

Число оперативно закончившихся родов в 1989г после диатермохирургических методов лечения составило 10,9% (на фоне аномалий родовой деятельности, рубцовой деформации шейки матки, отслойки и низко расположенной плаценты). Количество родоразрешенных путем кесарева сечения после диатермохирургических методов лечения патологии шейки матки в 1999г составило 8,8% (также, главным образом, в результате наличия аномалий родовой деятельности, предлежания и отслойки плаценты). Число оперативно завершенных родов после криодеструкций шейки матки (в 1989г. их не было) составило 4,5% от общего числа женщин, пролеченных на предгравидарном этапе данным методом.

Итак, следует констатировать, что, несмотря на наличие кабинетов патологии шейки матки в женских консультациях города, в течение 10 лет число женщин, вынашивающих беременность и имеющих псевдоэрозию шейки матки не снизилось, в то же время доля наблюдающихся и пролеченных до начала вынашивания беременности пациенток несколько выросла. В структуре методов лечения псевдоэрозии шейки матки в течение 10 лет произошла эволюция, в плане снижения числа ДЭК у пациенток, не реализовавших репродуктивную функцию, и преобладание среди методов курации этого контингента женщин криодеструкции (30,7%), что в свою очередь, позволило снизить количество оперативных родоразрешений по поводу деформаций шейки матки и ее несостоятельности в родах.

На третьем этапе исследования в течение 2000-2002гг. (поскольку в последние годы проводится только криотерапия и редко – ДЭЭ у женщин фертильного возраста, планирующих реализацию репродуктивной функции), проведен клинико-статистический анализ 102 историй родов, индивидуальных карт беременных и амбулаторных карт данного контингента (12 – после ДЭЭ и 90 – после криотерапии). После родов проводилось также цитологическое и кольпоскопическое исследование шейки матки. Время после ДЭЭ до наступления настоящей беременности колебалось от года до 5 лет. По поводу различной акушерской патологии в сроки от 35 до 41 нед. большая часть беременных находилась в стационаре (76,4%). При обследовании женщин после криохирургического лечения патологии шейки матки у 62 беременных из 90 (68,9%) роды начались спонтанно на фоне «зрелой» шейки матки; у остальных женщин подготовка шейки матки проводилась путем создания ЭГВК - фона и простагландинами (31,1%), при этом у 8 (8,9%) беременных она была безуспешной, в связи с чем (на фоне хронической плацентарной недостаточности, экстрагенитальной патологии, рефрактерных форм гестоза) проводилось оперативное родоразрешение.

У 10 из 12 беременных с ДЭЭ шейки матки (83,3%) до родоразрешения отмечена ее анатомическая неполноценность (рубцовая деформация, выраженная гипотрофия), что послужило основанием для производства операции кесарева сечения, по абсолютным показаниям.

Таким образом, проведенные исследования позволяют считать необходимым выделение беременных с указанием в анамнезе на ДЭЭ у группы высокого риска по родовому травматизму и в то же время позволяют считать наиболее рациональным и эффективным методом лечения псевдоэрозии шейки матки на этапе планирования реализации репродуктивной функции криохирургический.

УДК 618.6+618.1-079.89

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

***Е.Ю.Глухов, Т.А.Обоскалова, Н.В.Щербакова***

Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга,  
центральная городская больница № 7, г. Екатеринбург

Проблема инфекционно-воспалительной заболеваемости (ИВЗ) родильниц сохраняет свою актуальность, что обусловлено высокой частотой заболеваемости беременных и рожениц генитальными и экстрагенитальными инфекциями, возрастанием доли оперативного родоразрешения.

В г. Екатеринбурге частота ИВЗ родильниц, возникших до 1 месяца после родов, составила в 1996г. 34,5 на 1000 родивших, в 2002г. – 28,2‰.

Все заболевшие женщины концентрируются в городском наблюдательном акушерском отделении (ОАО), входящем в состав многопрофильной больницы. 50% пациенток переводится из родильных домов, остальные поступают из дома по направлениям женских консультаций или в порядке скорой помощи. Отделение выполняет функции областного центра для лечения тяжелых ИВЗ у родильниц. Имеет в своем составе блок патологии новорожденных.

Данная организационная форма позволяет своевременно выводить заболевших из роддома, предотвращая внутрибольничное распространение инфекций, а также дает возможность сохранить обеспечен-

ный в роддоме постоянный контакт матери и ребенка. Концентрация больных observationalного профиля в одном лечебном специализированном подразделении позволяет совершенствовать консервативные и оперативные методы лечения этой группы больных.

Ежегодно в ОАО ЦГБ№7 г. Екатеринбурга проходят лечение свыше 500 больных. В 2002г. выписано 516 больных, из которых пациентки с осложнениями после кесарева сечения (КС) составили 22,7%. Частота КС в роддомах города в 1996г. — 11,7%, в 2002г. — 18,4%. Частота осложнений после КС, включая метроэндомиометрит, в 1996г. — 8,0%, в 2002г. — 4,5%.

В отделении придерживаются принципа максимальной санации очага инфекции при условии сохранения репродуктивного органа. Частота гистерэктомии по поводу генерализованного ИВЗ в 2002г. составила 9 случаев — 1,7% от числа заболевших. Органосохраняющая тактика предполагает использование малоинвазивных и эндоскопических технологий.

*Цель работы:* изучить эффективность эндоскопических методов лечения в клинике послеродовых заболеваний.

*Материал и методы исследования:* ретроспективный анализ историй болезни родильниц, которым были выполнены эндоскопические вмешательства, за 1998-2002гг.

*Результаты исследования и их обсуждение.* Исследуемая группа после лапароскопий составила 19 человек. 73,7% заболевших были в возрасте 20-29 лет, 21% — старше 30 лет, 5,2% — до 19 лