поверхности капсулы. У части больных папиллярные разрастания поражали брюшину, приводя к выраженному спаечному процессу, а иногда к асциту. В качестве лапароскопических критериев дифференциальной диагностики учитывались: изменение собственной связки яичников, строение сосудов капсулы, содержимое образований и состояние внутренней стенки. Среди анализированных случаев у одной больной лапароскопически была выявлена аденокарцинома яичников, что требовало проведения радикального хирургического объема.

Эндометриальные кисты яичников были в виде образований с плотной капсулой, наполненной густым содержимым шоколадного цвета. В большинстве случаев они сопровождалась спаечным процессом из-за микроперфораций кист во время менструации. При бимануальном исследовании больных сбоку или позади матки определялись опухолевидные образования овоидной или округлой формы, тугоэластической консистенции, ограниченно подвижные за счет спаечного процесса и болезненные при исследовании.

Дермоидные кисты имели довольно характерный макроскопический вид. При “чистых” дермоидах стенка кисты напоминает сильно испорченную кожу. Содержимое – серозная жидкость и мелкие множественные зерна, сформированные продуктами функционирования сальных, потовых желез и слизи. В стенке дермоидных кист имеется возвышение в форме бугра различных размеров. Бугор “тело” – патологическое образование, в толще которого обнаруживались зачатки различных тканей (кожи, кости, нервной ткани и т.д.). Частой находкой были зубы, которые выявляются как в толще бугра, так и в просвете кисты. Нередко в полости образования, наряду с серозной жидкостью и кровью, можно выделить большое количество волос и сала, в этих случаях корни волос располагались в слабо выраженном бугре, а в остальных участках стенки кисты были гладкими. Во всех случаях, как правило, выполняли цистэктомию с полным вылушиванием капсулы кисты и обработкой ложа биполярной коагуляцией. У 19 больных была выполнена резекция яичника.

В процессе лапароскопии сопутствующая патология органов малого таза обнаружена у половины больных, что потребовало проведения дополнительных эндоскопических операций: разделение

спаек, эндокоагуляция эндометриoidных гетеротопий, сальпингооовариолизис, биопсия яичников.

Выводы. Применение лапароскопии при лечении доброкачественных опухолей яичников минимально травмирует яичники, сохраняя функцию органа, предотвращает проведение необоснованных лапаротомий у молодых женщин, являясь наиболее щадящим методом оперативного вмешательства, и позволяет сократить сроки лечения. Кроме того, данный метод хирургического лечения доброкачественных опухолей яичников улучшает репродуктивный прогноз данного кон-

тингента женщин. Эндокринно-иммунные нарушения у женщин репродуктивного возраста после лапароскопических операций по поводу доброкачественных опухолей яичников могут служить фоном для рецидива заболевания, возникновения заболевания других органов репродуктивной системы. В зависимости от глубины и тяжести повреждения, обусловленного электрическим воздействием на ткань яичника, в послеоперационном периоде определяется объем и характер реабилитационных мероприятий, включая гормональную коррекцию.

Кулаков В.И., Сухих Г.Т., Гатаулина Р.Г.,
Саркисов С.Э., Ванько Л.В., Менжинская И.В.,
Мовсисян Э.Т., Барсегян Г.О.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии
РАМН, Москва, Россия

ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ И НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Актуальность. Патогенез бесплодия при доброкачественных новообразованиях яичников сложен. По нашему мнению, это системный процесс, обусловленный аутоиммунными механизмами, при котором происходят изменения в различных тканях и органах всего организма, а не отдельно взятого органа, так как существует единая цепь воздействия одного процесса из одного органа в другой, и в то же время существует обратная связь. Иммунная система поддерживает генетическое постоянство организма, отличается своей генерализованностью, рециркуляцией по всему организму иммунокомпетентных клеток и высокой сложностью их взаимоотношений. Это положение верифицирует наличие полиморфных нарушений органов малого таза (спаечный процесс, наружный генитальный эндометриоз, миомы различной локализации, внутренний эндометриоз, внутриматочные синехии, хронический эндометрит, полипы и гиперпластические процессы эндометрия), эндокринных и метаболических расстройств, изменений со стороны органов-мишеней: молочных желез у женщин с доброкачественными образованиями яичников.

Цель исследования: Выявление изменений иммунного статуса у больных с доброкачественными новообразованиями яичников и нарушением репродуктивной функции.

Материалы и методы. Обследовано 53 женщины с доброкачественными новообразованиями яичников и нарушением репродуктивной функции. Средний возраст пациенток составил $24,5 \pm 3,1$ года, продолжительность бесплодия – $6,3 \pm 2,3$ года. В процессе обследования был использован широкий спектр клинико-лабораторных исследований: эхография органов малого таза в динамике, гистеросальпингография, исследование свертыва-

ющей системы крови (гемостаз), биохимические, эндокринные и иммунологические методы: системный и локальный иммунитет, антитела к фосфолипидам, антитела к прогестерону (IgM и IgG), антиовариальные (общие) антитела. Эндоскопические методы (лапароскопия и гистероскопия) проведены по общепринятой методике с последующим патоморфологическим исследованием удаленного во время операции материала. С учетом выявленной сочетанной патологии в малом тазу в послеоперационном периоде (по показаниям) проводилась реабилитационная терапия (антибактериальная, физиотерапия). В позднем послеоперационном периоде – гормонотерапия. В цикле перед проведением стимулирующей терапии дважды проводилась динамическая офисная гистероскопия с аспирационным контролем эндометрия (до 10-го дня менструального цикла и на 22 – 24-й день цикла) с последующим патоморфологическим исследованием.

Результаты исследования. Первичное бесплодие отмечено в 53,2 %, вторичное – в 46,8 % наблюдений. Также следует обратить внимание на высокую частоту самопроизвольных выкидышей в анамнезе у пациенток с вторичным бесплодием (45,4 %). У подавляющего большинства больных (96,1 %) в анамнезе выявлены воспалительные и инфекционные заболевания, причём чаще всего (90 %) не одно, а несколько (инфекционный индекс $2,9 \pm 0,5$). Различные нарушения менструальной функции диагностированы у 50,2 % женщин, патология матки: у 29,1 % – миома и у 47,5 % – эндометрит; заболевания шейки матки у 45,2 % (хронический цервицит, эрозию, лейкоплакию, деформацию и рубцовые изменения вследствие разрывов в родах). Обращает на себя внимание высокая частотаотягощённого семейного анамнеза, как по гинеко-

логическим, так и по соматическим заболеваниям (сахарный диабет, опухоли различной локализации, чаще злокачественные, патология щитовидной железы). У каждой второй пациентки выявлена поливалентная аллергия, что косвенно свидетельствует о наличии аутоиммунных нарушений у данного контингента больных. В соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей ВОЗ (1999) была определена нозологическая структура патологических образований яичников. Опухоли яичников были выявлены у 37,4 % больных, опухолевидные образования у 62,6 %. У 53,2 % пациенток доброкачественные новообразования яичников сочетались с разнообразной патологией эндо- и миометрия. В 50,1 % случаев выявлено сочетание новообразований яичников с множественными миомами тела матки. Наружный генитальный эндометриоз чаще всего наблюдался у женщин с опухолевидными образованиями яичников. В 9,1 % диагностировали синдром Аллена–Мастерса, в 15,3 % – диффузно-узловую форму внутреннего эндометриоза матки. Спаечный процесс в малом тазу чаще сопровождал опухолевидные образования яичников (39,8 %). При этом в 35,8 % он был обусловлен перенесенными ранее воспалительными процессами или оперативными вмешательствами на органах малого таза, в 38,4 % – вследствие наружного генитального эндометриоза, а в остальных 25,8 % обусловлен сочетанными факторами. Изменение свёртывающей системы крови в виде гиперкоагуляции чаще наблюдают у больных с эпителиальными (42 %), герминогенными (32 %) опухолями и эндометриоидными кистами (26 %). Частота нарушений функций щитовидной железы как при опухолях, так и при опухолевидных образованиях яичников практически одинакова (78,6 % и 77,1 % соответственно), однако обращает на себя внимание тот факт, что среди пациенток с опухолевидными образованиями патология щитовидной железы чаще наблюдается при эндометриоидных кистах. У подавляющего большинства женщин выявлены дисгормональные заболевания молочных желез и галакторея (81,2 % и 63,3 %). Изучение

характера изменений иммунной системы у пациенток с бесплодием и доброкачественными новообразованиями яичников подтверждает наличие системных нарушений, которые более отчётливо выражены при сочетанных патологических процессах. Для женщин с новообразованиями яичников и сочетанной патологией характерно снижение относительного содержания Т-хелперов ($CD4^+$) и увеличение – В-лимфоцитов ($CD19^+$), NK-клеток ($CD16^+$), Т-клеток, несущих $\gamma\delta$ -рецепторы, а также повышение концентрации IgM и IgA. Выявление статистически значимого увеличения количества клеток, экспрессирующих активационные маркеры ($CD25^+$, HLA-DR⁺), свидетельствует о нарушении регуляторных процессов на системном уровне. Установлены также существенные изменения интерфероногенеза: значительное увеличение концентрации интерферона в сыворотке и снижение интерферон-продуцирующей способности лейкоцитов. Более высокие концентрации антител к фосфолипидам выявлены у пациенток с эндометриондными кистами и сочетанными изменениями в малом тазу (наружный генитальный эндометриоз, внутренний эндометриоз, спаечный процесс в малом тазу). Результаты исследования антител к прогестерону выявили наличие повышенного уровня антител к IgM и IgG в сыворотке крови у женщин с эндометриозом различной локализации и воспалительными изменениями. В этой же группе больных отмечен повышенный уровень концентрации антиовариальных антител в сыворотке крови.

Выводы. Обобщая полученные результаты исследований и оценивая состояние репродуктивной системы, органов-мишеней, эндокринной и иммунной систем, метаболических процессов у больных с доброкачественными новообразованиями яичников, мы пришли к заключению о наличии существенных нарушений гомеостаза у данного контингента пациенток, проявляющихся в виде полиморфных поражений различных систем организма, что свидетельствует в пользу аутоиммунного фактора в генезе бесплодия при опухолях и опухолевидных образованиях яичников.

Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Саркисов С.Э.,
Белоглазова С.Е., Ежова Л.С., Карамышев В.К.,
Юрматова Н.В.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии
РАМН, Москва, Россия

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ И ИХ РОЛЬ В НАРУШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Актуальность. В основе всех видов нарушения репродуктивной функции имеют место не изменения в отдельных органах-мишенях, а в организме женщины в целом, то есть в системе гомеостаза. Оперативные вмешательства по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образова-

ний яичников у женщин репродуктивного возраста занимают второе место после миомы тела матки. Каждая пятая больная с доброкачественными новообразованиями яичников страдает бесплодием. В связи с этим в последнее время возрос интерес к проведению научных исследований по проблеме

восстановления репродуктивной функции у пациенток с бесплодием, оперированных по поводу опухолей и опухолевидных образований яичников.

Цель исследования: Для повышения эффективности принципов дифференцированного лечебного подхода выявить особенности нарушений репродуктивной системы у больных с доброкачественными новообразованиями яичников

Материалы и методы. Проведено обследование 2044 женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников и нарушением репродуктивной функции (1419 — ретроспективно, 625 — проспективно), прошедших оперативное лечение в гинекологических отделениях ГУ НЦАГиП РАМН. Средний возраст пациенток составил $29,3 \pm 3,4$ года, продолжительность бесплодия — $7,1 \pm 3,4$ года. В процессе обследования был использован широкий спектр клинко-лабораторных исследований, в том числе анамнестические. Эндоскопические методы (лапароскопия и гистероскопия) осуществляли всем больным по общепринятой методике, с последующим патоморфологическим исследованием удаленного во время операции материала.

Результаты исследования. Первичное бесплодие отмечено в 58,9 %, вторичное — в 41,1 % наблюдений. В соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей ВОЗ (1999) была определена нозологическая структура патологических образований яичников. Опухоли яичников были выявлены у 40,5 % больных, опухолевидные образования у 59,5 %. Опухоли яичников чаще всего (53,4 %) имели эпителиальное происхождение. Герминогенные опухоли и опухоли стромы полового тяжа выявлены в 41,6 % и 5 % случаев соответственно. Среди опухолевидных образований яичников преобладали эндометриоидные кисты (74 %). Фолликулярные кисты и кисты желтого тела, простые и инклюзионные кисты, поликистозные яичники выявлены у 19,3 % больных, параовариальные кисты — у 6,7 %. Следует отметить, что приблизительно у трети больных (39,3 %) одновременно присутствовали несколько видов доброкачественных новообразований (в одном или в обоих яичниках). Кроме того, у 59,1 % пациенток доброкачественные новообразования яичников сочетались с разнообразной патологией эндо- и миометрия. В 50,6 % случаев выявлено сочетание новообразований

яичников с множественными миомами тела матки. Следует отметить, что миома матки одинаково часто наблюдалась при всех видах опухолей яичников. Наружный генитальный эндометриоз чаще всего наблюдался у женщин с опухолевидными образованиями яичников. В 9,8 % диагностировали синдром Аллена-Мастерса, в 11,3 % — диффузно-узловую форму внутреннего эндометриоза матки. Спаечный процесс в малом тазу чаще сопровождал опухолевидные образования яичников (39,8 %). При этом в 45,8 % он был обусловлен перенесенными ранее воспалительными процессами или оперативными вмешательствами на органах малого таза, в 28,4 % — вследствие наружного генитального эндометриоза, а в остальных 25,8 % обусловлен сочетанными факторами. Маточные трубы были вовлечены в спаечный процесс в 68,7 % случаев. Необходимо отметить, что при проведении лапароскопии у 1,3 % больных выявлены добавочные маточные трубы, которые чаще локализовались слева. Для большинства пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников (69 – 89 %) характерны метаболические расстройства (снижение концентрации в сыворотке крови ретинола, каротиноидов, альбумина, электролитов). У 78 % больных диагностирован гипотиреоз и у 9,5 % — аутоиммунный тиреоидит, что значительно выше по сравнению с общей популяцией — 1,3 %. У 88,3 % женщин выявлены дисгормональные заболевания молочных желез и у 62,6 % — галакторея. У пациенток с герминогенными опухолями и эндометриоидными кистами яичников отмечено повышение уровня концентрации в сыворотке крови ЛГ, тестостерона и кортизола. Изучение характера изменений иммунной системы у пациенток с бесплодием и доброкачественными новообразованиями яичников подтверждает наличие системных нарушений, которые более отчетливо выражены при сочетанных патологических процессах.

Выводы. Представленные данные, по нашему мнению, могут служить подтверждением концепции, рассматривающей новообразования яичников не как локальный процесс, а как системное заболевание, возникающее вследствие нарушений в метаболическом, гормональном и иммунологическом гомеостазе организма. Подобная точка зрения важна для оценки состояния репродуктивной системы больных и определения комплекса реабилитационных послеоперационных мероприятий.

Попов А.А., Мананникова Т.Н., Рамазанов М.Р.,
Кирюшкина О.Г., Чаусова Н.А.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии
РАМН, Москва, Россия

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность проблемы. Серьезной проблемой репродуктивного здоровья женщин продолжает ос-

таваться наличие у них опухолей и опухолевидных образований придатков матки. По частоте встречае-

мости опухоли яичников занимают 2-е место среди всех новообразований женских половых органов. Тем не менее, наступление и пролонгирование беременности возможно у женщин, имеющих опухоли и опухолевидные образования придатков матки. Традиционным хирургическим методом лечения опухолей яичников при беременности является лапаротомия. Имеется ряд сообщений об использовании лапароскопии при хирургическом лечении опухолей яичников во время беременности.

Материал и методы. С 1996 года в МОНИАГ были прооперированы 262 беременные, у которых либо до наступления настоящей беременности, либо в разные сроки гестации обнаружены опухоли яичников. Беременные были разделены на четыре группы. В I группу отнесены 123 беременных, которым была выполнена хирургическая лапароскопия во II триместре беременности (16–18 нед). II группу составили 40 пациенток, которым было произведено чревосечение в различные сроки гестации (от 16 до 34 нед). В III группу вошли 45 беременных, у которых опухоль яичника удалена во время кесарева сечения. В IV группу включены 54 женщины, которым произведено удаление опухоли яичников на 6–9-е сутки методом лапароскопии после самопроизвольных родов.

Результаты исследования. Опухолевидные образования придатков матки до наступления данной беременности диагностированы у 80 пациенток, в 156 случаях опухоль яичника обнаружена во время данной беременности, при родоразрешении путем кесарева сечения образования придатков выявлены у 12 беременных и в 14 случаях – у рожениц. Срок гестации 16–18 недель считается оптимальным, так как в эти сроки уже сформирована плацента, а размеры матки позволяют произвести оперативное вмешательство лапароскопически.

Лапароскопия у беременных имеет свои особенности: «открытый» метод, низкие цифры внутрибрюшного давления, «нетрадиционные» места введения троакаров, использование релаксантов короткого срока действия. За 2–3 дня до оперативного вмешательства начиналась терапия, направленная на пролонгирование беременности и снижающая риск операции, которая продолжалась и в послеоперационном периоде. Кроме этого назначались препараты, улучшающие маточно-плацентарный кровоток. 153 женщины (I и II группы), оперированных во время беременности, родоразрешены, 10 пациенток еще беременны. У 148 женщин произошли срочные самопроизвольные роды. 5 беременных были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показаниями в четырех случаях явилась слабость родовой деятельности, одна беременная оперирована по поводу поперечного положения плода. Из 45 беременных III группы, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, 2 случая составили преждевременные оперативные роды в 33 и 34 недели гестации. 20-ти беременным при доношенном сроке показанием к кесареву сечению явилось только наличие кисты яичника, из них в трех случаях отмечалось сочетание с миомой матки. 54 женщинам (IV группа) в послеродовом периоде на 5–7-е сутки произведено оперативное лечение методом лапароскопии.

Выводы. Раннее выявление опухолей яичников при беременности, определение оптимальных для оперативного вмешательства сроков гестации, рациональная акушерская тактика, направленная на пролонгирование беременности, могут явиться резервом снижения числа осложнений течения беременности и оперативного родоразрешения.

Укыбасова Т.М., Котлобовский В.И., Сатенова Ж.К.

Западно-Казахстанская медицинская академия
им. М.Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Цель работы состояла в изучении возможности использования эндоскопических хирургических методов для диагностики и лечения опухолей яичников разного генеза.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 238 наблюдений у женщин, которым выполнена лапароскопическая операция по поводу опухоли яичника за период 1995–2005 гг., по данным эндоскопического отделения областной детской больницы и гинекологического отделения перинатального центра. Возраст колебался от 14 до 60 лет, средний возраст $32,5 \pm 0,1$ лет. У 4 (6 %) человек первоначально опухоль не диагностирована, обнаружена во время лапароскопической операции по поводу бесплодия.

Результаты исследования. Среди удаленных опухолей встречались доброкачественные новообразования яичников – у 156 больных (65,5 %), злокачественные опухоли диагностированы у 3 (1,3 %), пограничные опухоли у 2 пациенток (0,8 %). У двух пациенток с пограничными опухолями объем операции ограничен овариэктомией пораженной стороны, по решению интраоперационного консилиума. В последующем пациентки тестированы на биохимические маркеры и произведена компьютерная томография. Обе они в настоящее время родили детей и наблюдаются у онкогинеколога. Двум пациенткам со злокачественными процессами яичника выполнен полный объем операции лапароскопическим доступом. Опухолевидными

оказались образования у 59 больных (24,8 %). Объем операций зависел от возраста больной и наличия сопутствующей патологии органов женской половой системы. Во всех случаях выполнены органосохраняющие операции. В 1 случае произведена конверсия-лапаротомия и расширение объема операции. У 4 (1,7 %) больных лапароскопическая операция позволила исключить опухоль яичника. Средняя продолжительность госпитализации – $2,0 \pm 0,3$ дня, что зависит от наличия сопутствующей патологии, требующей дополнительных методов исследования и подготовки к операции.

Выводы:

1. Хирургическая лапароскопия является перспективным направлением в оперативном лечении доброкачественных опухолей яичников в любом возрасте и может стать стандартом в оперативной гинекологии.

2. Квалифицированный хирург-гинеколог, владеющий как лапаротомией, так и лапароскопией, может интраоперационно коллегиально выбрать рациональную тактику при пограничных и злокачественных опухолях.



НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Бахаев В.В., Гюнтер В.Э.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО
«Новокузнецкий институт усовершенствования врачей»,
Новокузнецк, Россия

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УСТРАНЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА И ЦИСТОЦЕЛЕ

Актуальность проблемы. Проблема опущения и выпадения влагалища и матки остаётся актуальной на протяжении многих лет. Распространённым способом хирургического лечения опущения и выпадения передней стенки влагалища и цистоцеле является передняя кольпоррафия. Технические трудности выполнения операции при истончении и атрофии пузырно-влагалищной фасции, высокая частота рецидивов пролапса ограничивают её применение.

Материал и методы исследования. Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клинико-лабораторное обследование, уродинамические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс-пробы»), вагинодинамическое исследование, УЗИ, «опросник» качества жизни. В послеоперационном периоде проводилось УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольные уродинамические и вагинодинамические методы исследования, «опросник» качества жизни. С целью повышения эффективности реконструкции пузырно-влагалищной перегородки при её пролапсе, мы использовали сетку из сверхэластичной нити «TiNi». Она обладает высокой эластичностью, способна повторять форму любой поверхности без предварительной деформации, что позволяет зафиксировать не только восстановленные задние стенки уретры и мочевого пузыря, но и боковые стенки уретры и мочевого пузыря и значительно увеличивает площадь укрепляемой пузырновлагалищной перегородки в самом слабом её отделе.

Результаты исследования. При передней

кольпоррафии устраняли цистоцеле, укрепляли урорезикальный сегмент прилежащими соединительно-ткаными и мышечными элементами. К восстановленной задней стенке уретры и мочевого пузыря в зоне от отсепарованной части уретры до шейки матки отдельными швами фиксировали сетку из сверхэластичной нити никелида титана. Она обхватывает боковые стенки уретры и мочевого пузыря. Фасцию ушивали по типу сопоставления её краёв.

Реконструкция пузырно-влагалищной перегородки при её пролапсе (в 2-х наблюдениях имело место выпадение культи влагалища с уретро- и цистоцеле после гистерэктомии) с использованием сетки из сверхэластичной нити «TiNi» произведена у 8 женщин в возрасте 40–56 лет. Операция выполнялась как этап пластики мышц тазового дна при их несостоятельности. Послеоперационный период протекал без осложнений. Самостоятельное мочеиспускание на 1–4-е сутки. Контрольные осмотры через 4, 6, 12, 24, 36 месяцев после операции показали, что урогинекологических и сексуальных жалоб женщины не предъявляли, отсутствовали признаки рецидива пролапса. Имплантат негативно себя не проявлял. По данным УЗИ и рентгенограммам малого таза, вокруг имплантата ткани обычной экструртуры.

Выводы. Результаты наблюдения за пациентами дали обнадеживающие результаты, что реконструкция пузырновлагалищной перегородки путем армирования восстановленного мочевого пузыря и уретры сеткой из сверхэластичной нити никелида титана может стать альтернативой существующих в настоящее время технологий вагинопексий.

Бахаев В.В., Гюнтер В.Э.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО
«Новокузнецкий институт усовершенствования врачей»,
Новокузнецк, Россия

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Актуальность проблемы. Одной из серьёзных проблем хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов, является реконструкция ректовагинальной перегородки при

наличии ректоцеле. Рекомендуемая в руководствах по оперативной гинекологии леваторопластика даёт хороший эффект только при низких ректоцеле, когда грыжевые ворота в ректовагинальной перегородке

закрывают сведением ректальных ножек леваторов. Проблема реконструкции ректовагинальной перегородки при средних и высоких ректоцеле остается открытой из-за высокой частоты рецидивов.

Материал и методы исследования. Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клинико-лабораторное обследование, проктологические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс-пробы»), вагинодинамическое исследование, УЗИ, функциональное исследование, «опросник» качества жизни. В послеоперационном периоде проводилось УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольные проктологические и вагинодинамические методы исследования, «опросник» качества жизни.

Результаты исследования. С целью повышения эффективности оперативного лечения опущений и выпадений задней стенки влагалища с формированием ректоцеле мы применили сетку из сверхэластичной нити никелида титана. Во время реконструкции ректо-вагинальной перегородки производили широкую отсепаровку передней стенки прямой кишки от задней стенки влагалища и прилегающих к ней мышечнофасциальных элементов. Перерастянутую переднюю стенку прямой кишки ушивали и возвращали в естественные анатомические границы. К восстановленной передней стенке влагалища прикладывали, моделируя по форме, и отдельными швами фиксировали сетку из сверхэластичной нити

«TiNi» на площади от наружного сфинктера прямой кишки до заднего свода влагалища с захватом боковых стенок. Затем сшивали разошедшиеся листки ректо-вагинальной фасции, прилежащие мышечно-фасциальные элементы. После иссечения излишков задней стенки влагалища, производили кольпопериэктомию с изолированной леваторопластикой. Таким методом прооперировано 7 больных с полным и неполным выпадением матки с формированием ректоцеле. Возраст пациенток составил 46 – 65 лет. Послеоперационный период протекал во всех случаях наблюдения без осложнений. Швы с промежности сняты на 6 – 7-е сутки. Заживление швов первичным натяжением. Контрольные осмотры через 4, 6, 12, 24, 36 месяцев после операции показали, что гинекологических, проктологических и сексуальных жалоб женщины не предъявляли, отсутствовали признаки рецидива пролапса. Имплантат негативно себя не проявлял. По данным ультразвуковых и рентгенограммам малого таза вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

Выводы. Результаты наблюдения за пациентами показали высокую эффективность реконструкции ректовагинальной перегородки с применением армирования передней стенки прямой кишки сеткой из сверхэластичной нити никелида титана. Разработанная методика может стать альтернативой сакрорагинальной фиксации ректовагинальной перегородки при сложных формах пролапса гениталий и передней стенки прямой кишки.

Беженарь В.Ф.^{1,2}, Волков Н.Н.¹, Цуладзе Л.К.¹,
Благодарный Г.В.¹

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН,
²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРЕТРОПЕКСИЙ TVT И TVT-О В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Актуальность проблемы. Недержание мочи при напряжении (НМПН) является одной из наиболее актуальных проблем оперативной гинекологии. Приобретая высокую распространенность среди женщин репродуктивного и старшего возраста, НМПН приобретает важное медико-социальное значение, приводя к ряду патологических процессов, а также значительному снижению качества жизни пациенток. В современной гинекологии одним из наиболее эффективных методов лечения НМПН является использование субуретральных проленовых слингов.

Целью нашего исследования была оценка эффективности проленовых аллоимплантатов TVT и TVT-о при хирургическом лечении НМПН.

Материал и методы. За период с октября 2004 года нами проведено лечение 11 пациенток с НМПН, которым было проведено оперативное лечение с использованием TVT-о и 8 пациенток, которым была

выполнена операция TVT. У всех пациенток клинический диагноз НМПН был подтвержден при уродинамическом обследовании и 3D-УЗИ. Оценивались как субъективные, так и объективные параметры эффективности лечения НМПН. Всем пациенткам проводилось уродинамическое исследование, УЗИ уретровезикального сегмента до и после операции.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 46 ± 5 лет. У пациенток обеих групп после операции наблюдалось полное излечение. Мы не наблюдали никаких осложнений как во время проведения уретропексий, так и в послеоперационном периоде. Средняя длительность операций составила 25 мин. Самостоятельное мочеиспускание наблюдалось на первые сутки после операции. При проведении контрольного УЗИ уретровезикального сегмента после операции признаков гипермобильности уретровезикального сегмента и (или) везикализации уретры отмечено не было. Все

пациентки отметили улучшение качества жизни. При динамическом наблюдении в течение 1 года рецидивов заболевания отмечено не было.

Заключение. Анализируя полученные результа-

ты, следует отметить высокую эффективность и безопасность проленовых имплантантов TVT-о, TVT при лечении НМПН, а также техническую простоту при проведении операций.

Беженарь В.Ф.^{1,2}, Волков Н.Н.¹, Благодарный Г.В.¹

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН,
²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ОЦЕНКА ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩАХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Актуальность проблемы. Недержание мочи при напряжении (НМПН) приобретает важное медико-социальное значение ввиду его чрезвычайно высокой распространенности среди женщин старшего репродуктивного возраста, появления и нарастания (по мере прогрессирования заболевания) комплекса факторов, способствующих развитию морально-психологической и социально-производственной дезадаптации женщин.

Целью исследования явилось изучение этиологических предрасполагающих факторов, оптимизация методов диагностики и улучшение исходов оперативного лечения у пациенток с НМПН.

Материал и методы. В группу обследованных пациенток включены 32 женщины с клинически и уродинамически подтвержденным НМПН, которым проводилось хирургическое лечение в отделении оперативной гинекологии ГУ НИИ ИАГ им. Д.О. Отта РАМН за период с сентября 2004 по май 2005 года. Средний возраст обследованных составил $50 \pm 4,1$ лет (от 48 до 54 лет). Хирургическое лечение включало операции IVS (n=6), TVT (n=6), TVT-О (n=11), кольпоперинеолева-торопластику (n=10). Исследовались анамнестические показатели – возраст, количество беременностей (родов, абортов и др), индекс массы тела (ИМТ), менструальная функция, наличие клинических проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и др. Всем женщинам в пред- и послеоперационном периоде было проведено ультразвуковое обследование нижних отделов урогенитального тракта, а также бактериологическое исследование мочи и изучение микробиоценоза влагалища. При анализе течения послеоперационного периода учитывались такие показатели, как восстановление самостоятельно-

го мочеиспускания, наличие интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты исследования. Большинство женщин (82 %) имели в анамнезе двое родов. Более чем у половины пациенток (56 %) были выявлены различные проявления ДСТ-синдрома (варикозная болезнь нижних конечностей, нефроптоз, диффузный остеохондроз и остеоартроз позвоночника). 42 % женщин находились в постменопаузе, однако только одна пациентка получала заместительную гормональную терапию. Важно отметить, что практически все женщины (89 %) имели избыток массы тела (средний ИМТ составил $28,2 \pm 9,8$). У 63 % пациенток при бактериологическом исследовании выявлена инфекция мочевых путей. При проведении slingовых антистрессовых операций (IVS, TVT, TVT-О) в сочетании с кольпоперинеолева-торопластикой (в 96 %) не наблюдали осложнений, за исключением одного случая (5 %) эрозии передней стенки влагалища (после IVS), при котором потребовалось повторное оперативное вмешательство. Самостоятельное мочеиспускание после операций с использованием проленовых трансплантатов отмечалось на первые сутки после операции. Оперативное лечение привело к полному излечению у 96 % женщин в сроки наблюдения до 1,5 лет.

Выводы. По нашим данным, наиболее значимыми предрасполагающими факторами развития НМПН является ДСТ-синдром, дефицит эстрогенов в постменопаузе, а также избыток массы тела. У большинства пациенток до операции необходимо выполнять бактериологическое исследование мочи для санации мочевой инфекции. Slingовые антистрессовые операции с использованием проленовых петель являются безопасными и наиболее эффективными при лечении больных с НМПН.

Беженарь В.Ф.^{1,2}, Иванова Р.Д.¹, Цуладзе Л.К.¹,
Русина Е.И.¹, Благодарный Г.В.¹

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН¹,
кафедра акушерства и гинекологии ВМедА², Санкт-Петербург,
Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ДНА

Актуальность проблемы. Несостоятельность мышц тазового дна является одной из актуальных проблем оперативной гинекологии, которая является одной из важных причин снижения качества жизни пациенток старшего возраста. В настоящее время ведущее место в лечении тазового пролапса занимает хирургическое лечение с использованием аллоимплантатов.

Целью нашего исследования была оценка эффективности хирургического лечения больных с пролапсом гениталий при использовании проленовых аллоимплантатов.

Материал и методы. В группу исследуемых пациенток вошли 96 женщин с различными формами несостоятельности тазового дна. Среди них с цистоцеле (21), ректоцеле (18), цисторектоцеле (12), выпадением купола влагалища (12), полным пролапсом гениталий (2), стрессовым недержанием мочи (40). Средний возраст женщин составил 51 ± 5 лет (от 46 до 60 лет).

Всем пациенткам было выполнено хирургическое лечение: передняя кольпотомия с Gynemesh пластикой ($n=17$), задняя кольпоперинеолеваторопластика ($n=42$), TVT ($n=8$), TVT-O ($n=11$), сакропексия ($n=6$), апоневроагинопексия ($n=12$). Мы использовали проленовые сетки Gynemesh и Gynemesh Soft, а также проленовые петли TVT и TVT-O (Gynecare). Эффек-

тивность результатов оперативного лечения оценивалась с учетом субъективных и объективных критериев восстановления анатомических параметров и функциональных показателей, а также оценивалось качество жизни пациенток при динамическом наблюдении в сроки от 3 месяцев до 8 лет.

Результаты исследования. Нами отмечена высокая эффективность хирургического лечения тазового пролапса, а также стрессового недержания мочи с использованием проленовых имплантатов. При применении проленовых имплантатов отмечалось полное восстановление анатомической и функциональной состоятельности тазового дна. Следует также отметить отсутствие рецидивов стрессового недержания мочи. При динамическом наблюдении за прооперированными пациентками в течение от 3 мес. до 8 лет рецидивов пролапса не отмечали. Рецидивов стрессового недержания мочи также отмечено не было. Все пациентки отмечали удовлетворенность результатом и улучшение качества жизни.

Заключение. Хирургическая коррекция несостоятельности тазового дна с использованием проленовых имплантатов является одним из наиболее эффективных методов лечения, препятствующих рецидивированию пролапса и функциональной несостоятельности тазового дна, который не приводит к снижению качества жизни пациенток.

Белоцерковцева Л.Д., Панкратов В.В.

Сургутский Государственный Университет, кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета, Россия

ОПЕРАЦИЯ TVT ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Введение. Недержание мочи при напряжении у женщин – одна из наиболее часто встречаемых проблем урологии и гинекологии. Хирургическое лечение является основным методом коррекции стрессовой инконтиненции. Несмотря на большое количество методов оперативного лечения при данной патологии, до настоящего момента идет поиск наиболее безопасных и эффективных способов решения проблемы стрессового недержания мочи у женщин.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность операции TVT при комбинированном лечении стрессового недержания мочи и пролапса гениталий у женщин.

Пациенты и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения недержания мочи при напряжении у 32 пациенток, оперированных в гинекологическом отделении КИЦ города Сургута по методу TVT. Пролапс гениталий различной степени был выявлен у всех 32 (100 %) пациенток. При этом выпадение матки и стенок влагалища обнаружено у 7 (21,9 %), опущение передней стенки влагалища и цистоцеле у 20 (62,5 %), опущение задней стенки влагалища у 5 (15,6 %) пациенток. Всем пациенткам выполнено комбинированное хирургическое вмешательство в объеме уретропексии по методу TVT (100 %) в сочетании с влагалищной экстирпацией матки, передней кольпоррафией, за-

дней кольпоррафией и перинеолеваторопластикой в 21,9 % наблюдений, в сочетании с передней кольпоррафией в 62,5 % наблюдений и в сочетании с задней кольпоррафией, перинеолеваторопластикой в 15,6 % наблюдений.

Результаты. Интраоперационных осложнений в наших наблюдениях не зарегистрировано. Наиболее отдаленные результаты прослежены у 30 (18,8 %) пациенток – длительность наблюдения составила 2 года 7 месяцев. Все пациентки в послеоперационном периоде отмечают хорошее качество жизни, отсутствие явлений недержания мочи

при объективном обследовании.

Выводы. Эффективность операций уретропексии по методу TVT в сочетании с реконструктивно-пластическими операциями во влагалище и на промежности достаточно высока. Применение данной операции при стрессовом недержании мочи у женщин позволяет в значительной степени улучшить качество жизни пациенток. Соблюдение стандартов предоперационного обследования и техники оперативного вмешательства позволяет свести к минимуму процент интра- и послеоперационных осложнений.

Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д.,
Муравьева Т.Г., Путиловский М. А.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,
Москва, Россия

РОЛЬ ДСТ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Актуальность. Роль дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в патогенезе пролапса гениталий в настоящее время общепризнана. Исследованиями, проведенными в гинекологической клинике МОНИИАГ доказана наследственная предрасположенность к частому сочетанию опущения и выпадения внутренних половых органов с грыжами иных локализаций, спланхноптозом, варикозной болезнью, пороками сердца, которые являются тяжелыми признаками проявления ДСТ на экстрагенитальном уровне. А пролапс гениталий, особенно у молодых женщин после единственных неотягощенных родов при сохраненном гормональном фоне и отсутствии факторов, препятствующих повышению внутрибрюшного давления, является проявлением генерализованной дисплазии соединительной ткани на уровне репродуктивной системы. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани диагностируются тогда, когда у пациента набор фенотипических признаков не укладывается ни в одно из дифференцированных заболеваний, таких как наследственные коллагенопатии – синдром Марфана, Элерса-Данлоса, несовершенный остеогенез и синдром вялой кожи (Cutis laxa). Как показывает опыт, гораздо чаще распространены недифференцированные формы ДСТ, к которым относится и пролапс гениталий.

Материал и методы. Наследование дефектов соединительной ткани касается в первую очередь синтеза коллагена, как основного структурообразующего компонента соединительной ткани. В МОНИИАГ совместно с отделом эмбриологии НИИ морфологии человека РАМН (зав. лабораторией, д.б.н., профессор С.В.Савельев) проведено иммуногистохимическое исследование операционного материала – фрагментов сосудистого пучка (сосуды и окружающие ткани), лобково-шеечной фасции, апоневроза наружных косых мышц живота, крестцово-маточных связок, круглых

связок матки с целью оценки морфологической структуры связочного аппарата и качественного состава коллагенового каркаса. При помощи моноклональных антител проводили специализированные иммуногистохимические реакции для выявления коллагенов I, III, IV типов. Материал изучали в светоптическом микроскопе Leica DMB с видеосистемой Sony SSC-DC50P, YS-W150 и цифровым видеоанализатором.

Результаты. Гистологическое исследование фрагментов сосудистого пучка, круглых, крестцово-маточных связок, апоневроза и фрагментов тазовой фасции у 21 пациентки с ДСТ показало, что макроскопически исследуемые ткани не были изменены у 61,9 % больных с ДСТ различной степени тяжести, у 38,1 % – они были истончены и перерастянуты.

Иммуногистохимическое исследование показало, что коллаген I и III типов изученных связок экспрессировался у всех пациенток с ДСТ различной степени тяжести, но оба коллагена имели атипичную пространственную структуру и не формировали выраженных пучков волокон. Как правило, они располагались диффузно, вокруг фибробластов и во внеклеточном матриксе. Вместо коллагена I и III типов в больших количествах экспрессировался коллаген IV типа, эластические свойства которого были реализованы в связках и обуславливали нарушение механических свойств связочного аппарата. Связки становились эластичными, высокорастяжимыми, что приводило к глубоким нарушениям механических характеристик конструкции органов малого таза.

Клинические и конституциональные признаки дисплазии соединительной ткани выявлены нами у 104 (24,1 %) из 432 обследованных пациенток с различными формами недержания мочи: ДСТ легкой степени у 47 (10,9 %), средней – 31 (7,2 %), тяжелой – 26 (6,0 %), в 81,5 % мочевого инконтиненция сочеталась с анатомической диспозицией тазовых органов.

Частота соматических заболеваний – маркеров ДСТ у исследуемых пациенток определялась значительно чаще: так, заболевания сердечно-сосудистой системы диагностировались в 3,8 раза чаще, грыжи различной локализации – в 3,2 раза, варикозная болезнь и поливалентная аллергия – чаще более чем в 2 раза по сравнению со всей группой (432 женщины). Обращала на себя внимание высокая частота угрозы прерывания беременности и преждевременных родов у 57,7 % женщин с ДСТ, а также быстрых и стремительных родов у 53,8 %.

Выводы. Таким образом, наиболее значимыми и часто встречающимися клиническими признаками ДСТ у пациенток с недержанием мочи и пролапсом гениталий были следующие: грыжи различных локализаций (60,9 % случаев), пролапс митрального клапана, нарушение ритма сердца или проводимости, ВСД (65,2 %), варикозная бо-

лезнь (78,3 %), гипермобильность суставов (56,7 %), хронические бронхолегочные инфекции и/или хронический тонзиллит (69,6 %), аллергические реакции, включая поливалентную аллергию и анафилактический шок (69,6 %), наследственный характер коллагенопатии (39,1 %). Вместо разработанной ранее шкалы критериев выраженности ДСТ для верификации соединительнотканной дисплазии у больных с ОиВВПО мы предлагаем использовать перечень наиболее распространенных и значимых признаков ДСТ. Выявление трех и более из выше перечисленных клинических признаков свидетельствует о недифференцированной дисплазии соединительной ткани у больной. При выборе лечебной тактики необходимо рассматривать пролапс гениталий как проявление системного процесса, на что указывают патологическая наследственность, фенотипические маркеры ДСТ и сопутствующая экстрагенитальная патология.

Ермолинский И.И., Мелько А.И., Зарубенко И.П.,
Кира Е.Ф.

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

ПРИМЕНЕНИЕ КУЛЬТУР АЛОГЕННЫХ КЛЕТОК КОЖИ ЧЕЛОВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Мочевые свищи являются серьезным осложнением после тяжелых сочетанных травм, ранений, радикальных хирургических вмешательств. Нами предложен метод консервативного лечения данной патологии с помощью культур аллогенных клеток.

Цель исследования: оценить первый опыт и возможность применения аллогенных культур клеток человека в лечении генитальных свищей.

Материал и методы. Нами проведено лечение 12 больных в возрасте от 38 до 56 лет (в среднем – 44 года) с генитальными свищами, длительность которых варьировала от 3 до 12 месяцев. У 9 больных имелись единичные пузырно-влагалищные и у 3 – ректо-вагинальные фистулы (у одной пациентки – сразу три свищевых хода). Диаметр свищей колебался от 1 до 4 мм (по фистулограммам). Происхождение всех свищей было посттравматическим после ятрогенных осложнений в ходе хирургических вмешательств. Все пациентки до обращения к нам получали консервативную антибактериальную, противовоспалительную, симптоматическую терапию, им проводилась медикаментозная и физиотерапевтическая активация регенерации. У 4 больных ранее были выполнены оперативные пособия по закрытию свищей, которые оказались безрезультатными. В нашем клиническом исследовании были использованы фибробласты и кератиноциты,

выращенные на микроносителях.

Результаты исследования. Данные, которые были получены и проанализированы, показали, что фистулы с извитым ходом закрывались и эпителизировались на 5 – 7-е сутки после применения культур клеток (n=5). Напротив, свищи с прямым ходом рецидивировали, что требовало проведения повторной трансплантации: после повторного применения (n=3) фибробластов заживление наступило на 12 – 14-е сутки. Трехкратная трансплантация была выполнена у 4 больных. При этом закрытие свища наступило лишь у одной пациентки. Безрезультатным, то есть сохранение свищей, констатировано у трех больных: в двух случаях при пузырно-влагалищных и в одном – при ректо-вагинальном свищах. Отмечено, что в двух неэффективных случаях пузырно-влагалищных свищей имелись прямые фистулы и их исходные диаметры свищевых ходов со стороны влагалища были около 4 мм. В случае с неудачным ректо-вагинальным свищем мы встретились с тремя свищевыми ходами, два из которых открывались во влагалище, а один в области промежности между задней спайкой и сфинктером прямой кишки.

Вывод. Таким образом, использование аллогенных клеток кожи человека в лечении генитальных свищей может явиться эффективным методом. Необходимы дальнейшие исследования данного метода.

Горелов А. И., Ниаури Д. А., Беженарь В. Ф.,
Зиятдинова Г. М., Иванов А. В.

НИИ АиГ им. Д. О. Отта РАМН, отделение оперативной
гинекологии СПбГУ, медицинский факультет, кафедра
акушерства и гинекологии, Россия

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Распространенность смешанного недержания мочи среди известных клинических форм мочевого инконтиненции у женщин варьирует от 12 до 30% (Hampel C. et al., 1997). При необоснованном выборе хирургической тактики лечения смешанного недержания мочи эффективность оперативного вмешательства может снижаться, как правило, в связи с усилением ургентных симптомов (Karram M. M. et al., 1989).

Цель исследования: Определить критерии выбора хирургической тактики лечения смешанного недержания мочи у женщин.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 83 больных в возрасте от 29 до 66 лет с жалобами на недержание мочи. Группу контроля составили 14 женщин без нарушений мочеиспускания. Диагноз смешанного недержания мочи основывался на сопоставлении данных клинического обследования, цистометрии наполнения, профилометрии уретры и промежностного ультразвукового сканирования. Для того чтобы определить значимость дисфункций мочевого пузыря в патогенезе смешанного недержания мочи, лечение начинали с комплекса консервативных методов, включающих фармакологические препараты селективного действия.

Результаты исследования. Смешанное недержание мочи выявлено у 41 больной. Из них у 15 (36,6%) было диагностировано сочетание гипермобильности уретры с детрузорной гиперактивностью, а у 26 (63,4%) – сочетание гипермобильности уретры с гиперактивным мочевым пузырем без детрузорной гиперактивности. У 32 (78%) женщин достигнутый в результате консервативной терапии

клинический эффект подтвердил преобладание функциональных нарушений в патогенезе недержания мочи, а 9 (22%) больных потребовалось оперативное лечение в связи с сохранением средней и тяжелой степени недержания мочи. Период наблюдения после хирургического вмешательства составил 8 месяцев. Ургентные симптомы возобновились только у 2 женщин, в среднем, через $5,8 \pm 1,1$ месяцев после операции, что потребовало проведения повторного курса фармакотерапии.

Независимо от установленного преобладающего в патогенезе недержания мочи функционального или анатомического компонента, у этих больных были выявлены однотипные изменения параметров профилометрии уретры и промежностного УЗИ по сравнению с группой контроля. Так, величина максимального запирающего давления уретры в группе контроля $82,5 \pm 4,5$ см H_2O , у больных с преобладающими функциональными нарушениями $71,0 \pm 6,4$ см H_2O , а при преобладании анатомических факторов $59,5 \pm 7,6$ см H_2O ; функциональная длина уретры в группе контроля $34 \pm 0,7$ мм, у больных с недержанием мочи $29,0 \pm 0,8$ и $28,0 \pm 2,5$ мм соответственно. Величина угла α в покое $7,4 \pm 1,1^\circ$, у больных с недержанием мочи $16,0 \pm 2,8$ и $23,6 \pm 5,4^\circ$ соответственно; ротация угла α в группе контроля $4,1 \pm 1,7^\circ$, соответственно $27,0 \pm 5,6$ и $40,9 \pm 4,5^\circ$ в группе больных.

Выводы. При смешанном недержании мочи выбор хирургической тактики, очевидно, должен быть обоснован степенью эффективности комплекса предварительно используемых консервативных методов лечения, что позволит избежать усиления ургентных симптомов в послеоперационном периоде.

Иванов А.Г., Красулин В.В., Терентьев Ю.В.

Кафедра урологии РостГМУ, урологическое отделение,
Ростов-на-Дону, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УПРАВЛЯЕМОГО СЛИНГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН. РЕЗУЛЬТАТЫ 28 ОПЕРАЦИЙ

Цель исследования: Оценить эффективность применения управляемого слинга при лечении стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин.

Материал и методы. Клиника урологии РостГМУ располагает опытом применения управляемого слинга у 28 пациенток в возрасте от 40 до 63 лет. У 20 (71,4 %) в анамнезе осложнения родов: разрыв

промежности – у 16 (57,1 %), роды крупным плодом у 3 (10,7 %), плодоразрушающая операция – у 1 (3,6 %) пациентки. Длительность заболевания у 6 (21,4 %) пациенток – от 1 до 3 лет, у 12 (42,9 %) – от 4 до 7 лет, у 10 (35,7 %) – более 10 лет. Ранее 22 (78,6 %) пациентки лечилась консервативно без положительного эффекта. 2а тип СНМ по McGuir

установлен у 6 больных (21,4 %), у 18 (64,3 %) – 26 тип, у 3 (10,7 %) – 3а тип. У 17 пациенток (60,7 %) имело место цистоцеле, у 3 (10,7 %) – ректоцеле. Операция: на переднюю стенку влагалища накладываем два полукишечных шва из пролена, формируя окружность диаметром 5 см. Отступая от линии шва 5 мм, рассекаем стенку влагалища. Латеральные края раны мобилизуем на 2,5 см с каждой стороны. Обходя уретру справа и слева, создаём каналы в позадилонное пространство. Иглу-перфоратор поочерёдно проводим через 2 разреза в надлобковой области через позадилонное пространство и выводим во влагалищную рану. Заводим нити в ушко иглы, при извлечении которой нити выводим в надлобковую область. Для исключения повреждения мочевого пузыря выполняем уретроцистоскопию. При необходимости производим пластику цистоцеле с помощью элементов пубо-цервикальных связок и задней стенки мочевого пузыря. Латеральные края влагалищной раны ушиваем узловыми швами (викрил № 3-0). Таким образом в рану погружаем участок стенки влагалища на собственной питающей ножке. Нити объединяем в дополнительном разрезе, выполненном по средней линии, с фиксацией их в наружном фиксирующем устройстве, исключая контакт лигатур с окружающей средой. Таким образом нити зафиксированы над апоневрозом, формируя петлю.

Результаты исследования. У 20 (71,4 %) больных в послеоперационном периоде осуществлялась коррекция натяжения лигатур для достижения оп-

тимального результата. У 22 пациенток (78,6 %) полностью исчезли симптомы недержания мочи, у 4 (14,3 %) – значительно уменьшились. При трансвагинальном УЗИ и осмотре per vaginam у всех пациенток мы не обнаружили грубых рубцовых изменений в зоне проведенной операции (период наблюдения – 2 года). Полная реабилитация достигнута у 21 (75 %) пациентки. У 5 (17,9 %) пациенток степень СИ уменьшилась. У 2 (7,14 %) пациенток СНМ после операции сохранилась. Послеоперационные осложнения: задержка мочи и необходимость катетеризировать мочевой пузырь отмечали 4 (14,3 %) пациентки, активация мочевой инфекции – у 7 (25 %) пациенток, боли в надлонной области – у 10 больных (35,7 %). У одной больной (3,6 %) на фоне неадекватной физической нагрузки рецидивировало недержание. При обследовании обнаружен обрыв пубовагинальных лигатур.

Заключение. Отказ от мобилизации участка передней стенки влагалища минимизирует опасность развития дистрофических и рубцовых изменений в области пузырно-уретрального сегмента. Разработанный способ позволяет при необходимости изменять вновь созданные анатомо-физиологические взаимоотношения проксимальной уретры и тазовой диафрагмы в ближайшем послеоперационном периоде, создавая наиболее выгодное для конкретной больной функциональное положение нижних мочевых путей, позволяющее достигнуть оптимальных результатов в лечении СНМ у женщин.

Коркан А.И., Корабельников А.И., Коркан И.П.

Институт последипломного образования акушеров-гинекологов, Казахстан

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТО- И РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ОПУЩЕНИИ И ВЫПАДЕНИИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения цисто- и ректоцеле при пролапсе тазовых органов за счет комбинированной коррекции анатомических и функциональных нарушений с использованием малоинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения у 47 женщин с пролапсом тазовых органов и с жалобами на недержание мочи при напряжении, запоры, чувство неполного опорожнения прямой кишки, недержание кала и газов, необходимость ручного пособия при дефекации (синдром тазовой дисценции). Проводились клинические, лабораторные, ультразвуковые (в том числе трансвагинально), уродинамические, проктографические (в том числе натуживанием) и эндоскопические исследования. По показаниям и методике осуществлялось оперативное лечение, ко-

торая включала: петлевую slingовую уретропластику (TVT и TVTob), трансвагинальную сакро-вагинопексию (LS-MESH) и коррекцию пролапса (переднюю и заднюю пластику стенок влагалища, операцию Штурмдорфа и т.д.). Результаты были изучены в сроках от 3 мес. до 3 лет после операции. При этом использовались анкеты, клинические, лабораторные, ультразвуковые исследования.

Результаты исследования. Начиная со вторых суток после операции у обследованных больных исчезли жалобы, связанные с проявлением синдрома тазовой дисценции. Прежде всего пациентки, констатировали отсутствие стрессовой инконтиненции, а затем и проблем, связанные, с актом дефекации. Вследствие проведенного клинического и лабораторно-инструментального обследования нами не было выявлено ни одного случая рецидива пролапса и проявления синдрома тазовой дисценции.

Заключение. Для лечения больных с пролапсом тазовых органов, осложненном цисто- и ректоцеле, оптимальной является комбинированная операция, позволяющая одномоментно выполнить коррекцию генитального пролапса (в том числе реконструкцию тазового дна) и устранить имеющиеся функциональные нарушения смежных органов. При этом лучшие функциональные результаты достигаются путем использования слинговых петлевых

уретропексий (TVT и TVT-obt) и трансвагинальной сакровагинопластики (LS-MESH). Кроме того, следует подчеркнуть, что одномоментная коррекция пролапса, инконтиненции и нарушений акта дефекации с использованием малоинвазивных технологий, значительно уменьшает операционную травму, улучшает результаты оперативного лечения, имеет высокий медицинский, социальный, экономический эффект и повышает качество жизни пациенток.

Коркан А.И., Корабельников А.И., Коркан И.П.

Институт последипломного образования акушеров-гинекологов, Казахстан

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Цель: Улучшение результатов лечения стрессового недержания мочи у женщин с пролапсом тазовых органов путем использования свободных синтетических петель из пролена (TVT, TVT-obt).

Материал и методы. Проведен анализ лечения 132 женщин с пролапсом тазовых органов (ПТО) и недержанием мочи (НМ). Всем была выполнена пластика по поводу пролапса и коррекция инконтиненции. Контрольную группу составили 53 женщины оперированные ранее, которые также страдали пролапсом и инконтиненцией, но оперативное лечение проводилось только по поводу пролапса. В дальнейшем эти больные оперировались в урологических клиниках, где выполнялась операция Краатца в модификации с использованием короткого аутодермального лоскута. У всех больных основной группы операция осуществлялась в двух этапах. На первом этапе проводилась коррекция НМ. На втором этапе – устранение пролапса. Для коррекции НМ использовались свободные синтетические петли TVT (в 112 случаях) TVT-obt (в 20 случаях). Показаниями для использования TVT и TVT-obt явилось НМ при напряжении преимущественно второго типа по Mc. Guire, в сочетании с ПТО. Во всех случаях при проведении операции применялся интубационный наркоз.

Результаты исследования. Были изучены непосредственные и отдаленные результаты операции. Исходы оперативного лечения оценивались как положительные, так и отрицательные. К положительным отнесены результаты, когда больные

после операции полностью удерживали мочу, к отрицательным – операция эффекта не дала или больные вынуждены были использовать прокладки. В течение 2 – 5 суток послеоперационного периода положительные результаты в основной группе получены у всех 132 (100 %) больных. У этих женщин восстановилось произвольное мочеиспускание естественным путем, прекратились симптомы НМ. Всем оперированным больным с целью послеоперационного контроля проводилось УЗИ, которое выявляло уменьшение размеров уретры, отсутствие остаточной мочи, а основание мочевого пузыря располагалось значительно выше, и исчезла его патологическая подвижность – результат коррекции пролапса. Анализ отдаленных исходов операции в сравнительном аспекте у больных основной и контрольной групп показал, что у больных второй группы (по данным ретроспективного исследования) через 3 месяца отрицательные результаты были у 2 (3,7 %), через 6 месяцев у 3 (5,7 %), через 12 месяцев у 6 (11,3 %) и свыше 1 года у 3 (5,7 %). Общее количество рецидивов у больных контрольной группы составило 14 (26,4 %).

Выводы. Следовательно, операция с использованием свободной синтетической петли (TVT и TVT-obt) оказалась эффективной у всех 100 % женщин, страдающих пролапсом генитальной в сочетании со стрессовым недержанием мочи. Кроме того, наилучшие результаты достигаются при правильном подборе больных и соблюдении техники оперативного вмешательства.

Коршунов М. Ю., Сазыкина Е. И.

Кафедра акушерства и гинекологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУЩЕНИЯ МАТКИ И КУПОЛА ВЛАГАЛИЩА: СРАВНЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ И ВАГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИК

Актуальность. Опушение матки и купола влагалища за пределы гименальной плоскости сопро-

вождается значительными дефектами поддерживающего аппарата тазовых органов. Классические

влагалищные методики коррекции энтероцеле и опущения купола влагалища нередко приводят к последующим рецидивам (Karram M., 1999). Методика высокого подвешивания купола влагалища к крестцово-маточным связкам с фасциальной реконструкцией направлена на анатомически обоснованную коррекцию всех дефектов апикальной поддержки (Barber M., 2001).

Цель исследования: Сравнить эффективность абдоминальной сакрокольпопексии и высокого подвешивания купола влагалища к крестцово-маточным связкам с фасциальной реконструкцией влагалищным доступом при хирургическом лечении пролапса матки и купола влагалища.

Материал и методы. В период с 2001 по 2004 гг. 62 пациентки были прооперированы по поводу III и IV стадии опущения купола влагалища по одной из вышеуказанных методик. В группе № 1 (n=20) пациентки страдали опущением купола влагалища после ранее перенесенной гистерэктомии. В группе № 2 (n=42) наблюдалось опущение матки и стенок влагалища. В первой группе производилась абдоминальная сакрокольпопексия с применением проленовой сетки (GyneMesh PS); во второй группе – влагалищная гистерэктомия с последующим высоким подвешиванием купола влагалища к крестцово-маточным связкам и фасциальной реконструкцией (J. Miklos, 1998). При необходимости, одновременно выполнялись передняя кольпоррафия с наложением проленовой сетки и задняя кольпоррафия с леваторопластикой, при наличии стрессового недержания мочи – TVT или TVT Obturator. Стадия и локали-

зация пролапса оценивались при помощи количественной методики POP-Q (ICS, 1996) до операции, а затем через 1 год после операции. Стадия пролапса С 0 рассматривалась как полное объективное излечение, С I – как удовлетворительный результат, С II стадии и более – как рецидив после операции.

Результаты. По объективным данным, полный или удовлетворительный эффект лечения в первой группе был достигнут у всех женщин (100 %), во второй – у 41 (97,6 %) (P=1,0). При этом полное излечение наблюдалось у 19 из 20 пациенток первой группы и у 31 из 42 пациенток второй группы. Рецидив после операции (стадия С II) зафиксирован только у одной пациентки второй группы. Кроме того, два случая рецидива цистоцеле (стадия Ba II) были отмечены в первой группе.

Заключение. Вагинальный доступ для коррекции апикального дефекта тазовой фасции с высоким подвешиванием купола влагалища к крестцово-маточным связкам сравним по эффективности с абдоминальной сакрокольпопексией и может с успехом применяться у женщин с опущением матки и стенок влагалища III – IV стадий, особенно при необходимости одновременной коррекции энтероцеле, цистоцеле и ректоцеле. Абдоминальная сакрокольпопексия является высокоэффективным методом коррекции пролапса купола влагалища после гистерэктомии, в том числе рецидивного. Для дальнейшего решения проблемы выбора оперативного доступа и техники операции при опущении матки, купола влагалища и энтероцеле необходимо проведение рандомизированных исследований.

Коршунов М.Ю., Сергеева И.В., Сазыкина Е.И.

Кафедра акушерства и гинекологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ TVT И TVT-OBTURATOR ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Актуальность. Стрессовое недержание мочи (СНМ) – часто встречающееся у женщин заболевание, которое отрицательно сказывается на качестве жизни. Операция TVT показала свою высокую эффективность и в настоящее время нередко рассматривается как «золотой стандарт» антистрессовой операции. TVT-O, демонстрирующая в целом обнадеживающие результаты, применяется в мировой практике в течение более короткого периода времени. В связи с этим, представляется актуальным сравнение исходов данных операций, их влияние на качество жизни, а также изучение частоты и характера осложнений.

Цель: Сравнить объективные, субъективные результаты и качество жизни пациентов со стрессовым недержанием мочи после операций TVT и TVT-O.

Материал и методы. Проспективное когортное исследование 51 пациентки со СНМ, которым были выполнены операции TVT (N=31), либо TVT-O (N=20) в период с сентября 2002 по май 2005 гг. Объективные результаты оценивались по данным кашлевой пробы, проводимой в вертикальном положении, а субъективные результаты – по наличию или отсутствию жалоб на СНМ через 4 месяца после операции. Качество жизни изучалось при помощи модифицированного опросника «King's health questionnaire». Для статистического анализа различий объективных и субъективных результатов применялся критерий χ^2 , а различий в шкалах опросника – критерий Стьюдента.

Результаты исследования. 9 (29 %) пациентов в группе TVT и 7 (35 %) пациенток в группе

TVT-О имели изолированную антистрессовую операцию. У остальных одновременно выполнялись одна или более операции по поводу пролапса тазовых органов. По данным послеоперационного осмотра, включающего кашлевую пробу, не наблюдалось никаких различий между группами в частоте излечения от СНМ (100 % в обеих группах). Субъективное излечение также наблюдалось практически с одинаковой частотой в группах TVT и TVT-О (96,8 % и 95 %, $p=0,674$). В группе TVT несколько чаще отмечались симптомы обструктивного мочеиспускания (9,7 % и 5 %, $p=0,903$) и императивные позывы (12,9 % и 5 %, $p=0,657$). Шкалы оценки опросника по качеству жизни до и после операции показали значительное улучшение качества жизни в обеих группах.

Средние различия между шкалами до и после операции составили 53,25 % в группе TVT и 61,5 % в группе TVT-О ($p=0,220$).

Заключение. Операции TVT и TVT-О имеют практически одинаковые как объективные, так и субъективные результаты. Кроме того, TVT-О может иметь некоторые преимущества, связанные с меньшей частотой послеоперационных осложнений, таких как обструктивное мочеиспускание и императивные позывы, что, в свою очередь, может улучшать показатели качества жизни. Для более достоверной оценки результатов необходимо проведение дальнейших, особенно рандомизированных контролируемых исследований, с вовлечением большего числа пациентов и более длительным послеоперационным наблюдением.

Костючек Д. Ф., Клюковкина А. С.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, Россия

ЗНАЧЕНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭЛОНГАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Актуальность. Пролапс гениталий (ПГ) – актуальная клиническая и хирургическая проблема. Частота рецидивов при хирургическом лечении осложненных форм достигает 33 %. Элонгация шейки матки (ЭШМ), как одна из форм ПГ не диагностируется на ранних этапах. Имеются данные о значении недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в развитии ПГ.

Материал и методы. Проведено клинко-морфологическое, иммуногистохимическое исследование с изучением значения НДСТ в развитии ЭШМ. Обследовано 158 больных с ЭШМ 1 – 3 степени в двух возрастных группах (до и после 45 лет). Оперативное лечение: манчестерская операция – 122 наблюдения, влагалищная экстирпация матки – 26, экстирпация культи шейки матки – 10.

Результаты. Анкетированием у всех больных выявлены главные и второстепенные признаки НДСТ. Главные признаки ДСТ (пролапс гениталий у родственников первой линии, варикозная

болезнь, геморрой, аллергопатия, стремительные роды) выявлены у 50 % больных I группы и у 100 % – 2 гр. При 1 – 2 степени ЭШМ имела 1 степень, при 3 – 2 степень ДСТ. Гистологическим исследованием шейки матки установлено нарушение архитектоники, топографии соединительной, мышечной тканей, сосудов, коллагенизация аргирофильных волокон, атрофия мышечной ткани. Иммуногистохимически установлены качественные и количественные нарушения накопления и распределения коллагенов I, III, IV типов. Комплекс данных процессов подтверждает наличие НДСТ и приводит к неполноценности шейки матки.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о патогенетическом значении НДСТ в развитии ЭШМ, что определяет необходимость выявления ее клинических признаков для коррекции, стабилизации процесса, улучшения результатов оперативного лечения.

Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д., Муравьева Т.Г., Евсюкова Л.В., Путиловский М. А.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Актуальность. Пролапс гениталий, особенно у молодых женщин после единственных неотягощенных родов при сохраненном гормональном фоне и отсутствии факторов, препятствующих повышению внутрибрюшного давления, является частым про-

явлением генерализованной дисплазии соединительной ткани на уровне репродуктивной системы. Наследование дефектов соединительной ткани касается в первую очередь синтеза коллагена, как основного структурообразующего компонента соеди-

нительной ткани. Механические свойства связок определяются наличием коллагенов разных типов. Основную структурную роль играют коллагены I и III типов. Иммуногистохимическое исследование связок при ДСТ различной выраженности, показало, что коллаген I и III типов экспрессировался в достаточном количестве и выявлялся иммуногистохимически. Однако оба основных структурных коллагена не образовывали типичной пространственной структуры. У большинства пациенток, особенно при ДСТ тяжелой и средней степени выраженности, коллаген I и III типов замещался коллагеном IV типа, который становился структурным элементом исследуемых структур - связок и апо-невроза. Эластические свойства коллагена IV типа, как нового структурообразующего коллагена, вызывало нарушение механических свойств связок, которые становились эластичными, высокорастяжимыми.

Материал и методы. Метод оперативного лечения у женщин со сниженной прочностью фиксирующего аппарата матки предполагал ликвидацию пролапса гениталий и профилактику его рецидива в будущем. Выполняя «базовую» гинекологическую операцию - экстирпацию матки, вагинопексию производили синтетическим (проленовым) материалом (Gyne Mesh или Gyne Mesh soft). MESH-вагинопексия, в качестве базовой операции, произведена у 14(13,5%) из 104 пациенток с ДСТ. У 16 (15,4%) произведена влагалищная экстирпация матки, пластика передней стенки влагалища с применением синтетического протеза и петлевая пластика TVT (или TVT-O). У 17(16,3%) производилась пластика передней стенки влагалища с применением синтетического протеза (проленовая сетка Gyne Mesh или Gyne Mesh soft) с кольпоперинеолеваторопластикой и петлевой пластикой TVT (TVT-O). У 3(2,9%) пациенток произведена Манчестерская операция и петлевая пластика TVT. У 7(6,7%) больных произведена пластика передней стенки влагалища, TVT и кольпоперинеолеваторопластика. Таким образом, у 10 пациенток с ДСТ, планирующих беременность и роды, произведены неагрессивные хирургические вмешательства.

Результаты. Мы считаем целесообразным использование синтетических материалов у пациенток с ДСТ, что объясняется несостоятельностью собственных тканей, выраженностью пролапса гениталий (у 61,9 % женщин - полное и неполное выпадение матки), высоким риском развития рецидива ОиВВПО. Выполнение неагрессивных оперативных вмешательств у пациенток с врожденной несостоятельностью соединительной ткани объяснялось молодым возрастом женщин, желанием сохранить менструальную и репродуктивную функции.

Для профилактики прогрессирования ректоцеле после основного этапа операции, при чре-

восечении производилась облитерация Дугласова пространства и кольпоперинеолеваторопластика. Известно, что серьезной проблемой в отдаленный период после гистерэктомии у больных с несостоятельностью тазового дна и опущением стенок влагалища являлось прогрессирование ректо-цистоцеле или энтероцеле. Поэтому при выборе метода оперативного лечения у больных с ДСТ, предпочтение отдавалось методам коррекции с более жесткой фиксацией с обязательным выполнением дополнительного (второго) этапа операции.

При влагалищных вмешательствах антистрессовая операция выполнялась одномоментно, пациенткам после чревосечения - в отсроченном периоде. Влагалищную гистерэктомию у пациенток с ДСТ целесообразно дополнять пластикой стенок влагалища с применением синтетических протекторов или сакровагинопексией, в связи с высоким риском выпадения купола влагалища в течение ближайших первых трех лет после операции. Эффективность оперативного лечения высокая. Нами оценены результаты оперативной коррекции через 1, 3 и 5 лет. Рецидивов пролапса гениталий после вагинопексии синтетическим лоскутом не выявлено ни в одном случае.

Оценка эффективности Манчестерской операции и TVT произведена через 3 года после лечения у трех женщин. Все пациентки мочу удерживают, рецидива пролапса не выявлено. У 7 больных после пластики передней стенки влагалища, TVT и кольпоперинеолеваторопластики прослежены результаты лечения в сроках от 1 года до 4 лет. У двух больных имеется умеренное опущение передней стенки влагалища. Симптомов стрессовой инконтиненции не выявлено, показаний для хирургической коррекции по поводу пролапса гениталий нет.

Результаты оперативного лечения у 16 пациенток после пластики передней стенки влагалища с применением синтетического протектора и влагалищной гистерэктомии с пластикой передней стенки влагалища с применением синтетических материалов прослежены в течение 1-3 лет. Все пациентки мочу удерживают. У 6 больных имеются симптомы гиперактивного мочевого пузыря, по поводу чего проводится соответствующая терапия. У 3 диагностирована эрозия передней стенки влагалища, что потребовало наложения вторичных швов. У 17 женщин, после перенесенной пластики передней стенки влагалища с применением синтетического протеза (проленовая сетка Gyne Mesh или Gyne Mesh soft), кольпоперинеолеваторопластики и петлевой пластикой TVT эффективность операции высокая и через год после операции составляет 100 %. У 2 пациенток из 17 в связи с эрозией передней стенки влагалища, произведено иссечение фрагментов синтетического протеза Gyne Mesh и наложение вторичных швов. Рецидива недержания мочи при напряжении и цистоцеле не отмечено.

Абулхаирова О.С., Лузина Л.В.

Башкирский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №2, Городская
клиническая больница №18, Уфа, Россия

САКРОВАГИНОПЕКСИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОЛЕНОВОЙ СЕТКИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Актуальность проблемы. В последние десятилетия возросла продолжительность жизни, в связи с чем женщины заинтересованы сохранить женственность и сексуальный потенциал. Одним из наиболее препятствующих этим целям заболеваний является выпадение стенок влагалища, которое может сопровождаться опущением матки (28 %). Среди гинекологических больных, перенесших абдоминальные и трансвагинальные операции, в 8 (26 %) отмечается опущение купола влагалища, выпадение стенок и полный выворот влагалища с энтероцеле. В ряде случаев это связано с неадекватной фиксацией культи влагалища. У пациенток наблюдается сопутствующее опущение мочевого пузыря и выпадение прямой кишки, что вызывает множество неудобств в жизни женщины. Основными жалобами, предъявляемыми пациентками, являются ноющие боли внизу живота, ощущение тяжести внизу живота, бели, чувство инородного тела в области наружных половых органов, недержание мочи и газов при физической нагрузке, учащенное мочеиспускание.

Целью исследования явилось изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пролапса гениталий.

Материал и методы. Динамическое наблюдение с комплексным обследованием проводилось за 170 прооперированными женщинами в возрасте от 35 до 78 лет (средний возраст 47 ± 4 года) на протяжении 5 лет. С учетом характера выявленной патологии все обследованные пациентки были распределены на пять групп. В первую группу вошли пациентки с опущением стенок влагалища и формированием цисто- и ректоцеле (24). Вторая группа – женщины с неполным выпадением матки (39). Полное выпадение матки имели 98 пациенток (3-я группа). Выпадение культи матки после надреза влагалищной ампутации было выявлено у 8 пациенток (4-я группа). Пятую группу составила одна пациентка с выпадением купола влагалища после абдоминальной экстирпации матки.

Результаты исследования. К настоящему времени известно множество способов хирургической коррекции этой патологии (в том числе с применением лапароскопической техники), что, с одной стороны, свидетельствует об актуальности проблемы, а с другой – о недостаточной эффективности хирургических методик и высокой частоте рецидивов заболевания. По данным многих исследователей рецидивы развиваются практически у каждой третьей больной в течение

ближайших 3 лет после операции. В поиске оптимальных технологий лечения пролапса гениталий мы внедрили синтетические материалы в хирургию тазового дна. Для хирургической коррекции выпадения культи матки после надреза влагалищной ампутации матки и выпадения купола влагалища после экстирпации матки нами проводилась крестцовая кольнопексия. В качестве фиксирующего материала мы использовали проленовую сетку из серии GynexMesh шириной 2 см и длиной 8 см. Приводим основные этапы оперативного вмешательства, разработанного нами: 1. Пациентка находится в литотомической позиции на спине. На вершину влагалища накладывается 2 зажима. Если ранее была выполнена гистерэктомия, в области вершины влагалища будут видны швы. 2. Выполняется лапаротомия (разрез по Пфаненштилю, реже срединный разрез). 3. После отведения кишечника при помощи влажных салфеток хирург находит правый мочеточник и ректо-сигмальный отдел кишечника. Выполняется разрез париетальной брюшины от мыса крестца книзу, через Дугласово пространство и верхушку влагалища. Влагалище помещается в брюшную полость при помощи 4-сантиметрового обтуратора или губчатого тампона на овальном зажиме. 4. Фиксирующий материал (в нашем случае – проленовая сетка) пришивается к надкостнице крестца. Сначала швы надо наложить на надкостницу, затем провести через фасцию, накладывается 3 – 4 шва. Дистальный конец полосы пришивается к верхушке влагалища, накладывается 3 отдельных синтетических неабсорбируемых шва на переднюю стенку влагалища. Полоса фиксирующего материала лежит на куполе влагалища и при необходимости может быть дополнительно к нему подшита. Дугласово пространство закрывается путем сшивания крестцово-маточных связок по средней линии. 5. Париетальная брюшина сшивается над полосой фиксирующего материала, малый таз перитонизируется. Сакральная вагинопексия с применением проленовой сетки производилась в 8 случаях. Рецидивов заболевания на протяжении 5 лет не наблюдалось.

Заключение. Проведение сакровагинопексии с применением проленовой сетки имеет много преимуществ перед другими хирургическими методами лечения пролапса гениталий с использованием только собственных тканей. Применение проленового лоскута из серии GynexMesh при сакровагинопексии позволяет сохранить глубину

влагалища и восстановить нормальную ось пролабированного влагалищного купола. Так как сакровагинопексия сопровождается закрытием глубокой тазовой грыжи, применени

сетки для анатомической коррекции оправдано. Данный материал хорошо моделируется, показал себя как нерассасывающийся и ареактивный, прост в применении.

Новиков Е.И., Сорока И.В., Иванова Л.А., Попов А.С.

ВМедА, НИИ скорой помощи им. Ю.Ю.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СФИНКТЕРА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Цель: оценить эффективность sling-овых операций при тяжелых степенях недержания мочи у женщин.

Материалы и методы: Перед хирургическим лечением проводится определенный алгоритм диагностики: использование модифицированного опросника, проведение функциональных проб, бактериологических анализов мочи, уродинамических исследований, цистоскопии и цистоуретрографии. Особое значение придаем проведению стоп-теста, ректальной пробы в модификации Г.А.Савицкого. Всего обследованы 86 больных со средней и тяжелой степенью недержания мочи. **Результаты:** проанализировав результаты хирургического лечения влагалищным и лапароскопическим способами у больных со средней и тяжелой степенью недержания мочи и нали-

чием недостаточности сфинктера мочевого пузыря, сделан вывод об их малой эффективности. За последние годы было выполнено 52 sling-овых операции по Геббелю-Штекелю и Олдриджу-Краснопольскому. Возраст больных был от 34 до 52 лет, длительность заболевания составила от 2 до 7 лет. На основании непосредственных и отдаленных результатов в 44 случаях из 52 отмечено полное восстановление процесса мочеиспускания. По нашим данным, у больных после sling-овых операций отмечен продолжительный койко-день (11 – 14), обусловленный длительным восстановлением процесса мочеиспускания.

Заключение: сделан вывод о высокой эффективности sling-овых операций при тяжелой степени недержания мочи и функциональной недостаточности сфинктера мочевого пузыря.

Петров С.Б., Куренков А.В., Жуковский В.А., Шкарупа Д.Д.

ВМедА, ООО «Линтекс», Санкт-Петербург, Россия

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И БИОСОВМЕСТИМОСТЬ СИНТЕТИЧЕСКИХ СУБУРЕТРАЛЬНЫХ СЛИНГОВ

Цель: Определение связи между структурно-механическими свойствами синтетических субуретральных слингов и реакцией живых тканей на их имплантацию.

Материал и методы. Исследовались два вида синтетических слингов – TVT (Gynecare) и Obtape (Mentor), а также три варианта синтетических имплантатов, разработанных в научно-производственных лабораториях ООО «Линтекс» (образцы №1, №2 и №3). Исходя из структуры, образцы делятся на 2 группы – сетчатые из монофиламентного полипропилена (TVT, образец №1, №2 и №3) и изготовленные из нетканого термоскрепленного полипропилена (Obtape). Все синтетические имплантаты были подвергнуты подробному структурно-механическому анализу, который заключался в определении толщины, поверхностной плотности, объемной пористости, разрывной нагрузки, разрывного удлинения, жесткости.

У сетчатых материалов дополнительно определялись средняя площадь ячейки, толщина нити, среднее количество нитей в стенках ячеек. Реакция живых тканей на установку исследуемых материалов определялась после имплантации образцов размером 10х10 мм в переднюю брюшную стенку крыс. При патоморфологическом исследовании оценивались следующие основные показатели тканевой реакции: интенсивность воспаления, клеточный состав воспалительного инфильтрата, развитие грануляционной ткани, интенсивность фиброза, плотность сосудов, ширина зоны регенерации и рубцевания.

Результаты. Изучение структуры сетчатых материалов позволило разделить их на образцы с меньшей площадью ячейки и малой толщиной образующих их стенок – образец №1, образцы с промежуточными характеристиками – TVT и образцы с большой ячейкой и более толстыми стенками – образец №2 и №3.

Наибольшей материалоемкостью и прочностью, но наименее стабильной структурой при растяжении обладал TVT (поверхностная плотность – 94 г/м², разрывная нагрузка – 80 Н, разрывное удлинение до 178 %). Материалоемкость образца №1 была значительно меньше, чем у TVT (56 г/м²), однако он имел значительно большую стабильность структуры при растяжении (разрывное удлинение – 35 %) при несколько меньшей прочности на разрыв (57 Н). У остальных сетчатых образцов были определены промежуточные значения аналогичных показателей. Гистологическое и морфометрическое исследование выявило в целом схожие показатели воспалительной реакции при установке

всех образцов, однако имплантация Obtape в 9 % случаев сопровождалась образованием абсцессов. Были обнаружены значительные отличия в показателях ширины зоны рубцевания и интенсивности фиброза вокруг имплантата. Наиболее тонкая, равномерная и нежная зона рубцевания была выявлена при использовании Obtape и образца №1, наиболее широкая и грубая – у образцов №2 и №3, в случае TVT наблюдались промежуточные значения.

Вывод: Нами было получено экспериментальное подтверждение влияния структурно-механических свойств синтетических имплантатов на тканевую реакцию при их установке.

**Попов А.А., Шагинян Г.Г., Мачанските О.В.,
Рамазанов М.Р., Кирюшкина О.Г.**

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
МЗиСР РФ, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ TVT И TVT-OBT

Цель исследования: сравнить эффективность хирургического лечения НМПН у женщин при применении двух вариантов петлевых уретропексий – позадилобным (TVT) и трансобтураторным (TVT-obt) доступами.

Методы исследования. У 265 больных с недержанием мочи при напряжении после клинического, ультразвукового и уродинамического исследований применены различные виды петлевых уретропексий (операция TVT и операция TVT-obt). Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 4-х лет с использованием анкет, ультразвукового и уродинамического исследований.

Результаты исследования. Отмечены опреде-

ленные осложнения в 11 % случаев, требующие медикаментозного и хирургического лечения. После хирургической коррекции стрессовой инконтиненции методом петлевой пластики TVT-obt мы не наблюдали ни одного случая развития рецидива стрессового недержания мочи в сроки наблюдения до 6 месяцев.

Заключение. Операция уретропексия, независимо от типа доступа, имеет сегодня лучшие ближайшие и отдаленные результаты, однако обтураторный доступ более предпочтителен в связи с описанными преимуществами: отсутствует риск перфорации мочевого пузыря, быстро восстанавливается самостоятельное мочеиспускание, минимальны симптомы дизурии.

**Попов А.А., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г.,
Мачанските О.В., Рамазанов М.Р., Кирюшкина
О.Г., Чаусова Н.А.**

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
МЗиСР РФ, Россия

ПРОЛЕНОВЫЕ ПРОТЕЗЫ GYNE MESH SOFT В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Цель данного сообщения – представить результаты применения синтетического протеза для пластики задней стенки влагалища при ее опущении с образованием ректоцеле и проинформировать о новой модификации пластики задней стенки влагалища проленовой сеткой Gynemesh soft.

Материалы и методы. В отделении эндоскопической хирургии МОНИИАГ с 2002 года оперировано 34 пациентки в возрасте от 42 до 69 лет с рецидивными формами ректоцеле с использованием синтетических материалов (технология IVS posterior). Для этого по задней стенке влагалища выкраивали и отсепааровывали лоскут, соответ-

ствующий размерам ректоцеле. Использовали протез из пролена (Gynemesh soft, J&J, USA) T-образной формы. После выделения дефекта протез укладывался и фиксировался к паравагинальным тканям. Далее, используя IVS tunneler, горизонтальные части протеза выводили в обе стороны на кожу перианальной области в точке, латеральнее на 4 см и ниже на 1 см от ануса. С ноября 2004 года 7 пациенткам по поводу выпадения купола влагалища и ректоцеле после гистерэктомии применена методика укрепления купола влагалища с использованием двух протезов 1х10 см, фиксированных к куполу влагалища и выведенных через

клетчатку седлишно-прямокишечной ямки на кожу перинальной области.

Результаты. Не отмечено интра- и послеоперационных осложнений. Сроки наблюдения за больными составили от 6 мес. до 2-х лет. Мы не отметили рецидивов ректоцеле. При вагинальном исследовании обращало на себя внимание высокое стояние купола влагалища, анатомически правильное расположение стенок, отсутствие дефекта брюшинно-промежностного апоневроза. Отмечено улучшение эвакуаторной функции прямой кишки у

больных с ее нарушением после пластики ректоцеле, что подтверждено дефектографией, динамической синитидефектографией.

Заключение. Пластика сложных, рецидивных форм ректоцеле позволяет создать синтетический каркас, укрепляющий тазовую диафрагму в условиях несостоятельности собственной соединительной ткани. Применение «мягких» синтетических протезов, современных малоинвазивных технологий устранило в большинстве случаев (98 %) как анатомические, так и функциональные дефекты тазовой диафрагмы.

Прохорова В.С., Беженарь В.Ф., Павлова Н.Г.

ГУ НИИ Акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта, РАМН,
Санкт-Петербург, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ УРЕТРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Диагностика и лечение различных типов недержания мочи у женщин в настоящее время является основной проблемой урогинекологии. При этом наряду с традиционными методами клинического, уродинамического и эндоскопического обследования все шире используется неинвазивная методика двух- и трехмерного ультразвукового сканирования.

Цель исследования: Оценить значение трансвагинальной эхографии в диагностике типа стрессового недержания мочи и выборе метода лечения.

Материалы и методы. Обследовано 29 пациенток отделения оперативной гинекологии НИИ АГ им. Отта Д.О. в возрасте от 36 до 82 лет с недержанием мочи при напряжении. С целью установления типа недержания мочи и степени его выраженности всем обследуемым проводилось исследование уретровезикального сегмента с использованием многократного трансвагинального датчика (Чечнева М.А., 2000 г.) на ультразвуковом диагностическом приборе Voluson-730 expert (GE). В положении пациентки на спине в покое измерялись величины угла между условной продольной осью тела и продольной осью, проведенной через центр уретры (угол α), и угла, образованного пересечением оси уретры и задней стенкой мочевого пузыря на уровне его шейки (угол β). В дальнейшем проводилась проба Вальсальвы, при которой оценивали степень ротации угла α и наличие цистоцеле. При выявлении признаков везикализации выполнялось измерение ширины проксимального отдела уретры с последующей динамической трехмерной реконструкцией, при которой оценивались площадь поперечного сечения уретры и ширина сфинктера, затем рассчитывалось их соотношение.

Результаты. Средние величины углов α и β в покое у обследованных пациенток составили $31,6^\circ$

и $112,7^\circ$, соответственно. У 8 из них были выявлены ультразвуковые признаки гипермобильности уретры (недержание мочи II типа) – ротация угла α составила более 20° . У 9 обследованных обнаружены признаки недостаточности сфинктера уретры (недержание мочи III типа). При этом величина отношения площади поперечного сечения уретры и ширины сфинктера превышала 0,74. Еще у трех пациенток выявлено сочетание ультразвуковых признаков недержания мочи II и III типа. У остальных 9 женщин не было обнаружено ультразвуковых признаков нарушения топографоанатомических взаимоотношений уретры и мочевого пузыря.

На основании данных ультразвукового обследования 17 пациенткам проведено хирургическое лечение. При недержании мочи II типа выполнялись антистрессовые операции (TVT и TVT-O). При недержании мочи III типа проводилась уретропексия петлей IVS, а также Gyne-Mesh и Gyne-Mesh soft пластика стенок влагалища. Всем пациенткам операцию дополняли кольпоперинеолеваторопластикой.

Ультразвуковая оценка динамики топографоанатомических взаимоотношений уретры и мочевого пузыря, а также положения проленовых трансплантатов проводилась в ближайшем послеоперационном периоде (на 3-й и 10-й день). Положительная динамика зарегистрирована у всех прооперированных пациенток.

Заключение. Использование трансвагинальной двух- и трехмерной эхографии в комплексном обследовании пациенток с недержанием мочи при напряжении позволяет объективно оценить анатомию уретровезикального сегмента и оптимизировать тактику лечения. В настоящее время проводится анализ отдаленных результатов проведенного хирургического лечения.

Пушкарь Д.Ю., Гвоздев М.Ю., Тевлин К.П.

Кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета, Россия

ТРАНСПОЗИЦИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Актуальность. Рецидивирующее течение хронических инфекций нижних мочевых путей более чем у 10 % пациенток обусловлено анатомическими вариантами расположения наружного отверстия уретры. При этом создаются условия для ретроградного инфицирования уретры во время полового акта.

Цель: Определение роли транспозиции дистального отдела уретры при ее влагалищной дистопии в лечении рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей у женщин.

Материал и методы. С 1998-го по 2005 год в клинике урологии МГМСУ наблюдалось 224 пациентки в возрасте от 16 до 48 лет (средний возраст 27,3 лет), с расстройствами мочеиспускания после полового акта, частыми рецидивами мочевой инфекции. Показанием к транспозиции дистального отдела уретры было сочетание анамнестических указаний на связь рецидивов инфекции нижних мочевых путей с эпизодами половой жизни, длительности и низкой эффективности посткоитальной

профилактики и выявления положительного симптома Хиршхорна.

Результаты. При оценке субъективных ощущений положительный эффект операции отметили 175 пациенток (78,1 %). Снижение частоты эпизодов обострения инфекции нижних мочевых путей после полового контакта отметили 179 пациенток (79,9 %). Исчезновение и снижение явлений диспарсунии в течение 12 месяцев отмечено у 190 пациенток (84,8 %). Улучшение качества половой жизни отмечено у 204 (91,1 %) пациенток.

Заключение. Хирургическая коррекция дистопии дистального отдела уретры приводит к стойкой и продолжительной ремиссии при рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей, позволяя радикально устранить причину их инфицирования. Малая продолжительность и травматичность операции позволяет применять данную методику практически у любых пациенток при наличии соответствующих показаний.

Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Гумин Л.М.

Кафедра урологии МГМСУ, Россия

ОПЕРАЦИИ TOT И TVT-O, СРАВНЕНИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Введение и цели. Имплантация проленовых петель с целью коррекции недержания мочи при напряжении на сегодняшний день наиболее перспективный метод хирургического лечения этого заболевания. Данное исследование предусматривает наблюдение за пациентками, оперированными по методике TOT и TVT-O в период с 2002-го по 2005 год, для оценки оперативных методик и отдаленных результатов оперативного лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 73 пациентки, в возрасте от 47 до 71 года, средний возраст 59 лет, страдающие недержанием мочи при напряжении тип 2, не имеющие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Операция TOT выполнена 26, а операция TVT-O – 47 женщинам. Следует отметить, что какого-либо специального подбора пациенток для того или иного вида операции не проводилось. Все операции выполнялись под спинальной анестезией. Интраоперационных осложнений не отмечено, среднее время операции в группе TOT 16 минут, в группе TVT-O 12 минут. В течение первых суток у всех больных восстановлено мочеиспускание, остаточной мочи

не отмечалось. Время нахождения в стационаре составило 3 суток.

Результаты. Период наблюдения составил от 14 до 32 месяцев. В ходе анкетирования установлено, что все 73 пациентки остались довольны результатом оперативного лечения. При наблюдении за больными отмечено, что в группе пациенток, перенесших операцию TOT в период от 1 до 3 месяцев, наблюдалось 3 случая протрузии проленовой петли, потребовавших ее удаления. Причины и характер такого осложнения нам до конца неясны, по-видимому, протрузия петли может быть связана с нераспознанными атрофическими явлениями в стенке влагалища.

Выводы. Трансобртураторный доступ установки проленовой петли прост в выполнении и дает хорошие результаты лечения. Операция TVT-O занимает меньше операционного времени, менее инвазивна, риск травмы уретры минимален из-за ретроградного способа проведения перфораторов. При выполнении операции TOT следует помнить о возможности протрузии петли вследствие атрофического вагинита.

Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н.,
Гумин Л.М.

Кафедра урологии МГМСУ, Россия

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ КИСТ

Введение и цели. Парауретральные кисты, которые можно отнести к доброкачественным кистозным поражениям влагалища, часто встречаются в урогинекологической практике. Наряду с ними, в силу схожести клинических проявлений можно рассматривать и такое редкое заболевание, как дивертикул уретры. Клинически кисты могут проявлять себя воспалением, болевым симптомом, диспареунией, обструктивным мочеиспусканием. Подобные состояния требуют решения вопроса об оперативном лечении. Мировой опыт показывает, что экстирпация парауретральных кист в отличие от марсупиализации является более предпочтительным методом лечения, в силу большей радикальности.

Материал и методы. В исследуемую группу включены 67 пациенток в возрасте от 21 до 55 лет, перенесших оперативное лечение в период с 2001 по 2004 год. При наличии показаний, в отсутствие воспалительного процесса больным выполнялось оперативное лечение – экстирпация кисты. Все операции проводились под общим обезболиванием, оперативное время составило от 35 до 80 минут. Длительность операции зависит от размеров удаляемой кисты и степени воспалительных изменений окружающих тканей. Необходимо отметить, что в ходе операции у 19 больных вскрывался мочеиспускательный канал, что на наш взгляд не является серьезным осложнением, а при наличии дивертикула уретры является эта-

пом операции. Своевременная диагностика, наличие современного шовного материала позволяет достаточно просто справиться с данной проблемой. В послеоперационном периоде уретральный катетер устанавливался на срок от 1 до 12 суток, что зависело от объема вмешательства.

Результаты. В послеоперационном периоде пациенты получали стандартную антимикробную терапию. Все пациенты выписаны из стационара в период от 3 до 14 суток после операции. Мочеиспускание восстановлено полностью, остаточной мочи не было. Период наблюдения за больными составил от 12 до 24 месяцев. Болевой симптом прекратился через две-три недели, в этот же срок пациентки возобновили половую жизнь. У больных с обструктивным мочеиспусканием, диагностированным до операции, урофлоуметрия, проводимая один раз в три месяца, не выявила признаков обструктивного мочеиспускания.

Выводы. Парауретральные кисты, проявляющие себя воспалением, болевым симптомом, диспареунией, обструктивным мочеиспусканием, требуют оперативного лечения. В оперативном лечении парауретральных кист экстирпация в силу своего радикализма является предпочтительным методом. Своевременно диагностированный и правильно ушитый дефект мочеиспускательного канала не является серьезным осложнением и требует более длительного дренирования мочевого пузыря в послеоперационном периоде.

Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б.

Кафедра урологии МГМСУ, Россия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Актуальность, цель исследования. Смешанная форма недержания мочи – непроизвольная потеря мочи как после императивного позыва, так и при физической нагрузке, при кашле, смехе. При уродинамическом исследовании, как правило, выявляется комбинация уродинамических признаков стрессового недержания мочи и гиперактивности детрузора. Целью настоящего исследования было изучения распространенности смешанной формы недержания мочи в урологическом стационаре. Также нами проанализированы результаты хирургического лечения пациенток со смешанной формой недержания мочи.

Материал и методы исследования. В период за март 2004-го по май 2005 года нами обследовано

363 пациентки, средний возраст 52,3 года (39 – 67 лет) поступившие в клинику с жалобами на недержание мочи. При ретроспективном анализе историй болезни данных пациенток было отобрано 269 женщин (74 %), перенесших операции по поводу недержания мочи при напряжении. Клиническое исследование включало беседу с пациенткой, сбор анамнеза, физикальный осмотр, заполнение дневника мочеиспусканий в течение 3-х дней, заполнение опросника расстройств мочеиспускания. Уродинамическое исследование выполнялось у 27 % пациенток и включало в себя выполнение урофлоуметрии, исследования давление-поток, цистометрии, электромиографии, профилометрии уретры. Уродинамическое тестирование выполнялось на машинах

Duet MultiP (Medtronic) и Bonito (Laborie). Все уродинамические исследования выполнялись согласно рекомендациям международного общества по проблеме удержания мочи (ICS).

Результаты. Симптоматически смешанная форма недержания мочи выявлена у 99 пациенток (27 %). Гиперактивность детрузора подтверждена при уродинамическом исследовании у 42 пациенток (42,4 %). Остальным больным были выполнены различные антистрессовые операции по поводу недержания мочи. Императивная симптоматика имела место у 12 (21 %) пациенток после хирургического лечения. 8 из них были не удовлетворены результатом операции.

Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Гумин Л.М.

Кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета, Россия

Заключение. Распространенность смешанной формы недержания мочи согласно нашим данным составила 27 %. Гиперактивность детрузора была подтверждена при уродинамическом тестировании у 42 пациенток (42,4 %) со смешанной формой недержания. На настоящий момент уродинамическое исследование является единственным методом объективной оценки недержания мочи. Наш опыт показал, что при лечении смешанной формы недержания мочи следует корректировать гиперактивный мочевой пузырь до оперативного лечения недержания мочи, чтобы избежать рецидива императивной симптоматики после операции.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ КОМБИНИРОВАННЫМИ УРЕТЕРО-ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫМИ СВИЩАМИ

Актуальность. Комбинированные уретеро-пузырно-влагалищные свищи встречаются достаточно редко и зачастую вызывают значительные трудности в диагностике и лечении.

Цель: Обобщить опыт лечения пациенток, страдающих комбинированными уретеро-пузырно-влагалищными свищами за период с 1998-го по 2005 год.

Материал и методы. За указанный период времени в клинике урологии МГМСУ оперирована 171 пациентка, страдающая вышеуказанным заболеванием. Средний возраст пациенток составил 41,9 лет. Все случаи явились осложнениями акушерско-гинекологических вмешательств. С целью подтверждения диагноза выполнялась цистоскопия с катетеризацией мочеочника с пораженной стороны. Всем больным выполнялась трансвезикальная

фистулопластика с одновременной пластикой мочеочника с формированием прямого анастомоза по методике Боари. Мочевой пузырь дренировался катетером Фоли в течение 8 суток. Верхние мочевые пути на стороне поражения дренировались J-J стентом в течение 3 недели.

Результаты. У всех больных отмечено полное излечение от основного заболевания. У 6 % пациенток в послеоперационном периоде отмечена нестабильность детрузора. Данные явления исчезли в течение 12 месяцев произвольно или на фоне холитической терапии.

Выводы. Сочетанные трансабдоминальные операции при комбинированных уретеро-пузырно-влагалищных свищах на сегодняшний день остаются операциями выбора.

Рыкин П.А., Комяков Б.К., Сингаевский С.Б.

Санкт-Петербургская многопрофильная Клиника им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ (СНМ) У ЖЕНЩИН

Цель исследования: сравнение результатов хирургического лечения больных с СНМ при использовании петлевых операций с проленовой сеткой.

Материал и методы. В период с 2000-го по 2003 год было обследовано и оперировано 59 больных со СНМ. В зависимости от выполненной антистрессовой операции, все пациентки были разделены на две сопоставимые по основным статистическим характеристикам группы. I группу составила 31 больная, которым была выполнена петлевая операция TVT. II группа (28 пациенток) оперированы по разработанному методу лонно-влагалищной пет-

левой операции с использованием сетки "Prolen". Наиболее распространенным в обеих группах больных являлся II тип СНМ: 57,1 % – в первой группе и 51,6 % – во второй. Основная часть пациенток были со средней степенью тяжести заболевания, соответственно, 18 (58,1 %) и 21 (72,4 %). Тяжелая степень диагностирована у 13 (41,9 %) больных в I группе и у 8 (27,6 %) во II группе. Средний возраст женщин в I группе составил $47,1 \pm 1,64$ год, во II группе – $52,7 \pm 1,84$. Одновременно с хирургической коррекцией СНМ были выполнены другие оперативные вмешательства. У 25 (80,6 %) больных из I группы нами

произведены 29 операций и у 27 (93,1 %) пациенток II группы – 37 различных вмешательств.

Результаты: Через 23 месяца после петлевой операции TVT положительный результат отмечен у 29 (93,5 %) пациенток, а после предлагаемой лонно-влагалищной петлевой операции с использованием проленовой сетки – у 25 (89,2 %) больных. У 2 (6,5 %) больных в I группе и у 3 (10,8 %) во II группе выявлены императивные позывы к мочеиспусканию, появившиеся через 3 – 6 месяцев после оперативных вмешательств. Поэтому у них признаны результаты лечения как отрицательные. Возникшие осложнения констатированы при операции TVT у 5 (16,1 %) больных, при предлагаемой петлевой операции осложнения выявлены также у 5 (17,2 %) больных. Интраоперационные осложнения, в виде ранения мочевого пузыря, отмечены по 1 случаю в обеих группах. Оба случая ранения стенки мочевого пузыря и 1 случай развившегося кровотечения во II группе выявлены у 3 женщин, имеющих в анамнезе 2 и более операций на органах малого таза. Ранние послеоперационные осложнения (ретросимфизарная гематома, острая задержка мочи) встречались в I группе у 2 больных, во II группе у 1 больной. Через 6 месяцев у 2 пациенток в I группе

и у 3 пациенток во II группе с императивными позывами к мочеиспусканию, при комбинированном уродинамическом исследовании констатирована нестабильность детрузора.

Заключение. 1. При выполнении петлевых операций с проленовой сеткой отмечен высокий процент благоприятных результатов. Позитивные результаты по устранению стрессового недержания мочи у женщин после операции TVT достигнуты у 93,5 %, а при лонно-влагалищной операции с проленовой сеткой у 89,2 % больных. 2. Обе петлевые операции сочетаются с одновременной хирургической коррекцией пролапса гениталий. Они могут выполняться как самостоятельно, так и в качестве этапа симультанного хирургического лечения. 3. Наиболее частым послеоперационным осложнением при обеих операциях являлось развитие нестабильности детрузора, при операции TVT у 6,5 % и при лонно-влагалищной операции с проленовой сеткой – у 10,8 % больных. Увеличение количества осложнений и уменьшение эффективности предложенной лонно-влагалищной операции с сеткой “Prolen”, возможно, связано с большим количеством выполненных симультанных операций.

Семенюк А.А., Смирнов Д.С.

ЦМСЧ-122 МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Цель: оптимизация диагностики и лечения лейкоплакии мочевого пузыря у женщин.

Материал и методы. В исследование включены 63 пациентки, у которых при цистоскопии была выявлена истинная лейкоплакия мочевого пузыря. Морфологической основой лейкоплакии мочевого пузыря является плоскоклеточная метаплазия переходного эпителия. В развитии лейкоплакии мочевого пузыря выделяют три последовательные стадии. Первая стадия – плоскоклеточная модуляция, вторая – плоскоклеточная метаплазия, третья – плоскоклеточная метаплазия с кератинизацией. Вторая и третья стадии объединяются в понятие истинной лейкоплакии, морфологические критерии которой включают плоскоклеточную метаплазию с гиперкератозом и погружной неинвазивный рост (акантоз). Именно эти морфологические изменения при цистоскопии выявляются как серовато-белые или желтоватые бляшки с четкими контурами, возвышающимися над уровнем слизистой оболочки мочевого пузыря (чаще всего в области треугольника Льебо).

Возраст пациенток колебался в пределах от 25 до 58 лет. Основными жалобами являлись: чувство дискомфорта в надлобковой области (76,1%), боли

и длительные спазмы после мочеиспускания (65 %) учащенное мочеиспускание (95,2 %), ургентное недержание мочи (52,4 %), терминальная гематурия (7,9 %). Длительность заболевания составила от 1 до 6 лет. Все пациентки получили от 3 до 6 курсов консервативной терапии в поликлинических условиях без положительной динамики.

При исследовании мочи на микрофлору в 38 % случаев у больных высевались уропатогены из группы кишечных бактерий в незначимой концентрации, что потребовало проведения антибактериальной терапии.

При исследовании сыворотки крови на содержание гормонов в 63,5 % случаев у больных выявлено нарушение гормонального статуса (гиперэстрогения), по поводу чего проводилась заместительная гормональная терапия.

37 женщинам была выполнена эндовезикальная, мультифокальная биопсия измененных участков слизистой оболочки мочевого пузыря, которая у всех больных подтвердила наличие истинной лейкоплакии.

Всем пациенткам произведена трансуретральная резекция (ТУР) измененных участков слизистой оболочки мочевого пузыря.

Результаты. Наблюдения проводились на протяжении 18 месяцев. 85,7 % пациенток отметили исчезновение чувства дискомфорта в надлобковой области, 77,7 % – значительное уменьшение частоты мочеиспускания, 87,3 % – исчезновение ургентного недержания мочи, 93,6 % – терминальной ге-

матурии. При цистоскопии рецидивов лейкоплакии не выявлено.

Заключение. Таким образом, ТУР стенки мочевого пузыря является эффективным методом лечения истинной лейкоплакии мочевого пузыря на фоне проводимой заместительной гормональной терапии.

Тевлин К.П., Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В.

Кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета, Россия
Department of obstetrics and gynecology Medical-Military Academy Saint-Petersburg, Russia

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Актуальность. Сексуальная функция может значительно влиять на качество жизни. Ее ухудшение у женщин часто связано с проблемой недержания мочи при напряжении.

Цель: сравнительная оценка женской сексуальной функции в отдаленном послеоперационном периоде у пациенток, перенесших различные виды оперативного лечения недержания мочи при напряжении.

Материал и методы. Исследование включало 130 пациенток (средний возраст 44,9 года), перенесших операцию TVT (N=85, группа 1) и операцию с использованием короткого кожного лоскута (N=45, группа 2). Средний срок наблюдения составил 33,7 месяца. Сексуальная функция оценивалась с помощью Шкалы оценки женской сексуальной функции (FSFI). Шкала состоит из 6 основных показателей (влечение, возбуждение, lubricация, оргазм, удовлетворение, боль). Каждый показатель оценивался по 6-балльной системе.

Результаты. В соответствии с опросником общий средний показатель до операции составил 18,5 ($p < 0,01$). Тот же показатель в конце периода

наблюдения в 1 группе составил 24,9, а во второй – 22,4 ($p < 0,01$). Позитивные изменения отмечены во всех показателях за исключением показателя 6 (боль), в котором не отмечено статистически значимых изменений. Лучшие показатели по сравнению с дооперационными в группе 2 в основном связаны с позитивными изменениями показателей 2 и 3 (возбуждение и lubricация). Средний балл по данным показателям составил до операции 2,6 и 2,2, а после 4,3 и 4,0. Данные изменения в 1 группе составили 4,7 и 4,4 соответственно. Негативные изменения в группе 2 по сравнению с группой 1 отмечены в показателях 1, 4 и 5 (влечение, оргазм, удовлетворение). Значительного снижения общего балла в показателе 6 (боль) по сравнению с группой 1 и предоперационным состоянием отмечено не было.

Заключение. Сексуальная функция у больных после операции TVT значительно лучше, чем после операции с использованием коротким кожным лоскутом. Индекс оценки женской сексуальной функции является удобным и простым инструментом оценки качества жизни у пациенток после оперативного лечения недержания мочи при напряжении.



Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Огрызкова В.Л.,
Басова И.О., Саратян А.А.

Российский научный центр рентгенодиагностики МЗ РФ,
Москва

ЭТАПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ АТИПИЧНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Актуальность. Мировая тенденция изменения структуры населения свидетельствует о постоянном и все более заметном увеличении числа пожилых людей. В России также отмечается количественный рост возрастной группы женщин в периоде постменопаузы. Проблемы, связанные со старением широко известны – кроме общепатологических аспектов, имеет место увеличение соматических заболеваний, метаболические нарушения и т.д. Все это приводит к настоятельной необходимости совершенствования применяемых медицинских методик и сочетания в них как достаточной эффективности, так и максимальной безопасности.

В проблеме патологии эндометрия методологической базой скрининга является сонография. На I этапе диагностического процесса в условиях поликлиник и женских консультаций осуществляется наиболее простое и доступное ультразвуковое исследование в режиме серой шкалы всего контингента женщин постменопаузального периода. В последующем формируются группы пациенток, подлежащих дообследованию в условиях диагностического гинекологического блока. С целью реализации этой концепции наиболее целесообразно дифференцировать ряд решений с учетом данных толщины М-эхо. Увеличение М-эхо более 4 мм требует дальнейшего обследования. М-эхо более 10 мм предполагает использование дополнительных ультразвуковых методик, а именно трехмерной эхографии, позволяющей адекватно оценить состояние неизмененного эндометрия и локализацию патологического очага и спектральной доплерографии с констатацией скоростных показателей. В зависимости от полученных данных на 2-м этапе диагностического процесса осуществляется гистероскопия в следующих вариантах:

- обзорная, без дальнейших манипуляций при визуальных признаках атрофии;
- гистероскопия с прицельной биопсией при наличии патологического очага;

- гистероскопия с аспирационной биопсией.

При М-эхо более 10 мм и дополнительных УЗ данных, свидетельствующих о возможном наличии рака эндометрия, осуществляется аспирационная биопсия эндометрия без гистероскопии. Подтверждением эффективности подобной модели являются проведенные нами исследования.

Материал и методы. Обследованы 608 пациенток постменопаузального периода с атипичными маточными кровотечениями. В 14,1 % имела место атрофия, в 18,8 % – аденомиоз, в 5,6 % – узлы миомы, в 4,8 % – железистая гиперплазия, в 21,2 % – полипы, рак эндометрия выявлен в 2,9 % наблюдений. Таким образом, у 54,1 % больных внутриматочный кюретаж в случае его проведения был бы бесполезен. Отдельно была сформирована и изучена группа из 64 больных раком эндометрия I – II стадии.

Результаты. Толщина М-эхо составила при стадии T1a (17 человек) $10,3 \pm 5,7$ мм, при T1b (21) – $18,1 \pm 7,8$ мм, при T1c (11) – $24,1 \pm 10,5$ мм и при T2 (15) – $36,1 \pm 13,8$ мм. Трехмерная реконструкция только при T1a выявила наличие в 100 % правильной треугольной формы матки с четкими, ровными контурами. При T1b эта ситуация имела место лишь в 28,6%. Все остальные наблюдения продемонстрировали те или иные изменения. Регистрация показателей гемодинамики регионарного кровотока отчетливо констатировала тенденцию к увеличению скоростных показателей во всех звеньях сосудистого русла и снижению индекса периферического сопротивления.

Выводы. Проведенные исследования позволяют еще раз убедиться в необходимости дифференцированного подхода к диагностической тактике с широким использованием новых технических достижений и наиболее щадящим применением инвазивных методик в соответствии со строго определенными показаниями.

Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Моцкобили Т.А.,
Чазова Н.Л., Бабаева Н.А., Басова И.О.

Российский научный центр рентгенодиагностики МЗ РФ,
Москва

РОЛЬ СОНОГРАФИИ И ГИСТЕРОСКОПИИ В УТОЧНЕНИИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИЭСТРОГЕНОВ

Актуальность. Препараты, взаимодействующие с эстрогенными рецепторами, используются в медицине более 30 лет. Их антагонистическое влияние на

рецепторный аппарат нашло широкое применение в онкологии, в первую очередь при лечении рака молочной железы. Однако, как известно, все антиэст-

рогены, и прежде всего тамоксифен (нольвадекс, зитазониум), проявляют в определенной степени эстрогенную активность. Изучение механизмов реализации агонистического эффекта привлекло пристальное внимание к особенностям воздействия этого препарата на другие органы-мишени, в том числе на эндометрий. Для полной убежденности в наличии канцерогенного эффекта тамоксифена необходимо проводить сравнение максимально однородных групп, различающихся только фактом использования этого препарата. В настоящее время нет четких данных и о морфодинамике возможного развития рака эндометрия в ходе антиэстрогенной терапии, о тех изменениях, которые предшествуют ему. Фоновыми процессами являются как железистая гиперплазия, так и, в ряде случаев, атрофия эндометрия. Мнение о высокой частоте рака, связанной с приемом антиэстрогенов, также не совсем согласуется с положительными результатами использования тамоксифена при лечении железистой и атипической гиперплазии эндометрия. Более того, включение антиэстрогенов в комплексную терапию рака эндометрия позволило улучшить результаты лечения и прогноз заболевания. Широкое применение антиэстрогенов поддерживает неослабевающий интерес к изучению различных особенностей их воздействия и определяет актуальность и важность этой проблемы.

Материал и методы. В работе представлены результаты клинических наблюдений за 276 пациентками постменопаузального периода больных раком молочной железы, из них основную группу составили 155 женщин, принимавших тамоксифен длительно, – более 1 года. В контрольную группу вошла 121 пациентка, не получавшая этот препарат. Всем женщинам производилось трансвагинальное ультразвуковое исследование с измерением срединного М-эхо, при увеличении которого более 5 мм дополнялось гистероскопией с аспирационной, прицельной биопсией эндометрия.

Байлюк Е.Н., Семиглазов В.Ф., Ниаури Д.А., Сошнев А.А.

СПбГУ, ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова МЗиСР, Россия

Материал и методы. Обследованы 67 больных сочетанными гиперплазиями органов репродуктивной системы (СГОРС) в возрасте от 35 до 49 лет (средний возраст $43,4 \pm 4,6$). Диагноз СГОРС установлен на основании гистологически верифицированного сочетания двух и более гиперпластических процессов (миома матки, аденомиоз, гиперплазия и полипоз эндометрия; гипертекотоз, текоматоз, опухолевидные образования и доброкачественные опухоли яичника).

Результаты. Анализ данных, полученных при УЗ-томографии органов малого таза, продемонстрировал явное увеличение количества пациенток с величиной М-эхо более 5 мм в основной группе. Таковых было 95 из 155 (61,3 %) в основной группе и 22 из 121 (18,2 %) в контрольной. При выполнении гистероскопии лишь у 43 пациенток из 155 (27,7 %) в основной группе и у 20 (16,5 %) в контрольной обнаружилось различного рода изменения эндометрия. У остальных имелись признаки атрофии.

Анализ морфологических особенностей показал следующее. При исследовании эндометрия у женщин основной группы выявлены изменения функционального слоя в виде разных форм атрофии его, представленные рыхлой отечной стромой, в которой располагались, обычно упорядоченно, трубчатые железы мелких размеров, выстланные однорядным нефункционирующим эпителием (простая атрофия), либо кистозно расширенные железы с аналогичного типа эпителием (кистозная атрофия). Базальный слой эндометрия выглядел как бы угловатым (гипертрофированным) в сравнении с атрофичным функциональным слоем, четкая граница между ними обычно не определялась.

Выводы. Подводя итоги всего вышеописанного, следует отметить, что у пациенток в постменопаузе влияние тамоксифена на матку развивается в виде усиления пролиферации стромального компонента и гиперплазии базального слоя эндометрия. Ультразвуковым отображением вышеуказанных тканевых процессов является увеличение срединного М-эхо. При визуальной оценке в ходе гистероскопии изменения трактуются как атрофия. В целом следует отметить необходимость самого широкого использования обзорной гистероскопии и аспирационной биопсии эндометрия, что способно обеспечить надежную и раннюю диагностику рака эндометрия.

СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННЫМИ ГИПЕРПАЗИЯМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ОВАРИОЭКТОМИИ

Результаты исследования. Различные формы мастопатии выявлены в 94 % клинических наблюдений (63 больных). Диагноз мастопатии установлен по данным ультразвукового обследования, рентгеномаммографии, цитологическом и/или гистологическом исследовании. При этом в 74,6 % случаев выявлена диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (ДФКМ), в 19 % случаев – узловая форма ФКМ (в том числе 3 больные с атипической

пролиферацией), в 4,8 % случаев – фиброаденома молочной железы и у 1 больной – интрадуктальная папиллома. В процессе радикальных и органосохраняющих операций по поводу основного заболевания моно или билатеральная овариэктомия проведена только у 46 из обследованных больных. Оперативное лечение по показаниям со стороны молочной железы выполнено вторым этапом в условиях хирургического стационара (4 секторальные резекции молочной железы и 1 центральная резекция). 11 больных от предложенной операции категорически отказались. В течение последующих 5 лет медикаментозное лечение больным не проводилось. При активном повторном обследовании по истечении указанного срока мастопатия среди больных, перенесших операцию на придатках матки, выявлена только в 56,7 % клинических наблюдений. После билатеральной овариэктомии число больных с ДФКМ уменьшилось на 30 %, после односторонней – на 24 %. Среди больных с узловой формой ФКМ и фиброаденомой молочной железы прогрессирование заболевания не наблюдалось ни в одном случае, независимо от объема хирургического вмешательства. У больной с интрадуктальной папилломой после билатеральной овариэктомии

рецидива заболевания не наблюдалось. У всех женщин с сохраненными яичниками (21 больная) по истечении указанного срока сохранялись признаки мастопатии. На фоне предшествовавшей ДФКМ в 9 клинических наблюдениях выявлена узловатая форма ФКМ, у 2 больных обнаружена карцинома *in situ*. Среди больных, отказавшихся от оперативного лечения по поводу фиброаденомы молочной железы, увеличение размеров узлового образования относительно исходного превышало 50 %.

Выводы. Таким образом, больных СГОРС следует рассматривать, как группу высокого риска по развитию доброкачественных гиперплазий и дисплазий молочных желез, требующую углубленного специального обследования перед оперативным лечением по поводу основного заболевания. При решении вопроса об объеме хирургического вмешательства у женщин перименопаузального возраста необходимо учитывать, что даже в случае органических изменений в молочных железах стойкая ремиссия может быть достигнута на фоне хирургической постменопаузы. Оптимальный объем операции при СГОРС, в определенных случаях, очевидно, позволяет обеспечить профилактику рака молочной железы.

Габитов Н.А., Вафина Г.В., Губайдуллин А.Р.,
Шайхутдинова А.Ш., Гарипова Г.Х.

МУЗ ГОД Казань, Россия

ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ НА БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

Цель исследования: 1. Определить влияние гистероскопии на отдаленные результаты лечения больных раком эндометрия (РЭ). 2. Оценить возможности гистероскопии в диагностике РЭ (распространенность, локализация).

Методы исследования. 1) гистероскопия жидкостная, 2) используемые гистероскопы: Olympus (гибкий), K-Storz (жесткий), 3) цитологические исследования смывов с органов малого таза, брюшной полости, 4) патогистологическое исследование (по стандартной методике).

Материалы исследования. Основная, контрольная группа больных. Основная группа: 38 больных РЭ с 1995 по 2001 гг., всем больным проведена диагностическая гистероскопия (ДГ). Контрольная группа: 38 больных РЭ с 1995-го по 2001 год, диагностическая гистероскопия не проводилась. Основная группа: возраст больных от 42 до 85 лет. Гистероскопия проводилась по стандартной методике в жидкой среде с применением гистеропомпы с прицельной биопсией эндометрия. У 37 больных РЭ I стадии, у 1 больной – 3 стадия. У 3 из 38 больных биопсия эндометрия не подтвердила диагноз РЭ. После хирургического лечения у всех больных I группы гистологически под-

твержден диагноз РЭ. Все больные I группы прооперированы в объеме экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия выполнялась по показаниям (1 больная 3 стадии). В данной группе у 10 больных в ходе лапаротомии взяты мазки на онкоцитологию для определения возможного распространения процесса после проведенной гистероскопии. Лишь у 1 больной были выявлены раковые клетки. Следует отметить, что в данном случае была папиллярная аденокарцинома эндометрия, которая характеризуется ранней диссеминацией процесса по брюшной полости. Выживаемость в основной группе не отличалась от контрольной.

Результаты. 1. При диагностической гистероскопии всем больным был выставлен клинический диагноз: рак эндометрия. 2. Морфологическая верификация на диагностическом этапе после ГС составила 91,8 %. 3. Совпадение диагнозов предварительного и окончательного в 100 % случаев. 4. Влияние гистероскопии на результаты лечения: а) ближайшие данные лапаротомии, послеоперационного течения не отличались от контрольной группы; б) отдаленные результаты совпадают с контрольной группой.

Выводы. 1. Гистероскопия – высокоинформативный метод исследования при раке эндометрия. 2. Отрицательный морфологический диагноз при гистероскопической картине рака эндометрия не является основанием для отказа от хирургического лечения. 3. Применение гистероскопии у больных раком эндометрия не ухудшило результата лечения и выживаемости больных данной группы. 4. Гистероскопия позволяет диагностировать РЭ на ранних

стадиях заболевания с топической диагностикой процесса, что позволяет оптимизировать методы хирургического лечения, улучшить показатели выживаемости данной группы больных. 5. Считаем, что диагностическая гистероскопия – метод окончательной предоперационной диагностики РЭ. ГС целесообразна в случаях затрудненной диагностики заболевания. Целесообразно ввести диагностическую ГС в алгоритм обследования больных РЭ.

Габитов Н.А., Губайдуллин А.Р., Мавлютова З.В.

МУЗ ГОД Казань, Россия

ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ РАДИКАЛЬНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ГЕНИТАЛИЙ

Цель и задачи исследования: оптимизация операции влагалищной экстирпации матки (ВЭМ) с использованием лапароскопической технологии (LAVH) с целью повышения эффективности лечения больных при опущении и выпадении половых органов в сочетании с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки и тела матки, больных раком шейки матки и тела матки (внутриэпителиальным и I-х стадий). Обосновать целесообразность методики LAVH, изучить возможность выполнения аднексэктомии, эффективность оригинального иглодержателя. Изучить возможность и полноценность тазовой лимфаденэктомии (тЛАЭ) лапароскопическим доступом. Изучить особенности послеоперационного периода у больных, подвергшихся LAVH, с целью оптимизации его. Изучить исходы хирургического лечения больных этих групп традиционным методом и по методике LAVH. Определить показания и разработать алгоритм к влагалищной экстирпации матки с лапароскопической ассистенцией.

Материал и методы: исследование основано на анализе результатов лечения 273 больных. 1-я группа – 100 больных с пролапсом гениталий, подвергшихся ВЭМ. 2-я группа – 65 больных с патологией матки и придатков в сочетании с пролапсом (миома матки до 12 нед. беременности у 36 %, опухоли яичников у 13 %, пролапс половых органов у 100 %, аденомиоз у 3 %, пиометра у 3 %, дисплазия шейки матки у 7 %, лейкоплакия шейки матки у 50 %, хронический аднексит у 10 %, элонгация шейки матки у 30 %. 34 % больных в анамнезе имели хирургические вмешательства, что определяло спаечный процесс разной степени выраженности). 3-я группа – 57 больных с патологией матки без смещения половых органов (68 % – миома матки до 12 нед. беременности, 30 % – опухоли яичников, 37 % – рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, 21 % – хронические воспалительные процессы придатков. 4-я группа – 51 больная раком

шейки и тела матки T1a-bNxMo без пролапса половых органов (20 больных раком шейки матки: 2 in situ, 9 – T1a, 8 – T1b, 1 – T2a; 31 больная раком тела матки: 2 – in situ, 17 – T1a, 10 – T1b). Больные 2, 3 и 4-й групп прооперированы по методике LAVH. 5-ю группу составили 30 больных раком шейки и тела матки T1a-bNxMo, прооперированных абдоминальным доступом. Лапароскопические операции выполнялись на оборудовании НПФ “Эндомедиум” с применением оригинального иглодержателя (патент 2223053, 2003 г). Применялась моно- и биполярная биинструментальная коагуляция. Выделены 5 типов LAVH по степени радикальности: 1-й тип – лапароскопическое пересечение круглых и воронко-тазовых связок, 2-й тип – эндомобилизация дополняется пересечением пузырно-маточной складки и брюшины дугласова кармана с пересечением крестцово-маточных связок, 3-й тип – дополняется пересечением маточных артерий и кардинальных связок. 4-й тип – добавляется эндоскопическая тЛАЭ, 5-й тип – операция типа Celio – Shauta.

Результаты: показания к LAVH не отличались от показаний к операции у больных, прооперированных абдоминальным доступом (5-я группа) и были значительно расширены в сравнении с больными 1-й группы. Если в 1-й группе наличие лапаротомии в анамнезе являлось противопоказанием к ВЭМ, то 44 пациентки, или 25,5 %, имели лапаротомии в анамнезе среди больных 2, 3 и 4-й групп. Применение лапароскопической ассистенции позволило перевести абдоминальную гистерэктомию во влагалищную. В 4 группе 11 пациенткам (21,5 %) выполнена LAVH – 4, а 6 – LAVH – 5. Длительность операции LAVH – 4 и 5 составила соответственно 111 и 254 минуты, кровопотеря 154 и 733 мл. В ходе лимфаденэктомии удалялось 17 – 19 лимфатических узлов с каждой стороны. Предложен алгоритм применения LAVH в хирургическом лечении гинекологических больных.

Глухов Е.Ю., Кузина Т.В., Громова Л.М.

Центральная Городская больница № 7, Екатеринбург, Россия

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРГОНУСИЛЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Актуальность исследования. Аргонусиленная коагуляция (АУК), как метод монополярного высокочастотного воздействия на ткани, за последние годы все шире применяется в эндоскопии, открытой и лапароскопической хирургии с целью остановки кровотечений и девитализации поверхностных патологических процессов. При этом применение этого метода в амбулаторной гинекологии пока мало распространено.

Цель исследования. Нами проведено клиническое исследование, целью которого явилась оценка эффективности использования АУК у женщин с псевдоэрозией шейки матки в сравнении с традиционными методиками (ДЭК, криодеструкция).

Материал и методы. Суть методики заключается в следующем: энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом, с помощью ионизированного газа (аргона) с образованием аргонноплазменного факела между электродом и тканью. При воздействии на ткань происходит ее локальный нагрев и коагуляция, глубина которой не превышает трех миллиметров и зависит от длительности воздействия. Процедура АУК выполнялась на аппарате ФОТЕК ЕА-140 (ООО «Фотек», Екатеринбург). В исследование были включены 75 пациенток от 20 до 32 лет. Гистологический диагноз – эпидермизирующий эндоцервикоз. Пациентки были разделены на три группы, по 25 человек. Оценка эффективности различных методик основывалась на данных опроса, осмотра и кольпоскопии, проводимых через 1 и 2,5 месяца после процедуры. Фиксировались интенсивность болевых ощущений во время и после манипуляции, продолжительность выделений из половых путей, а также темпы эпителизации.

Результаты исследования. Во время процедуры пациентки 1-й группы (АУК) отмечали «умеренные боли» или легкий дискомфорт внизу живота, не требующие обезболивания, пациентки 2-й группы (ДЭК) – отмечали тянущие боли внизу живота различной интенсивности, в 3-й группе (криодеструкция) ни одна из пациенток не отмечала болевых ощущений во время манипуляции. После процедуры 28 % пациенток 1-й группы (АУК) отмечали мажущие выделения из половых путей в течение 7 – 10 дней. Все пациентки 2-й группы жаловались в течение месяца на гнойно-кровянистые выделения из половых путей. У 64 % пациенток 3-й группы (криодеструкция) в течение месяца были обильные водянистые выделения из половых путей, иногда с примесью крови. По данным кольпоскопии через 2,5 месяца выздоровление в 1-й (АУК) группе имело место у 92% женщин, во 2-й (ДЭК) группе – 88%, и лишь у 48% пациенток 3-й группы (криодеструкция).

Выводы: 1. АУК обладает высокой эффективностью, хорошей переносимостью и обеспечивает высокие темпы эпителизации эндоцервикса, сочетая в себе преимущества методов ДЭК и криодеструкции, что позволяет рекомендовать ее более широкое применение для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки. 2. Более щадящее электрохирургическое воздействие АУК на ткани, чем при ДЭК, и возможное отсутствие грубого рубцевания шейки матки в отдаленном периоде после лечения может служить дополнительным аргументом для ее применения у нерожавших женщин. 3. Полное выздоровление при использовании метода АУК наступает значительно быстрее, чем при криодеструкции.

Иванова Л.В., Федина Е.В., Курганская Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ВМедА; Кафедра малоинвазивной, реконструктивно-пластической, лазерной хирургии Медицинской Академии им. И.И. Мечникова; Северо-Западный центр лазерной медицины, Санкт-Петербург, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОЛУПРОВОДНИКОВОГО ЛАЗЕРА (АТКУС- 15) В ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Актуальность. Рост частоты рака шейки матки у женщин молодого репродуктивного возраста за последние годы заставляет врачей изменить тактику ведения фоновых и предраковых процессов шейки матки. Активность диагностики и лечения, включающее и методы деструкции, позволит значительно снизить риск развития рака шейки матки у молодых женщин.

Цель: Изучить эффективность использования лазерной деструкции в лечении фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 648 женщин в возрасте от 18 до 48 лет с различной патологией шейки матки. При диагностике использовали общепринятый алгоритм, включающий расширенную кольпоскопию, бакте-

риоскопическое, цитологическое и морфологическое исследование, ПЦР диагностика генитальных инфекций. ЗППП отмечали у 87 % женщин, ПВИ по результатам ПЦР наблюдалось в 38 % случаев. У 68 % женщин, страдающих ЗППП, отмечено сочетание инфекций. Наиболее часто выявлено сочетание ПВИ, уреаплазмоза и бактериального вагиноза. Всем пациенткам проводилась комплексная поэтапная терапия. На первом этапе применялись антибактериальные препараты с учётом чувствительности возбудителя, противовирусные, антимикотики, антисептики местного применения, иммунокорректоры. На втором этапе проводилась лазеродеструкция шейки матки с использованием высокоэнергетического полупроводникового лазерного аппарата Аткус-15 в амбулаторных условиях (выходная мощность от 12 до 15 Вт.) на 5 – 9-й день менструального цикла. На третьем этапе в послеоперационном периоде все больные получали иммуномодулирующую терапию ликолидом с одновременным облуче-

нием низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером раневой поверхности.

Результаты и их обсуждение. После лазерной деструкции шейки матки при контрольных обследованиях через 1, 2, 3 месяца у 87 % женщин была выявлена полная эпителизация шейки матки и отсутствие субклинических признаков ПВИ (кольпоскопических и цитологических). У 13 % пациенток отмечена вялая эпителизация, которая чаще выявлялась на фоне ПВИ и при сочетании различных инфекций, требующая повторного комплексного лечения. У 2,5 % пациенток выявлены йод-негативные зоны (рецидив ПВИ) через 6 месяцев, потребовавшие повторной лазеродеструкции.

Выводы. Использование лазерной деструкции у пациенток всех возрастных групп с сочетанием фоновых и воспалительных заболеваний шейки матки в дальнейшем послужит профилактикой развитию рака шейки матки.

Гершфельд Э.Д., Максимов С.Я.

ГНУ НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова МСЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКРОИНВАЗИВНОГО РШМ T₁A₁ СТАДИИ

Актуальность. В настоящее время рак шейки матки (РШМ) занимает первое место в мире и второе ранговое место в Российской Федерации среди всех злокачественных новообразований женских половых органов. При этом в нашей стране, в среднем только у 10 % больных, фиксируется преинвазивная стадия опухолевого процесса, что абсолютно неадекватно возможностям современной медицины и свидетельствует о низком уровне скрининга. Анализ возрастного состава больных микроинвазивной карциномой шейки матки, проведенный еще в середине 80-х годов прошлого века, показал, что это в основном женщины 40 – 49 лет, т.е. наиболее активного творческого и трудоспособного возраста. В настоящее время адекватным и общепринятым объемом хирургического вмешательства при микроинвазивном РШМ T₁A₁ стадии является экстрафасциальная экстирпация матки без придатков у женщин репродуктивного возраста и с придатками – у больных старше 50 лет. И, только у женщин детородного возраста, при настойчивом желании пациентки сохранить фертильность, хирургическое вмешательство в подобной ситуации может быть ограничено конизацией, либо ампутацией шейки матки. В то же время за последние годы в отечественной и зарубежной литературе опубликовано значительное число работ, в которых обосновывается возможность проведения органосохраняющего лечения у пациенток с данной патологией. Помимо биологических особенностей и редкости метастазирования микроинвазивного РШМ, существенным

аргументом к уменьшению объема лечебных воздействий является исключительно высокая частота 5-летнего излечения – 96,8 % в среднем для всех методов. Кроме того, многими авторами справедливо отмечается большое количество осложнений после применения радикальных программ лечения РШМ.

Материал и методы. За период с 1983-го по 2002 год в онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова было обследовано и пролечено 177 пациенток с диагнозом РШМ IА₁ стадии. Все они в дальнейшем были подвергнуты динамическому наблюдению в период от 3 до 10 лет, при среднем сроке прослеживания – 5 лет.

Результаты. 120 больных (67,9 %) приходилось на возрастную группу до 49 лет. Более чем у половины больных (54,2 %) заболевание протекало латентно, и локализовалось на влагалищной части шейки матки (69,5 %). Плоскоклеточные изменения выявлены в 92,1 % случаев, аденогенные – в 6,2 %, и лишь в 1,7 % случаев выявлены аденосквамозные изменения. Конизация шейки матки выполнена 42 больным, экстирпация матки произведена у 51 больной и 84 пациентки были подвергнуты операции Вертгейма. Безрецидивная 5-летняя выживаемость составила: 97,62 % при выполнении конизации шейки матки, 96,08 % – при выполнении экстирпации матки и 98,81 % – в группе больных, которым была выполнена операция Вертгейма. При статистическом сравнении показателей безрецидивной 5-летней выживаемости в зависимости от вида проведенного лечения, достоверных различий не выявлено.

Выводы. Приведенные результаты позволяют рекомендовать использование органосохраняющих

операций в качестве основного метода лечения микроинвазивного РШМ T₁A₁ стадии.

Мелько А.И., Кира Е.Ф., Ушаков И.И.,
Ермолинский И.И., Зарубенко И.П.

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

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ IV СТАДИИ

Все большее значение в лечении онкогинекологических больных приобретают лапароскопические методы.

Цель исследования: Оценить возможность и целесообразность применения диагностической лапароскопии у больных IV стадией злокачественных опухолей яичников.

Материал и методы исследования. Проведено когортное исследование больных злокачественными опухолями яичников, лечившихся в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко с 1 января 1988 г. по 1 июня 2005 г. С IV стадией заболевания было 80 (23 %). У 77 больных были эпителиальные опухоли, у 3 – неэпителиальные. Лечение начато с попытки циторедуктивной операции 50 больным; 22 с диагностической лапароскопии с биопсией опухоли, последующей неоадьювантной химиотерапией и циторедуктивной операцией. Лапароцентез с эвакуацией асцитической жидкости и последующей индукционной химиотерапией или неоадьювантной химиотерапией в составе комбинированного лечения выполнено 8 больным. Критериями оценки эффективности метода являлись объем циторедуктивной операции, время до начала цитостатического лечения. Статистическая обработка результатов проводилась не параметрическими методами с расчетом средних, относительных величин, точных критериев Фишера и Манна-Уитни.

Результаты исследования. В группе больных, которым лечение начато с лапаротомии, циторедуктивные операции выполнены 33 (66 %) больным. У 17 больных (34 %) операция закончилась диагностической лапаротомией в связи с

техническими трудностями. В группе больных, которым лечение начато с диагностической лапароскопии с последующей химиотерапией, циторедуктивные операции удалось выполнить всем 22 (100 %) больным ($p < 0,05$ группами). Время до начала цитостатической терапии в группе больных, которым лечение начато с лапаротомии, составило $7,8 \pm 1,2$ дня; в группе больных, которым лечение начато с диагностической лапароскопии $4,8 \pm 1,1$ дня ($p < 0,05$ между группами). У одной больной герминогенной злокачественной опухолью, которой был выполнен лапароцентез с эвакуацией асцитической жидкости, неоадьювантная химиотерапия проводилась не стандартной схемой в связи с цитологической интерпретацией полученного материала как «клетки рака». В группе больных, которым проведена диагностическая лапароскопия с биопсией опухоли, всем проведено лечение согласно по стандартам лечения. Осложнений при проведении диагностической лапароскопии с биопсией опухоли не было.

Выводы. 1. Диагностическая лапароскопия с биопсией опухоли является эффективным методом, позволяющим оценить операбельность больных IV стадией злокачественными опухолями яичников, определить принадлежность опухоли к гистологическому типу и на основании этих данных выбрать адекватную программу лечения.

2. При проведении диагностической лапароскопии по сравнению с лапаротомией у больных IV стадией злокачественными новообразованиями яичников сокращаются сроки до начала противоопухолевого лечения.

Новикова Е.Г., Антипов В.А., Шевчук А.С.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва, Россия

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Цель: оценить целесообразность и эффективность повторных лапароскопических операций у больных, перенесших нерадикальные хирургические вмешательства по поводу злокачественных опухолей яичников.

Материал и методы. В клинике онкогинекологии МНИОИ им. П.А.Герцена выполнено 52 повторных лапароскопических операции у пациенток в возрасте от 16 до 65 лет, ранее перенесших нерадикальное хирургическое вмешательство по поводу

злокачественных новообразований яичников с первично установленной I стадией заболевания. Нерадикальные операции предпринимались в гинекологических стационарах общего профиля по поводу впервые выявленных опухолей и кист яичников и в большинстве случаев заключались в удалении опухолево-измененных придатков матки. Злокачественный характер опухоли был установлен лишь при послеоперационном гистологическом исследовании. Повторные лапароскопические операции, целью которых являлось адекватное стадирование опухолевого процесса и обеспечение радикальности хирургического лечения, проводились в сроки от 12 до 280 дней после первичной операции. В процессе выполнения повторных лапароскопических операций соблюдались онкологические принципы, принятые в хирургическом лечении злокачественных опухолей яичников: тщательная ревизия брюшной полости, срочное морфологическое исследование перитонеальной жидкости, смывов и биоптатов париетальной брюшины, срочное гистологическое исследование удаляемого (или резецируемого) яичника, субтотальная резекция большого сальника. Во всех случаях выполнено интраоперационное лапароскопическое ультразвуковое исследование тазовых и парааортальных лимфатических узлов.

При эвакуации препаратов из брюшной полости использовались герметичные контейнеры.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 164 мин. Конверсии осуществлены у 9 больных: у 4-х в связи с выявленным распространенным опухолевым процессом у 3 – в связи с выраженным спаечным процессом, и у 2 в связи с интраоперационными осложнениями (кровотечение из ветвей левой желудочно-сальниковой артерии). Послеоперационные осложнения выявлены у 3 больных и не потребовали хирургической коррекции. Пациентки выписаны из стационара на 4 – 5-й день после операции. Использование оперативной лапароскопии позволило более чем в 2 раза сократить реабилитационный период по сравнению с аналогичным показателем при лапаротомных вмешательствах. По результатам послеоперационного гистологического исследования в 10 случаях (19,7 %) опухолевый процесс был рестадирован, при этом у 5 больных выявлена III стадия заболевания.

Заключение. Использование оперативной лапароскопии с целью рестадирования у больных, перенесших нерадикальную операцию по поводу злокачественных опухолей яичников, позволяет значительно улучшить качество жизни оперированных пациенток без ущерба онкологической радикальности.

Новикова Е.Г., Чулкова О.В., Ронина Е.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва, Россия

ТРИДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

Цель: Проанализировать один из аспектов медико-социальной реабилитации (а именно – фертильность) больных, перенесших органосохраняющее лечение по поводу ранней онкологической патологии гениталий.

Материалы и методы. В основу наших исследований положен анализ клинико-морфологических данных, касающихся результатов лечения 971 больной репродуктивного возраста, перенесших органосохраняющие операции по поводу ранней онкологической патологии гениталий, находившихся под наблюдением МНИОИ им. П.А. Герцена с 1975-го по 2004 год. В первую (I) группу включены 688 больных предраком и раком шейки матки (из них тяжелая дисплазия была диагностирована у 90 (13,1 %) пациенток, карцинома *in situ* у 342 (49,7 %), рак шейки матки Ia1 у 246 (35,6 %) и Ia2 у 4 (0,6 %) больных). Средний возраст пациенток составил – $33,6 \pm 1,2$ лет. Во вторую (II) группу включены 158 больных новообразованиями придатков матки (из них: злокачественные опухоли яичников диагностированы у 99 (62,7 %), рак яичников у 24 (15,2 %), пограничные опухоли яичников у 35 (22,1 %) больных). Средний возраст пациенток со-

ставил – $24,9 \pm 0,9$ года. В третью (III) группу включены 125 больных, подвергшихся самостоятельной гормонотерапии по поводу предрака и рака эндометрия (из них: с атипической гиперплазией – 57 (45,6 %) и начальным раком эндометрия – 68 (54,4 %) пациенток). Средний возраст – $31,5 \pm 1,1$ год. Сроки наблюдения составляют от 6 месяцев до 29 лет.

Результаты и их обсуждение. У 136 женщин I группы возникло 208 беременностей, во II группе у 77 пациенток – 151 беременность и в III группе у 29 женщин – 40 беременностей. Показатели фертильности составили – 19,8 %; 48,7 % и 23,2 %, соответственно. В 110 (52,9 %) случаях в I группе, 59 (39,1 %) – во II и 7 (20 %) – в III был осуществлен медицинский аборт, причинами которого в ряде наблюдений был небольшой интервал времени после специального лечения или желание самой пациентки. Особенностью течения беременности в I и III группах является достаточно высокий процент (31 (14,9 %) и 9 (25,7 %), соответственно) самопроизвольных выкидышей, в то время как во II группе только 11 (7,3 %) случаев. У 4 (1,9 %) пациенток I и у 1 (0,6 %) – II группы зафиксирована неразвивающаяся беременность, в 3 (1,4 %) случаях в I группе

отмечена эктопическая беременность. У 5 (2,4 %) пациенток I группы, 2 (1,3 %) – II и 5 (12,5 %) – III беременность на настоящий момент продолжается. Родами закончились 56 (26,9 %) беременностей у пациенток I группы, 78 (51,7 %) – II и 19 (47,5 %) – III групп. Все дети растут и развиваются без существенных отклонений от нормы. Важным вопросом

является влияние беременности и родов на течение онкологического процесса. Рецидив заболевания зафиксирован у 4 (2,9 %) больных I группы, 10 (12,9 %) – II и 2 (8 %) – III групп, имевших в анамнезе беременность после перенесенного специального лечения. Эти цифры не превышают частоту рецидивов у пациенток без беременности в анамнезе.

Пучков К.В., Хубезов Д.А., Юдин И.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. И.П. Павлова, Россия

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ

Цель: Изучение непосредственных результатов лапароскопической лимфодиссекции при раке различной локализации.

Материалы и методы. В ГУЗ РОКБ за период 1999 – 2005 выполнено 86 лапароскопических вмешательств, сопровождающихся лимфодиссекцией. При этом 64 (74,4 %) пациентки страдали колоректальным раком, у 10 (11,6 %) больных имелся рак почки и у 2 (2,3 %) пациенток вмешательство выполнено по поводу рака шейки матки. У 20 (23,2 %) пациенток операции носили комбинированный и сочетанный характер.

Техника лимфодиссекции была идентичной. Однако объем лимфодиссекции в зависимости от локализации рака был различным. При колоректальном раке в зависимости от локализации опухоли выполнялась аортотомия и аортотомия-тазовая лимфаденэктомия. Радикальная нефрэктомия сопровождалась широким удалением забрюшинной клетчатки в аортальной и подвздошной области монолатерально (на стороне поражения). У двух пациенток с раком шейки матки объем лимфодиссекции соответствовал стандартной радикальной гистерэктомии (операции Вертгейма).

Различной была и очередность действий в зависимости от локализации опухоли. При колоректальном раке операцию начинали с лигирования магистральных сосудов с последующей лимфодиссекцией в парааортальной области, и уже в последнюю очередь выполнялась подвздошная и латеральная лимфодиссекции. Радикальная гистерэктомия, напротив, начиналась удалением клетчатки с боковых стенок таза после пересечения круглых связок матки с последующим смещением в медиальном направлении.

Результаты. Летальных исходов и конверсий не было. Интраоперационные осложнения зарегистрированы у 3 (3,4 %) пациенток. В двух наблюдениях имели место ранения магистральных сосудов и в одном – краевое ранение мочеточника. Во всех случаях осложнения ликвидированы лапароскопическим доступом. Послеоперационные осложнения имели место у 4 (4,7 %) пациенток. У всех больных выполнялись резекции толстой кишки. В 2 (2,3 %) наблюдениях имела место несостоятельность анастомоза, в одном (1,2 %) – стриктура анастомоза и в одном (1,2 %) – двухсторонний гидронефроз. Функциональные нарушения имели место в 10 (11,6 %) случаях. У 9 (10,5 %) пациенток выполнены резекции толстой кишки и у одной – гистерэктомия. В 9 (10,5 %) случаях имели место мочеполовые расстройства, у одной пациентки – незначительные двигательные нарушения, связанные с травматизацией запирающего нерва. Средняя продолжительность вмешательств не превышала время выполнения открытых операций.

5-летние результаты прослежены лишь у 10 (11,6 %) больных колоректальным раком. 3-летние – у 32 (37,2 %) пациенток. Предварительные результаты анализа частоты рецидивов соответствуют таковым при открытых расширенных вмешательствах и существенно ниже, чем при традиционном объеме операции, однако окончательные выводы об эффективности лимфодиссекции делать преждевременно.

Заключение. Наши исследования показали целесообразность и эффективность проведения лимфодиссекции, сопровождающейся небольшим числом осложнений и обнадеживающими предварительными отдаленными результатами.



СОЧЕТАННЫЕ И СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Гордеева Т.В., Григорова А.Н., Дудка Ж.В.

Краевая клиническая больница им. С.В.Очаповского №1, г. Краснодар, Россия

ЭКСТРЕННЫЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ И ХИРУРГИИ

Актуальность. На современном уровне развития хирургии, анестезиологии, реаниматологии симультанные операции могут выполняться не только в плановом, но и в экстренном порядке. Существует мнение, что в экстренной хирургии объем симультанных операций должен быть сведен к минимуму, первоочередной задачей хирурга является спасение жизни больного, а преднамеренное увеличение риска вряд ли можно считать оправданным.

Цель исследования: Оптимизировать хирургические подходы к проведению экстренных симультанных лапароскопических операций при сочетании urgentных заболеваний органов брюшной полости и малого таза.

Материалы и методы. В гинекологическом и хирургическом отделениях Краевой клинической больницы им. С.В. Очаповского №1 г. Краснодара за период с января 2000 г. по август 2005 г. произведено 79 экстренных симультанных лапароскопических операций.

Результаты исследования. Лапароскопические аднексэктомии (цистаденомэктомии) по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников сочетались с лапароскопической холецистэктомией у 48 (60,7 %) больных (средняя продолжительность операции 45,3 мин., общий койко-день 4,6). Операции начинали с хирургического этапа, что давало возможность выбрать метод гинекологической операции и произвести контрольный осмотр ложа желчного пузыря после завершения гинекологического этапа операции. Дренажирование ложа желчного пузыря через троакарный доступ по передней подмышечной линии, а также дренажирование малого таза проводилось по показаниям.

У 31 пациентки (39,3 %) лапароскопические аднексэктомии и сальпингэктомии по поводу воспалительных придатковых образований сочетались с лапароскопической аппендэктомией (средняя продолжительность операции 52,6 мин, общий койко-день 6,9). Показаниями к операции были выраженные воспалительные и инфильтративные изменения в области червеобразного отростка. Удаление аппендикса, в отличие от симультанной холецистэктомии, выполнялось вторым этапом в соответствии с принципами асептичности. Извлечение препарата проводилось в пластиковом контейнере вместе с гинекологическим препаратом.

В послеоперационном периоде осложнений не отмечали, течение его было типичным. Летальных исходов не было. Средние сроки стационарного лечения при проведении симультанных операций существенно не отличались от сроков пребывания в стационаре по поводу отдельно взятой нозологической единицы.

Выводы. Применение симультанных лапароскопических операций в экстренной хирургии и гинекологии считаем вполне целесообразным, т.к. при их выполнении время операции увеличивается незначительно, нет роста послеоперационных осложнений и летальности, не повышается травматичность операции, сохраняется высокий косметический эффект. С целью достижения максимального результата от лапароскопического симультанного оперативного лечения, операционная бригада должна состоять из высококвалифицированных гинеколога и хирурга, или выполняться отдельными бригадами гинекологов и хирургов поэтапно.

Гордеева Т.В., Григорова А.Н., Дудка Ж.В.

Краевая клиническая больница им. С.В.Очаповского №1, г. Краснодар, Россия.

ПЛАНОВЫЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ И ХИРУРГИИ

Актуальность. Повышение травматичности операции при выполнении симультанных этапов и применении дополнительных доступов, выдвигаемое как основная причина отказа хирургов от одномоментной коррекции сочетанных заболеваний, с внедрением лапароскопических методик в современную медицинскую практику может быть оспорено.

Цель исследования: Провести сравнительную оценку течения раннего и позднего послеоперационных периодов у пациенток, перенесших изолированные и симультанные лапароскопические оперативные вмешательства и оптимизировать подходы к проведению плановых симультанных лапароскопических операций в гинекологии.

Материал и методы. За период с января 2000 г. по

август 2005 г. в гинекологическом и хирургическом отделениях Краевой клинической больницы им. С.В. Очаповского №1 г. Краснодара было произведено 26 плановых симультанных лапароскопических операций.

Результаты исследования. У 5 больных (19,3 %) – выполнили коагуляцию и/или иссечение очагов НГЭ, у 4 пациенток (15,4 %) – тотальную лапароскопическую гистерэктомию (ТЛН), у 4 (15,4 %) – консервативную миомэктомию, у 3 (11,5 %) – цистаденомэктомию, у 3 (11,5 %) – сальпингоовариолизис и неосальпингостомию, у 2 (7,7 %) – субтотальную гистерэктомию (LSH), у 2 (7,7 %) – тубэктомию и у 11 (3,8 %) – аднексэктомию. Лапароскопические гинекологические операции сочетались с лапароскопической герниопластикой по поводу невправимых пупочных грыж (3), послеоперационных вентральных грыж небольших размеров (2) и паховых грыж (21). В обследованной группе предпочитали начинать операцию с гинекологического этапа, а герниопластика с использованием сетчатого MESH-про-

теза, как правило, выполнялась последней. Средняя продолжительность операций составила $83,2 \pm 4,7$ минуты. Наиболее длительными по времени были операции при рецидивных грыжах, среднее время – $82,8 \pm 6,7$ минуты, а также герниорафии в сочетании с ТЛН, среднее время – $65,4 \pm 8,1$ минуты. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у больных, перенесших симультанную герниорафию, составила $9,5 \pm 2,6$ койко-дней. Минимальные сроки пребывания в стационаре – 5 койко-дней у 3-х больных; максимальные сроки пребывания в стационаре – 16 койко-дней. В послеоперационном периоде осложнений не отмечали, течение его было типичным. Летальных исходов не было.

Выводы: плановые симультанные лапароскопические операции позволяют провести одновременно радикальное или реконструктивно-пластическое хирургическое лечение гинекологических и хирургических заболеваний, не повышают травматичность операции, обладают высоким косметическим эффектом.

Майстренко Н.А., Берлев И.В., Басос С.Ф., Басос А.С.

Кафедра абдоминальной хирургии, кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность. Появление эндовидеохирургических методик позволило выполнять сочетанные операции на органах малого таза и брюшной полости без значительного увеличения травматичности операционного доступа. По данным ВОЗ (1985) – 20 – 30 % пациентов нуждаются в выполнении сочетанных операций, однако одномоментные вмешательства переносят в среднем лишь 6 % этих пациентов.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 59 больных с сочетанными гинекологическими заболеваниями и неосложненным хроническим калькулезным холециститом, подвергшихся симультанным хирургическим вмешательствам. Возраст пациенток колебался от 23 до 78 лет.

Результаты. Показаниями к выполнению гинекологических операций у 34 пациенток были доб-

рокачественные опухоли яичников, у 25 – миомы матки. У всех больных первым этапом выполнялась лапароскопическая холецистэктомия, вторым – вмешательство по поводу основного заболевания. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Течение послеоперационного периода и длительность пребывания в стационаре не отличались от средних показателей у аналогичной группы больных без сопутствующей хирургической патологии.

Выводы. Таким образом, опыт применения сочетанных операций в гинекологической практике с использованием эндовидеохирургических методик показал свою целесообразность у больных с неосложненным течением желчнокаменной болезни, поскольку не приводит к значимому увеличению операционной травмы и общей продолжительности лечения.

Рутенбург Г.М.¹, Беженарь В.Ф.², Стрижелецкий В.В.¹, Жемчужина Т.Ю.¹, Гордеева Т.В.³.

¹Елизаветинская больница, Городской Центр лапароскопической хирургии, ²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, ³Краевая клиническая больница №1 им.С.В.Очаповского, Краснодар, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Актуальность проблемы. Широкое внедрение лапароскопии в хирургию и оперативную гинеко-

логию, совершенствование техники и малая травматичность эндоскопических операций позволяют

расширять показания к выполнению симультанных лапароскопических вмешательств на различных органах брюшной полости.

Материал и методы. В городском центре лапароскопической хирургии Елизаветинской больницы Санкт-Петербурга выполнено 138 симультанных лапароскопических вмешательств. Средний возраст прооперированных женщин составил $36,4 \pm 4,8$ лет.

Результаты исследования. В 29 случаях (21,01 %) лапароскопическая гистерэктомия (LAVH или TLH) сочеталась с лапароскопической холецистэктомией по поводу желчекаменной болезни (средняя продолжительность операции 115,7 мин., общий койко-день 4,9). Лапароскопические аднексэктомии (цистаденомэктомии) по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников сочетались с лапароскопической холецистэктомией у 57 (41,3 %) больных (средняя продолжительность операции 35,4 мин., общий койко-день 3,9). У 52 пациенток (37,7 %) лапароскопические аднексэктомии (цистаденомэктомии) сочетались с грыжесечениями по поводу невризмальных пупочных (32),

бедренных (4), паховых (11) и послеоперационных вентральных грыж (5). В последней группе предпочитали начинать операцию с грыжесечения, далее в грыжевых воротах фиксировали оптический троакар и выполняли операцию на придатках матки. Грыжевые ворота также использовали для удаления макропрепарата из брюшной полости. Конечным этапом операции была герниопластика.

В послеоперационном периоде осложнений не отмечали. Течение его было типичным. Средние сроки стационарного лечения достоверно не отличались от показателей обычной лапароскопической гистерэктомии или аднексэктомии (цистаденомэктомии).

Заключение. Таким образом, симультанные лапароскопические операции позволяют провести одновременно радикальное или реконструктивно-пластическое хирургическое лечение нескольких гинекологических и хирургических заболеваний, обладают высоким косметическим эффектом, существенно снижают сроки послеоперационной реабилитации.

**Рыкин П.А., Сингаевский С.Б., Комяков Б.К.,
Кустаров В.Н., Борисов А.В.**

Санкт-Петербургская многопрофильная Клиника им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургская Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В УРОГИНЕКОЛОГИИ

Цель: Изучение генитальной и экстрагенитальной патологии у женщин со стрессовым недержанием мочи (СНМ) и оценка возможности использования симультанных операций в хирургическом лечении.

Материал и методы. С 2000 по 2003 г. в Санкт-Петербургской многопрофильной Клинике им. Н.И. Пирогова обследовано и оперировано 59 больных со СНМ. 31 больной (I группа) была выполнена slingовая операция TVT. 28 пациенток (II группа) оперированы по разработанному методу лонно-влагалищной slingовой операции с использованием сетки "Prolen". Возраст женщин I группы колебался от 31 до 66 лет (в среднем 47,1 года), во II группе – от 37 до 74 лет (в среднем 52,7 года). Для диагностики и контроля в послеоперационном периоде нами использовалась комплексная методика обследования больных (УЗИ, КУДИ, МРТ, эндоскопические, клинические и статистические методы).

Результаты. У 18 (64,2 %) больных I группы и у 23 (74,2 %) во II группе выявлены различные экстрагенитальные заболевания. Сочетание СНМ с различными вариантами девиации стенок влагалища и диспозицией мочевого пузыря и прямой кишки наблюдалось в I группе у 23 (82,1 %) больных, а

во II группе у 27 (87 %). При обследовании у 20 (71,4 %) пациенток I группы и у 15 (48,3 %) во II группе выявлена различная патология внутренних гениталий. Одновременно с хирургической коррекцией СНМ были выполнены другие оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию опущения и выпадения внутренних половых органов, устранение патологии внутренних гениталий, восстановление тазового дна. У 24 (85,7 %) больных из I группы нами произведены 29 операций (14 (48,3 %) – передняя кольпоррафия, задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой; 9 (31 %) – передняя кольпоррафия; 2 (6,9 %) – лапароскопическая и лапаротомная консервативные миомэктомии; 2 (6,9 %) – лазерная вапоризация шейки матки; 1 (3,4 %) – гистероскопия и диагностическое выскабливание полости матки; 1 (3,4 %) – геморроидэктомия) и у 27 (87,1 %) пациенток II группы – 37 различных вмешательств (15 (40,5 %) – передняя кольпоррафия, задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой; 12 (32,4 %) – передняя кольпоррафия; 4 (10,8 %) – гистероскопия и диагностическое выскабливание полости матки; 2 (5,4 %) – манчестерская операция; 2 (5,4 %) – устранение вентральной и пупочной грыж; 1 (2,7 %)

– влажная гистерэктомия; 1 (2,7 %) – лазерная вапоризация шейки матки).

Заключение: у больных со СНМ отмечается высокая частота сопутствующих заболеваний, с преобладанием различных вариантов опущения тазовых органов. Сочетание СНМ, пролапса гениталий, варикозной болезни, грыж передней брюшной стенки, дискинезий желчевыводящих путей, нефроптоза, геморроя, вероятно, являются проявлением системной недостаточности

соединительной ткани. Выявленная патология внутренних гениталий требует значительного расширения объема хирургического вмешательства. Хирургическая коррекция СНМ с использованием обеих sling-овых операций с проленовой сеткой возможна в сочетании с любым объемом оперативного вмешательства у женщин. Sling-овые операции могут выполняться как самостоятельно, так и в качестве этапа симультанного хирургического лечения.

Сингаевский Н.Б., Борисов А.В., Бокучава Н.В., Ярославский В.К.

Многопрофильная клиника им. Н.И.Пирогова. Санкт-Петербург, Россия

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ЖЕНЩИН

Введение. В последние годы при сочетанных хирургических заболеваниях внутренних органов все чаще отдается предпочтение лечению методом симультаных, т.е. одномоментных операций с использованием лапароскопического доступа. Результативность подобного рода оперативных вмешательств оценивается с различных позиций. Однако данные о влиянии симультаных операций на качество жизни женщин с гинекологическими и хирургическими заболеваниями в литературе практически отсутствуют, что и определяет актуальность и цель данного исследования.

Материал и методы. Первую группу составили 56 больных с различной гинекологической и хирургической патологией, вторую – 24, с заболеваниями внутренних гениталий. Основаниями для проведения симультанной операции в первой группе явились при выполнении основного этапа – миома матки (42,2 %), киста яичника (20,4 %) и поражение маточных труб (26,8 %), а сопутствующего этапа – холецистит (28,9 %), хронический и острый аппендицит (8,9 %), пупочная и паховая грыжа (5,6 %). Во второй группе одноступенчатая операция была осуществлена по поводу миомы матки (58,8 %), заболеваний яичников и маточных труб (41,2 %). Все операции выполнены лапароскопическим доступом. Оценку результатов лечения проводили на основании клинических и лабораторных данных, а также анализа качества жизни через неделю; один, шесть и двенадцать месяцев после операции, по вопроснику «Качество жизни женщин» (НЦАГиП РАМН).

Результаты. Перед симультанной операцией качество жизни женщин характеризуется низкой физической активностью (86,3 %), независимо от вида сочетанной патологии. 96,4 % пациенток отмечают состояние подавленности, тревоги и нервозности, эмоциональной нестабильности. Изменения роле-

вой функции выражаются в появлении проблем в трудовой деятельности (66,4 %), необходимости сокращения рабочего дня (58,4 %). Изменение сексуальной жизни зарегистрировано у 67,8 % больных, выражающееся в снижении частоты сексуальных контактов (53,6 %) вследствие сексуальной неудовлетворенности (72,6 %). Качество жизни женщин с сочетанной патологией зависит от характера поражения половой сферы, выраженности и длительности заболевания. Сопутствующие хирургические болезни ухудшают качество жизни больных, интегральный показатель которого составляет $3,88 \pm 1,07$ балла. Качество жизни больных перед одноступенчатой гинекологической операцией отличается менее выраженными изменениями всех его параметров, при этом интегральный показатель его достигает $2,84 \pm 0,87$ балла. Как показали исследования, после проведения симультаных операций качество жизни больных зависит от вида и объема как основного, так и сопутствующего этапов оперативного вмешательства. Так, органосохраняющие операции (миомэктомия, резекция яичников) улучшают качество жизни. Радикальные операции (удаление матки, яичников) могут существенно нарушить состояние благополучия, самооценку здоровья и ухудшить качество жизни.

Выводы. Сравнительный анализ показателей качества жизни при симультаных и одноступенчатых операциях показывает, что при исходных более низких параметрах качества жизни больных с сочетанной гинекологической и хирургической патологией симультанное оперативное лечение оказывает более выраженное положительное влияние на динамику компонентов качества жизни после операции, достоверно улучшая психоэмоциональную, социально-ролевую функцию, самооценку здоровья и качества жизни больных.



ВНУТРИМАТОЧНАЯ ХИРУРГИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ, ПЕРСПЕКТИВА

Зайцева Е.Г., Маренин А.Г., Битеев В.Х.

Кировская областная клиническая больница, Центр малоннвазивной хирургии КГКБ №6 «Лепсе», Кировск, Россия

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

Актуальность проблемы. С развитием высоких технологий в медицине, распространенностью и доступностью для каждой женщины ультразвукового метода исследования диагностируемые случаи патологии матки на сегодняшний день составляют до 40 %. Субмукозная миома матки выявляется в каждом 3 – 4-м случае при установлении диагноза миома матки. Субмукозные узлы сопровождаются известным симптомокомплексом в виде обильных, нерегулярных менструальных выделений, бесплодием, болевым синдромом, но могут и не иметь клинических проявлений, т.е. протекать бессимптомно. В независимости от наличия или отсутствия клинических проявлений при выявлении подслизистых узлов на сегодняшний день принято активное ведение таких пациенток.

Материал и методы. За период с 2001-го по 2004 год нами выполнено 848 гистероскопических операций, в том числе 212 по поводу подслизистых миом различного типа.

Результаты исследования. Мы считаем оправданной медикаментозную подготовку к гистерорезектоскопическим операциям при наличии субмукозной миомы 1 – 2-го типа. При наличии узлов 0 типа (41 % пациенток) гормональная подготовка эндометрия не проводилась. Гистерорезектоскопия позволяет убрать узлы 0 типа исходящие из полости матки практически любых размеров. В нашем случае наибольший узел был размерами до 10 см. При выявлении миомы 1 типа – 27 %, 2 типа – 32 % назначение гормональной терапии позволяет сократить время проведения операции, послеоперационные осложнения и при адекватной подготовке эндометрия и реакции ткани миоматозного узла избежать повторной операции. Резектоскопические операции выполнялись при наличии миоматозных узлов до 5 – 6 см, в том числе при наличии двух интерстициально-подслизистых узлов. Мы использовали в качестве предоперационной подготовки аГнРГ – 1 группа (37 пациенток – 17,5 %), гестрипон – 2 группа (21 пациентка – 10 %), КОК – 3-я группа (101

пациентка – 47,6 %), не назначалась медикаментозная подготовка (53 пациенткам – 25 %) – 4-я группа. Оптимальный результат был достигнут при применении аГнРГ у пациенток с подслизистыми миомами 1 – 2 типа. Агонисты гонадотропин релизинг гормона вводились в первый день менструального цикла, ультразвуковая оценка проводилась через 27 – 28 дней, практически во всех случаях отмечалось уменьшение миоматозного узла на 20 – 30 % в 1 месяц, далее вводилась 2-ая инъекция, операция назначалась через 2 – 3 недели после 2-й инъекции. Особенностью операций на фоне лечения аГнРГ является минимальное кровотечение, сокращение времени операции, отсутствие осложнений в послеоперационном периоде, выполнение операций в один этап, без повторной резектоскопии, восстановление менструальной функции в ближайшие 2 – 3 месяца после отмены терапии. Применение в качестве предоперационной подготовки гестринона сопровождалось худшей индивидуальной переносимостью препарата, меньшей инволюцией ткани узла на дооперационном этапе. Применение КОК в качестве предоперационной подготовки не имело особых отличительных позитивных моментов в сравнении с отсутствием какой бы то ни было гормональной подготовки перед операцией. В послеоперационном периоде при резекции миом более 3 см, особенно при удалении более чем 1 узла, назначали аГнРГ – 1 – 2 инъекции с интервалом в 28 дней, либо КОК до 5 – 6 мес.

Выводы. В 1-й ой группе при подготовке агонистами ГнРГ в ближайший год послеоперационного наблюдения у пациенток репродуктивного периода наступила беременность в 3 случаях. Во 2-й группе беременностей не было. В 3-й группе у пациенток с бесплодием – 7 беременностей, в 4-й группе – 2 беременности. Полученные нами данные при наблюдении этих пациенток в течение 4 лет, позволяют сделать выводы о целесообразности комбинированного лечения при наличии подслизистой миомы матки 1 – 2 типа.

Зайцева Е.Г., Маренин А.Г., Битеев В.Х.

Кировская областная клиническая больница, Центр малоинвазивной хирургии КГКБ №6 «Лепсе», Кировск, Россия.

ЛАПАРОСКОПИЯ И ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Актуальность проблемы. За последние несколько лет достигнуты колоссальные успехи в диагностике и лечении женского бесплодия. Более доступными становятся вспомогательные репродуктивные технологии для семейных пар, не имеющих детей. В Кировской области при населении около 1,5 млн. человек, по данным статистики, около 47 000 семей страдают бесплодием.

Материал и методы. В нашем отделении с января 2002-го по декабрь 2004 года с различными показаниями выполнено 232 оперативных вмешательства у пациенток с бесплодием. Возраст пациенток от 21 до 43 лет. На дооперационном этапе пациентки проходили общепринятые методики обследования, в том числе неосложненное ультразвуковое исследование, гормональный профиль, гистеросальпингографию. Длительность бесплодия колебалась от 1 до 20 лет.

Результаты исследования. Независимо от выполненных ранее инвазивных методов исследования первичного или вторичного бесплодия, все лапароскопические, диагностические и хирургические манипуляции у пациенток с бесплодием мы считаем оправданным сочетать с гистероскопическим исследованием полости матки. При проведении гистероскопии во время операции выявляется патология эндометрия, не диагностируемая на дооперационном этапе и при ультразвуковом исследовании. Нами выявлена следующая патология эндометрия у

пациенток с бесплодием: хронический эндометрит – 12 случаев (5 %), полипы эндометрия – 32 случая (13,8 %), микрополипы менее 5 мм в области трубных углов – 4 (1,7 %), гиперплазия эндометрия, в том числе и очаговая гиперплазия, – 24 (10 %), синехии в полости матки – 5 (2,17 %), подслизистые миоматозные узлы 3 (1,3 %), аденоматоз эндометрия – 3 (1,3 %), выявленный при гистологическом исследовании прицельно взятого участка эндометрия.

Выводы. Таким образом, в 35,7 % случаев выявлена патология эндометрия у пациенток с бесплодием при проведении гистероскопии и лапароскопии. Гистероскопия позволяет не только выявить патологию эндометрия, но и оценить полость матки, соответствие эндометрия фазе менструального цикла, определить наличие окклюзии в области трубных углов, провести интраоперационную катетеризацию труб. При сочетании двух методов исследования у одной пациентки в обязательном порядке вводим антибактериальные препараты внутривенно за 1 – 2 часа до операции или во время операции. Инфекционные осложнения не встречались. Мы считаем такую тактику проведения эндоскопического обследования при бесплодии оправданной, даже при отсутствии ультразвуковых признаков патологии эндометрия, что позволяет сократить сроки обследования женщин с бесплодием, выявить неясную патологию эндометрия, назначить правильный курс терапии.

Попов Э.Н., Ниаури Д.А., Волков Н.Н.,
Джемлиханова Л.Х.

НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН; СПбГУ, кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета, Санкт-Петербург, Россия

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ХИРУРГИИ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ

Актуальность. Современные хирургические методики позволяют проводить органосохраняющие операции у женщин с субмукозной миомой матки с использованием гистерорезектоскопии. У пациенток с размерами субмукозного узла до 4 см, относящегося к 0 и I типу локализации по классификации Европейской ассоциации гистероскопистов, узел может быть удален полностью методом электрохирургической фрагментации. При II типе локализации и размерах узла более 4 см предоперационная подготовка агонистами гонадотропин-рилизинг гормона позволяет уменьшить размеры узла на 20 – 25 %, однако интрамуральная часть узла по-прежнему остается недоступной электрохирур-

гической фрагментации и исключает планирование беременности. В связи с этим встал вопрос о комбинированном использовании электрохирургии и лазерной энергии для удаления субмукозных узлов II типа, размерами более 4 см.

Материал и методы. Операция выполнена у 34 женщин репродуктивного возраста с субмукозной формой миомы матки при II типе локализации узла. Из них более 50 % (18 пациенток) предъявляли жалобы на бесплодие и 97 % (33 пациентки) на гиперполименорею, сопровождающуюся анемизацией, диаметр миоматозных узлов колебался от 4,5 до 6 см и в среднем составил $5,7 \pm 0,71$ см. Диагноз миомы матки и тип локализации миоматозного узла

был верифицирован по данным диагностической гистероскопии. В качестве предоперационной подготовки использовались агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (золадекс) в течение 2-х месяцев. Предложенная техника операции состояла в первичной электрохирургической фрагментации субмукозной части узла петлей резектоскопа фирмы «K.Storz», и мультифокальном лазерном миоллизе оставшейся интерстициальной части узла волоконным лазерным световодом диодного лазера фирмы «Алком-Медика». Введение световода по всей площади интрамуральной части узла с интервалом 10 мм на глубину 5 – 10 мм с мощностью 20 – 25 Вт, позволяет добиваться вапоризации значительной массы узла и индуцирует некробиотические процессы в остающейся ткани. Операции выполнялись в условиях эндотрахеального наркоза, средняя продолжительность операции составила $50 \pm 12,74$ минут, кровопотеря не превысила 50 мл. Эффективность воздействия лазерной энергии оценивалась по изменению объема ткани интрамуральной части узла не-

посредственно во время хирургического вмешательства и при ультразвуковом мониторинге в течение 4 – 6 месяцев послеоперационного периода.

Результаты. По завершении периода наблюдения при контрольной гистероскопии было обнаружено, что у 15 больных произошло выдавливание в просвет полости матки оставшейся части узла, с формированием узла 0 типа локализации диаметром в среднем $1,5 \pm 0,51$ см, узлы были удалены петлей резектоскопа. У остальных 19 женщин использование лазерной энергии позволило добиться полного миоллиза интрамуральной части узлов. У 33 пациенток (97 %) восстановился овуляторный менструальный цикл. У 18 женщин наступила спонтанная беременность и у 4 женщин беременность наступила в результате экстракорпорального оплодотворения. Беременность у всех женщин протекла без осложнений. Роды через естественные родовые пути произошли у 16 пациенток, 6 беременных были родоразрешены путем операции кесарева сечения по совокупности медицинских показаний.

Попов А.А., Мазурская Н.М., Мананникова Т.Н., Чаусова Н.А., Земсков Ю.В.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии
МЗиСР РФ, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ И ТЕРМОАБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Актуальность проблемы. Традиционная тактика лечения больных с гиперплазией слизистой тела матки предусматривает проведение гормональной терапии в течение трех месяцев с последующим гистологическим исследованием полного соскоба слизистой, а при отсутствии клинического и/или морфологического эффекта консервативного лечения – хирургическое вмешательство. Гистероскопия, первоначально предложенная как диагностический метод, в настоящее время превратилась в оптимальный хирургический метод лечения внутриматочной патологии. Долгое время трансцервикальные эндоскопические операции были представлены малыми инструментальными вмешательствами (извлечение контрацептивов и их фрагментов, разделение синехий, прицельное взятие биоптата и манипуляций на устьях маточных труб). Возникшие при этом проблемы интраоперационного кровотечения и расширения полости матки ограничивали дальнейшее развитие внутриматочной хирургии. Внедрение в практику эндохирургии матки постоянно-проточной жидкостной гистероскопии, электрорезектоскопов и лазеров значительно расширило возможности метода.

Цель исследования: В клинике эндоскопической хирургии изучили изменения показателей центральной гемодинамики у гинекологических боль-

ных с гиперпластическими процессами эндометрия во время термоабляции и гистерорезектоскопии для выбора минимально травматичного вида трансцервикального хирургического метода лечения.

Материал и методы. Изучались показатели центральной гемодинамики: ударный объем (УО), минутный объем (МО), среднее динамическое давление (СДД), общее периферическое сопротивление (ОПС), работа левого желудочка, фракция сердечного выброса (ФВ), индекс сократимости миокарда ($\Delta S\%$). Исследования проводились методом эхокардиографии с помощью ультразвукового сканера «Алока-500» (Япония). Группы были сопоставимы по возрасту, гинекологической и экстрагенитальной патологии. Применялась внутривенная анестезия тиопенталом и кетамин. Исследования проводились на четырех этапах: исходные данные (1-й этап), максимум анестезии и начало гистероскопии (2-й этап), травматичный момент гистероскопии – гистерорезектоскопия или термоабляция (3-й этап), окончание гистероскопии (4-й этап).

Результаты исследования. Проведенные исследования позволили отметить более благоприятные изменения гемодинамики во время термоабляции по сравнению с гистерорезектоскопией. Непосредственно во время термоабляции показатели гемодинамики не были нарушены: наблюдалась нор-

мальная величина ударного и минутного объемов сердца, нормальная величина ОПС или умеренное его повышение (на 12 %), артериальное давление во время термоабляции было в пределах нормы (не выше 120/70 мм рт.ст.), по окончании гистероскопии показатели не были нарушены. Во время гистерорезектоскопии наблюдалось более выраженное повышение ОПС – на 40 % по сравнению с исход-

ными данными (и нормой) и снижение ударного и минутного объемов сердца, что свидетельствовало о более выраженном спазме периферических сосудов, сохраняющемся и по окончании гистероскопии. У больных с исходной артериальной гипертензией во время термоабляции показатели артериального давления были нормальными, исходно повышенное ОПС находилось в нормальных пределах.

Шуршалина А.В., Корнеева И.Е., Феоктистов А.А.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ

Гистероскопия занимает одно из ведущих мест среди современных методов диагностики в гинекологической практике. Визуализация полости матки позволяет выявить большой спектр внутриматочной патологии, оценить распространенность патологического процесса, а также производить удаление измененной ткани под гистероскопическим контролем.

Цель исследования: оценить диагностическую значимость гистероскопии при хроническом эндометрите.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ историй болезни женщин, поступивших в гинекологические отделения НЦ АГ и П РАМН с января 1994 г. по декабрь 2003 г.

Результаты. Всего у 842 пациенток с хроническим эндометритом было произведено 780 гистероскопий с последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия, подтвердившим диагноз. Гистероскопия по макроскопическим признакам позволила точно идентифицировать хронический эндометрит только в 32,9 %. Наиболее частыми признаками воспалительного процесса в эндометрии являлись: неравномерная толщина эндометрия – 31 %, неравномерная окраска – 22 %, полиповидные нарастания – 31,2 %, гиперемия слизистой оболочки – 12,8 %, точечные кровоизлияния – 8 %, очаговая гипертрофия слизистой оболочки – 8 %.

Внутриматочные синехии были выявлены в 12 % случаев, аденомиоз в 5,5 %, ВМС в 3,5 %, остатки костной ткани в 0,6 %, послеоперационные лигатуры в 0,38 %, пороки развития матки в 2 %, полипы цервикального канала в 1,8 %. Полипы эндометрия были диагностированы при гистероскопии в 31,2 % случаев, а гистологически подтверждены только в 15,5 % случаев. Гистероскопия при хроническом эндометрите не была информативна в 23,3 % случаях, когда никаких патологических изменений в эндометрии выявлено не было и состояние слизистой оболочки матки расценивалось как норма. В остальных 43,8 % случаев при визуализации полости матки были выявлены различные патологические изменения (полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия, внутриматочные синехии), при этом признаков хронического эндометрита выявлено не было.

Заключение. Трудности гистероскопической интерпретации данных связаны с отсутствием типичных макроскопических признаков хронического эндометрита, с очаговым характером воспалительного процесса и стертыми формами заболевания. При подозрении на хронический эндометрит гистероскопия важна для исключения всего спектра внутриматочной патологии, но для верификации диагноза во всех случаях необходимо проведение гистологического исследования эндометрия.



ОСЛОЖНЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Азиев О.В.

Кафедра акушерства и гинекологии Педиатрического факультета РГМУ. Центр планирования семьи и репродукции, Москва, Россия

ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА)

Материал и методы. Ретроспективно изучены 37 повреждений кишечника, наблюдавшихся при выполнении лапароскопических операций в различных гинекологических отделениях г. Москвы. У 11 пациенток ранения кишечника, возникали при введении первого троакара, у 20 – в процессе лапароскопического вмешательства, у 6 – в послеоперационном периоде развивалась клиника кишечной непроходимости.

Результаты. Повреждения кишечника при введении первого троакара наблюдались только у пациенток с чревосечениями в анамнезе. У 10 из 11 пациенток с повреждениями кишечника при введении первого троакара лапароскопия выполнялась по классической методике в области пупка, у 1 для лапароскопического входа в брюшную полость использовалась открытая лапароскопия. При введении первого троакара имели место: непроникающие ранения кишечника (6), проникающие ранения кишечника (3), сквозное повреждение кишечника (1), формирование тонкокишечно-брюшностеночного свища (1). При травмах кишечника первым троакаром диагноз повреждения непосредственно после возникновения был установлен в 8 из 11 наблюдений. Их коррекция у 7 больных осуществлялась лапароскопическим доступом, у 4 – путем лапаротомии. Среди пациенток с повреждениями кишечника в ходе эндоскопической операции, ранения возникали при разделении сращений брюшной полости в 19 наблюдениях, в 1 – при извлечении макропрепарата через заднюю кольпотомию. У 11 больных нарушения целостности стенки кишечника были выявлены непосредственно во время вмешательства и устранены при лапароскопии. У 8 пациенток на 2-5 сутки развивалась клиника разлитого перитонита, что требовало экстренной лапаротомии. Во время операции выявлены коагуляционные повреждения кишечника, диаметр перфорационных отверстий

колебался от 0,5 до 1,5 см. Локализация повреждений кишечника была следующей: тонкий кишечник – 4, поперечная ободочная – 2, сигмовидная кишка – 2.

В зависимости от клинической ситуации и локализации обнаруженных повреждений по общехирургическим правилам были выполнены: восстановление целостности кишечника (у 4), резекция кишечника и анастомоз конец в конец (у 3), выведена колостома (у 1), а также санация брюшной полости и назоинтестинальная декомпрессия. У 3 пациенток в последующем для лечения перитонита были произведены повторные санационные лапаротомии (от 2 до 4). Исход во всех наблюдениях благоприятный. Клинические проявления кишечной непроходимости возникали на 3-6 сутки после эндоскопической операции. У 3 пациенток на фоне проведенного консервативного лечения отмечен положительный эффект. У 3 женщин выполнено чревосечение, адгезиолизис, назоинтестинальная декомпрессия. Исход благоприятный.

Выводы. На основании проведенного анализа, установлено, что чревосечения в анамнезе и использование монополярной электрохирургии в сочетании для разделения сращений брюшной полости следует относить к факторам риска повреждений кишечника при лапароскопии. Безопасность лапароскопических операций у пациенток с чревосечениями в анамнезе может быть повышена за счет использования альтернативных методов входа в брюшную полость и рациональной техники адгезиолизиса. Восстановление дефектов кишечника лапароскопическим доступом является эффективным при своевременной диагностике повреждений и адекватной шовной технике.

Плеханов А.Н.

Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРУЕМОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Цель исследования: Целью исследования было сравнительное изучение осложнений при

выполнении лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии (ЛАВГ) и абдоми-

нальной гистерэктомии (АГ).

Материал и методы. Представлены результаты сравнительного изучения осложнений 135 случаев ЛАВГ и 110 случаев АГ у женщин с миомами матки больших размеров, проведенных в период с 1999 по 2004 гг.

Результаты исследования. Интраоперационные осложнения при выполнении ЛАВГ составили 1 случай (0,74 %) против 4 (3,64 %) при АГ. В раннем послеоперационном периоде после ЛАВГ

осложнение было отмечено у 1 пациентки (0,74 %), а после АГ у 5 (4,5 %).

Заключение. Использование комбинированного лапароскопического и вагинального доступа для выполнения гистерэктомии показало более низкий процент осложнений в сравнении с АГ. Внедрение ЛАВГ в широкую практику позволит значительно уменьшить риск интраоперационных и послеоперационных осложнений гистерэктомии.

Рутенбург Г.М.¹, Стрижелецкий В.В.¹,
Жемчужина Т.Ю.¹, Гордеева Т.В.².

¹Глизиетинская больница, Городской Центр лапароскопической хирургии, Санкт-Петербург, ²Краевая клиническая больница №1 им.С.В.Очаповского, Краснодар, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СО СПАЕЧНЫМ ПРОЦЕССОМ

Актуальность проблемы. В последние годы все большее внимание специалистов привлекает проблема лапароскопических операций у больных со спаечным процессом в брюшной полости.

Материал и методы. В Городском центре лапароскопической хирургии с 1994 по 2005 гг. пролечено 623 пациентки с хирургической и гинекологической патологией, потребовавшей проведения эндоскопических вмешательств, у которых в анамнезе были 727 ранее выполненных операций на брюшной полости (у 611 – одна операция, у 68 – две операции, у 21 – три операции и у 3 – четыре операции).

Результаты исследования. У 450 из прооперированных женщин выполнены эндоскопические вмешательства (72,2 %). При выполнении первого этапа операции – наложении пневмоперитонеума и введение первого троакара в 6 случаях (0,96 %) произошло повреждение органов брюшной полости (дважды тонкой кишки, подвздошной вены и трижды большого сальника). В четырех случаях использовалась пункция троакаром в нескольких сантиметрах от операционного рубца. При этом два осложнения (повреждение брыжейки тонкой кишки и подвздошной вены) возникли при использовании оптического троакара (Visiport). Необходимо отметить, что у этих пациенток из-за спаечного процес-

са не удалось предварительно наложить пневмоперитонеум иглой Вереша. После этого пациенткам с высокой вероятностью спаечного процесса введение первого троакара проводилось методом открытой лапароскопии, при его использовании повреждений органов брюшной полости не отмечено. В последнее время для диагностики распространенности спаечного процесса нами используется УЗИ брюшной полости, которое дает наилучшие результаты в сравнении с другими неинвазивными методами (достоверность около 64 %). У 147 пациенток, на этапе становления методики, наличие в анамнезе лапаротомий было расценено как относительное противопоказание к лапароскопической операции. Интраоперационный анализ распространенности спаечного процесса позволил установить, что у 81 пациентки (55,1 %) из этой группы при использовании рационального эндохирургического доступа было возможно безопасное выполнение лапароскопического вмешательства.

Выводы. Таким образом, у большинства пациенток со спаечным процессом в брюшной полости возможно выполнение эндоскопических операций. Наиболее безопасным эндохирургическим доступом в этом случае на наш взгляд пока остается открытая лапароскопия.



СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Алиева Х.Г.

Гинекологическое отделение №2 РКБ, Махачкала, Дагестан

ПЕРВЫЙ ОПЫТ

ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

На базе РКБ в 1997 году было открыто отделение эндоскопической гинекологии. Врачи нашего отделения прошли усовершенствование в НЦ АГиП РАМН, в МАПО СПб, и продолжают учиться в специализированных столичных центрах России. За последние 7 лет было выполнено 8174 операций, из которых 1188 симультанного порядка.

Эндоскопические операции явились «золотым стандартом» в реконструктивно-восстановительной хирургии при бесплодии.

По поводу бесплодия при ТПБ выполнены 1610 РПО, 604 – другие виды бесплодия. Эффективность РПО при ТПБ составила 44,6 %, что свидетельствует о высокой эффективности лапароскопической хирургии при бесплодии. С 2000 года произведено 102 гистерэктомии (38 тотальных и 64 субтотальных), 210 энуклеаций миоматозных узлов. По по-

воду опухолевых заболеваний яичников выполнено 1134 операции, 104 при эндометриозе, 385 при внематочной беременности. В отделении проведено 588 операций для лечения гнойных процессов малого таза. Органосохраняющие операции с использованием гистерорезектоскопа выполнено удаление субмукозных узлов, рассечение внутриматочной перегородки у 35 больных. Используя технику, разработанную в НЦ АГиП, мы выполнили 22 операции при аплазии влагалища.

С помощью лапароскопических операций достигается снижение травматичности, кровопотери, сокращение койко-дней, повышение процента органосохраняющих операций в сочетании с косметическим эффектом. С удовлетворением хотим отметить, что в группе лапароскопических операций летальных исходов нет.

Гайворонский И.В., Берлев И.В.,
Виноградов С.В., Кузнецов С.В.

Кафедра нормальной анатомии, кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия.

ХАРАКТЕРИСТИКА

ПЕЛЬВИОМЕТРИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ И ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФОРМЫ МАЛОГО ТАЗА У ВЗРОСЛОЙ ЖЕНЩИНЫ

Материал и методы. Исследование выполнено на 51 препарате нормального женского таза со связками из фундаментального музея кафедры нормальной анатомии ВМедА. Для характеристики формы таза были использованы следующие стандартные пельвиометрические индексы: индекс тазового кольца (ИТК), индекс высоты-ширины таза (ИВШТ), широтный индекс таза (ШИТ), индекс расширения таза (ИРТ).

Результаты. Установлено, что ни один из указанных индексов полноценно не характеризует форму выхода из малого таза. Для ее оценки нами был введен новый параметр: продольно-поперечный индекс малого таза (ППИМТ), который равен процентному отношению $\text{distantia symphyzo-sacralis}$ к поперечному размеру выхода из полости малого таза. По нашему мнению, для комплексной оценки формы малого таза из всех выше проанализированных пельвиометрических индексов необходимо использовать ИТК, ИВШТ

и ППИМТ. Указанные индексы наиболее полноценно характеризуют форму полости малого таза. Именно эта часть малого таза является наиболее значимой при проведении оперативных вмешательств на органах малого таза и при выполнении диагностических манипуляций. Морфометрический анализ женской группы тазов из коллекции фундаментального музея кафедры нормальной анатомии ВМедА показал, что наиболее распространенными формами таза на основе используемых индексов являются: мезопелический (61 %) по ИТК; средний (76 %) по ИВШТ; гармоничный (65 %) по ШИТ; равномерный (76,4 %) по ИРТ и круглый (72,5 %) по ППИМТ. Крайние формы таза по показателям ИТК, ИВШТ, ШИТ, ИРТ и ППИМТ встречаются с частотой 9,8 % – 20 %.

Выводы. Можно полагать, что современные методы исследования, такие как МРТ и КТ, позволяют оценить размеры таза, необходимые для расчета данных индексов у живого человека.

Коршунов М.Ю., Каплан Е.В., Сазыкина Е.И.,
Измайлов Р.М.

Кафедра акушерства и гинекологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург; Всеволожская центральная районная больница, Всеволожск, Россия;
Центр тазовой медицины и передовых технологий в гинекологической хирургии, Сан-Франциско, США

КОЛЬПОПОЭЗ ЦЕЛЬНЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Введение. Аплазия влагалища является редкой патологией, оказывающей, однако, серьезное инвалидизирующее воздействие на пациенток. Примерно 90 % случаев врожденного отсутствия влагалища обусловлено синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера. Пациентки могут жить полноценной половой жизнью только после создания искусственного влагалища. Чаще всего применяется одна из четырех хирургических методик кольпопоза: операция Abbe-Wharton-McIndoe с использованием расщепленного кожного лоскута, реконструкция влагалища при помощи цельного кожного лоскута, операция Vecchietti и пластика влагалища из толстой кишки. Также могут использоваться мобилизация брюшины по Давыдову, транспозиция кожных лоскутов малых половых губ по Friedberg и Knapsten. Все методики имеют свои преимущества и недостатки, и выбор вмешательства зависит от многих факторов, в том числе от предпочтений самой пациентки.

Цель. Представим случай успешного кольпопоза цельным кожным лоскутом. **Клинический случай.** 18-летняя пациентка с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера обратилась в клинику с целью иметь возможность жить половой жизнью. Ей была предоставлена полная информация о возможностях реконструкции влагалища, включая консервативные методики, и предложено сделать выбор. Пациентка отдала предпочтение методике кольпопоза из цельного кожного лоскута. В области будущего входа во влагалище произведен

U-образный разрез кожи промежности. Произведена диссекция тканей между мочевым пузырем и прямой кишкой. Три кожных лоскута иссечены из кожи передней стенки живота и внутренней поверхности левого бедра и соответствующим образом подготовлены. Края кожных лоскутов сшиты на влагалищном стенте при помощи рассасывающихся швов № 4-0. Затем стент помещен в ранес подготовленное ректо-везикальное пространство. Края кожного трансплантата фиксированы к коже вульвы. U-образный кожный лоскут, выкроенный ранес из кожи вульвы, использован для создания задней спайки. Этот технический прием призван уменьшить возможную диспареунию при будущей половой жизни. Стент был оставлен во влагалище на 10 дней, затем извлечен, после чего произведена ревизия вновь созданного влагалища. При осмотре отмечено хорошее приживление кожных лоскутов. Непрерывно в течение двух месяцев пациентка использовала специальный влагалищный дилататор, помещенный во влагалище. В настоящий момент, по истечении трех месяцев после операции, пациентка чувствует себя хорошо. Половая жизнь будет разрешена через полгода после операции. Размеры и эластические свойства влагалища оцениваются как достаточные.

Заключение. В описанном случае мы получили хорошие результаты кольпопоза цельным кожным лоскутом, что может свидетельствовать в пользу данной методики, как альтернативы более инвазивному методу кишечного кольпопоза.

Проценко А.С., Авраменко Н.В., Стрелко О.В.,
Ходак Г.П., Проценко В.Н.

Запорожский областной центр реабилитации репродуктивной функции человека, Украина

РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (ЦМВИ) У ДЕВУШЕК ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЯИЧНИКОВ (РЯ)

Цель: Определить влияние ЦМВ на развитие РЯ, разработать комплекс диагностических и лечебных мероприятий при данной патологии.

Материалы и методы. Обследовано 32 пациентки в возрасте от 17 до 23 лет с гипомеменструальным синдромом (ГПС) и аменореей. Группа не отличалась по уровню и качеству жизни. Тщательный сбор анамнеза, данные УЗД (фолликулярная структура слабо выражена, фолликулы размерами 1-2-3 мм), гормонального исследования (у всех пациенток отме-

чался высокий уровень ФСГ, ЛГ и низкий уровень E_2 , коэффициент E_2 /ФСГ меньше 20) позволили предположить отсутствие активации эстрогенных рецепторов яичников.

Для постановки окончательного диагноза 24 пациенткам произведена лапароскопия с биопсией гонад. При лапароскопии выявлено: форма яичников, приближающаяся к округлой, фолликулярный аппарат слабо выражен. В биоптатах яичников при ПГИ определялись примордиальные и преантральные

фолликулы. На наличие ДНК ЦМВ проведена ПЦР – диагностика перитонеальной жидкости, биоптатов яичников, во время лапароскопии, отделяемого мочевого тракта, а также ИФА для определения АТ CMV IgM и АТ CMV IgG. ДНК ЦМВ была выявлена у 7 человек в биоптатах яичников (21,8 %), у 5 пациенток в перитонеальной жидкости (15,6 %) IgM к ЦМВ у 4 (12,5 %), диагностический титр IgG у 28 (87,5 %). Колебания титра IgG составляли от 1,47 до 10,9, при референтных значениях титра IgG до 0,9. Нами отмечена закономерность, что у пациенток с наличием ДНК ЦМВ в исследуемом материале, диагностический титр IgG к ЦМВ, или IgM, более выраженные клинические проявления ГМС и изменение уровня гормонов. Вся группа пациенток получала терапию, включающую следующие препараты: иммуноглобулин антицитомегаловирусный человека по 1,5 мл в/м № 5, через каждые 4 дня, лаферон 2 млн.МЕ в/м № 10, тиотриазолин 2,5% по 2 мл в/м, витамин Е по 100 мг № 10, настойка эхинацеи по 2,75 мл 3 раза в день, Солкогтриховак по 1 дозе, виферон – 3 по 2 свечи (через 12 ч.) per rectum №10, УФО крови №5. Было проведено 3 курса терапии с интервалом 15 дней. У данной группы пациенток патогенетически обоснованным было использование активного эстрогена – эстрадиола, для создания конкуренции эстрогену с целью получения адекватной реакции со стороны органов-мишеней. Предпочтение было отдано трансдермальному препарату дивигель. Доза составляла 1 мг в сутки. Длительность приема препарата составляла 21 день, гестагены были подключены в схему с 15-го дня приема дивигеля в минимальной терапевтической дозе на протяжении 10 – 12 дней.

Результаты. Через 1 месяц лечения в группе было произведено контрольное обследование, при

котором: ДНК к ЦМВ была обнаружена у 2 больных (6,2 %), АТ CMV IgM не выявлены, АТ CMV IgG выявлены у 11 (34,3 %). Колебания титра IgG составляло от 1,34 до 4,47. При гормональном исследовании отмечалось снижение ФСГ, ЛГ у 23 человек, уровень E_2 приближался к нижней границе нормы, коэффициент E_2 /ФСГ увеличился и составил 22 – 34 (в 1-ю фазу цикла). Повторное контрольное обследование проводилось через 3 месяца после окончания терапии, при котором: ДНК к ЦМВ не выявлялось во всей группе, АТ CMV IgM не выявлены, АТ CMV IgG у 2 (6,2 %), титр – 1,8 – 2,2. Колебания титра АТ CMV IgG составляло от 0,4 до 0,9 у 30 человек (93,7 %).

При гормональном исследовании уровень ФСГ, ЛГ и уровень E_2 – в пределах нормы у 25 пациенток, коэффициент E_2 /ФСГ 27-40 (в 1-ю фазу цикла). При УЗ-исследовании структура яичников соответствовала возрастным нормам.

Заключение. Учитывая полученные результаты, можно сделать выводы:

– ЦМВ оказывает негативное влияние на репродуктивную систему; – ЦМВ, один из факторов развития РЯ; – целесообразно обследование пациенток с ГПС на ЦМВИ методом ПЦР и ИФА; – для подтверждения диагноза СРЯ; – для постановки окончательного диагноза необходимо проводить лапароскопию с биопсией гонад и забором материала из брюшной полости для ПЦР – диагностики ЦМВ; – патогенетически обоснованным является применение эстроген-гестагенной терапии при формирующейся РЯ, как одного из этапов лечения этой патологии, при этом предпочтительно назначение трансдермального препарата дивигель; – предложенная нами методика лечения РЯ у больных с ЦМВИ является высоко эффективной

Русина Е.И.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МАЛОГО ТАЗА

Актуальность. Варикозное расширение вен малого таза не только сопровождается различными гинекологическими заболеваниями (миома матки, опухоли яичников, эндометриоз и др.), но может являться самостоятельной патологией и причиной хронических тазовых болей, бесплодия. Выяснение роли патологии соединительной ткани в развитии варикоза – область активных научных поисков.

Цель исследования: изучить особенности проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных с варикозным расширением вен малого таза.

Материалы и методы. Проведено лапароско-

пическое, морфо-функциональное обследование 25 женщин в возрасте $32 \pm 5,5$ лет с жалобами на боли в области малого таза более 6 месяцев. По разработанному нами алгоритму оценивались 65 признаков ДСТ.

Результаты. При лапароскопии у всех пациенток обнаружено одно- или двустороннее расширение вен параметриев, у 9 женщин (36 %) – истончение или дефекты в широких маточных связках. Другая патология репродуктивных органов не была найдена. У 24 больных (96 %) выявлены признаки ДСТ. Наиболее часто наблюдались следующие проявления ДСТ: мигрень

(91 %), астенический соматотип (74 %), склонность к легкому образованию синяков (65 %), вегетативные дисфункции (63 %), нарушение эвакуаторной функции ЖКТ (55 %), гипермобильность суставов (49 %), деформации грудной клетки и позвоночника (36 %), опущение стенок влагалища I – II степени (25 %). Сочетание 6 – 10 признаков обнаружено у 78 % женщин, 10 – 15 признаков у 22 % женщин. У 85 % больных имелись какие-либо малые аномалии развития – изог-

нутые мизинцы, эпикант, неправильный рост зубов, деформированная ушная раковина, сандалевидная щель.

Заключение. У большинства больных с хронической венозной недостаточностью малого таза выявлены маркеры системной патологии соединительной ткани. Это необходимо учитывать для формирования групп риска и выбора тактики лечения больных с этой патологией.

Шешунов И.В., Субботин Д.Н., Розуван А.А., Данилов Д.В.

Кировская государственная медицинская академия, МСЧ-52, Федеральное медико-биологическое агентство, Россия

ВНЕДРЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ МАЛОГО ГОРОДА

Цель: На примере внедрения в практику гинекологического стационара методов эндовидеохирургии и круглосуточной ультразвуковой диагностики показаны возможности изменения структуры, применяемых диагностических и лечебных технологий пациентам гинекологического профиля в условиях ведомственного лечебного учреждения малого города.

Материал и методы. Для изучения взяты две группы заболеваний наиболее часто встречающейся экстренной патологии малого таза, требующей оперативного вмешательства, – внематочная беременность и апоплексия яичника. Произведены сравнения структуры, методов лечения и исходов заболевания за 1999 – 2002 гг. и 2003 – 2004 гг. и первую половину 2005 г. в гинекологическом стационаре МСЧ-52 г. Кирово-Чепецка. Критерий сравнения выбран по признаку внедрения эндовидеохирургии и круглосуточного ультразвукового исследования в практику работы гинекологического отделения.

Результаты исследования.

Внематочная беременность. Всего обработаны результаты лечения 74 пациенток, из них в 1999 – 2002 гг. 45 человек (1-я группа), в 2003 – 2005 – 29 (2-я группа). В 1-й группе выполнены только лапаротомические вмешательства, во 2-й только лапароскопии. Больные сопоставимы по возрасту, соматическому статусу, времени поступления в стационар (25 и 32 часа соответственно) от начала заболевания, но различны по величине кровопотери (539 мл в группе 1 и 177 мл в группе 2 соответственно). При поступлении всем пациенткам второй группы произведено ультразвуковое обследование. Пункция заднего свода пациенткам данной группы

не проводились. Результаты лечения: в 1-й группе средний койко-день после операции составил 10,9, во второй – 6; время операции 55 мин. и 79 мин. во второй соответственно, время постельного режима в 1-й группе – 49,5 час, во 2-й – 7,5 часа; продолжительность болевых ощущений, потребовавших обезболивания, в 1-й группе 76, во 2-й группе – 12,8 часа соответственно.

Апоплексия яичника. За 1999 – 2002 гг. произведено всего 14 оперативных вмешательств (100 % лапаротомным доступом) по поводу апоплексии яичника. Средний койко-день составил 10,6. Средняя кровопотеря 288 мл. В 2003 – 2004 гг. и первой половине 2005 г. не было ни одного оперативного вмешательства по поводу апоплексии яичника.

Выводы. Внедрение в практику гинекологического отделения круглосуточного ультразвукового обследования и эндовидеохирургических вмешательств позволило:

1. Выработать критерии дифференциального клинко-сонографического диагноза.

2. Отказаться от неоправданных болезненных и травмирующих вмешательств – пункций заднего свода.

3. Отказаться от оперативного вмешательства при апоплексии яичника.

4. Почти полностью заменить лапаротомный метод доступа при экстренных оперативных вмешательствах на придатках матки, что позволило снизить затраты на лечение экстренных больных, снизить травматичность, длительность госпитализации, нетрудоспособность пациенток.

Тайц А.Н.

Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии; Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК НА СТРЕСС, СВЯЗАННЫЙ С ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

Материал и методы. Для оценки качества психоэмоционального ответа на стресс, связанный с эндовидеохирургическим вмешательством, проведено обследование с использованием шкалы Спилберга – Ханина. Сравнительный анализ проведен в двух группах обследованных с диагнозом нарушенная трубная беременность: I группу ($n = 15$) составили пациентки, которым произведена лапароскопическая операция, во II группу ($n = 15$) вошли больные, при оперативном лечении которых производилась лапаротомия. Возрастной состав групп достоверно не различался ($28 \pm 3,1$ г и $30 \pm 2,3$ г) соответственно. Нами изучена зависимость между уровнем реактивной тревожности у пациенток обеих групп и степенью риска проведения того или иного вида оперативного вмешательства при эктопической беременности.

Результаты. Среди пациенток, у которых отмечен высокий уровень РТ, большинство (75 %) являются представителями II группы, то есть имеет место прямая корреляционная зависимость между высоким уровнем РТ и степенью риска проведения оперативного вмешательства при проведении

лапаротомии ($r > 0,7$). Изучение характера реакции пациенток обеих групп на конкретную ситуацию (госпитализацию), показало, что уровень личностной тревожности (ЛТ), определяемый по методике Спилберга – Ханина соответствует показателям “умеренная тревожность” (по данным авторов методики, 31 – 45 балл). В то же время определение уровня реактивной тревожности (РТ) во II группе выявило достоверно более высокие показатели ($44,4 \pm 6,5$ и $39,9 \pm 8,0$ соответственно). При этом более 65 % пациенток II группы имеют высокие показатели (> 46), и лишь каждая десятая – низкие показатели (< 30). Наибольшее возрастание уровня тревожности отмечено при постановке диагноза – эктопическая беременность ($47,75 \pm 0,46$ по шкале Спилберга – Ханина).

Выводы. Эти характеристики напрямую связаны с наличием у женщины реального стресса, обусловленного госпитализацией в стационар по экстренным показаниям. Кроме того, нами отмечена позитивная роль эндовидеохирургических технологий в снижении уровня реактивной тревожности у пациенток с эктопической беременностью.

Шапарнев А.В.¹, Кобиашвили М.Г.²

¹Больница Святого Георгия, ²Центр экстренной и радиационной медицины МЧС, Санкт-Петербург, Россия

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МАТКЕ И ПРИДАТКАХ

Актуальность и цель исследования. В настоящее время лапароскопический доступ считается «золотым стандартом» при операциях на придатках и начинает составлять конкуренцию абдоминальному методу при гистерэктомии. Однако адаптационные реакции женского организма при лапароскопических вмешательствах и их клиническое значение изучены недостаточно, что и определило цели и задачи данной работы.

Материал и методы. Произведено клинико-лабораторное обследование 116 пациенток, оперированных лапароскопическим способом. Из них 86 (74 %) – с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями придатков и 30 (26 %) – с миомой матки. В 78 случаях (67,2 %) были выполнены консервативные, в 38 (32,8 %) – радикальные вмешательства. Оценку

типа адаптационных реакций производили по методике Л.Х. Гаркави с соавт. (1978, 1999) по показателям лейкограммы крови. По типу реакции можно судить о силе раздражителя, воздействующего на организм. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием метода дискриминантного анализа. Информативность факторов, содержащихся в матрице наблюдений, оценивалась по F-критерию Фишера.

Результаты. Наиболее сильным раздражителем являлись радикальные вмешательства на матке, слабым – консервативные операции на придатках. В первые сутки послеоперационного периода эндовидеохирургическое вмешательство и его последствия явились сильным раздражителем для большинства пациенток: при операциях на матке – 25 случаев (96 %), при операциях на придатках – 66 случаев

(73 %), ($p < 0,05$). При вмешательствах на придатках наиболее сильным раздражителем для организма оказались операции по удалению дермоидных и эндометриоидных кист с попаданием их содержимого в брюшную полость, наиболее слабым – операции по удалению параовариальных кист, даже значительных размеров (максимальный – 20 см в диаметре). К пятым суткам послеоперационного периода проведенная эндовидеохирургическая операция и ее последствия оставались сильным раздражителем для 41 (35,4 %) пациентки, раздражителем средней и слабой силы – для 75 (64,6 %) пациенток. Дискриминантный анализ значимости стрессогенных факторов выявил решающую роль способа воздействия

на ткани при проведении операции, объема вмешательства и проводимой терапии. Существенное значение имели также выраженность болевого синдрома, температура тела и показатели интоксикации и адаптационных реакций лейкограммы крови, характеризующие течение процесса срочной адаптации.

Заключение. Полученные результаты послужили патогенетическим основанием для коррекции методов применения различных типов инструментов, техники проводимых вмешательств и послеоперационного ведения, что привело к снижению доли пациенток с реакциями на сильный раздражитель на 5-е сутки в 4 раза – до 8,6 % (5 из 58) в контрольной группе.

ПОДПИСНОЙ КУПОН Прошу оформить подписку на Журнал акушерства и женских болезней Ф.И.О. Телефон E-mail	Извещение Кассир	ИНН 7806118561 ООО «Издательство Н-Л» Красносельское ОСБ № 1892 Северо-Западного Банка Сбербанка РФ в Санкт-Петербурге Р/с 40702810855240160863 К/с 30101810500000000653 БИК 044030653 КПП 780601001 Платательщик Адрес с индексом и телефоном <table border="1"> <tr> <td>Назначение платежа Подписка на Журнал акушерства и женских болезней на 2 полугодие 2005 года</td> <td>Сумма</td> </tr> </table> Ф.И.О. Подпись платателя	Назначение платежа Подписка на Журнал акушерства и женских болезней на 2 полугодие 2005 года	Сумма
Назначение платежа Подписка на Журнал акушерства и женских болезней на 2 полугодие 2005 года	Сумма			
АДРЕС ДОСТАВКИ: Индекс Область/край Город Улица Дом корпус Квартира/офис Сумма оплаты	Квитанция Кассир	ИНН 7806118561 ООО «Издательство Н-Л» Красносельское ОСБ № 1892 Северо-Западного Банка Сбербанка РФ в Санкт-Петербурге Р/с 40702810855240160863 К/с 30101810500000000653 БИК 044030653 КПП 780601001 Платательщик Адрес с индексом и телефоном <table border="1"> <tr> <td>Назначение платежа Подписка на Журнал акушерства и женских болезней на 2 полугодие 2005 года</td> <td>Сумма</td> </tr> </table> Ф.И.О. Подпись платателя	Назначение платежа Подписка на Журнал акушерства и женских болезней на 2 полугодие 2005 года	Сумма
Назначение платежа Подписка на Журнал акушерства и женских болезней на 2 полугодие 2005 года	Сумма			

Порядок подписки на второе полугодие 2005 года

1. Переведите на расчетный счет редакции «Журнала акушерства и женских болезней» соответствующую сумму. Назначение платежа: подписка на «Журнал акушерства и женских болезней» 2-е полугодие 2005 года. Копию платежного документа и подписной купон перешлите в адрес редакции*.

Стоимость подписки на второе полугодие 2005 год (2 номера) через редакцию:

– 550 рублей для индивидуальных подписчиков РФ;

– 880 рублей для организаций РФ.

Почтовые (электронные) переводы в адрес редакции временно не принимаются.

2. Правила подписки по каталогу агентства «Роспечать»:

Индекс издания **38 497, 83 016**; подписка по адресной системе, издание доставляется подписчику заказным почтовым отправлением (пользуйтесь услугами альтернативных подписных агентств, принимающих подписку по данным индексам после окончания централизованной подписной кампании агентства «Роспечать»)

3. Подписка в Украине: подписное агентство «Информационная служба мира»,

<http://www.ism.com.ua>

Сведения об издании: объем 80-140 с., формат А4, периодичность - ежеквартально

* - Автовская ул., 17, офис 5А. Санкт-Петербург, 198152. Россия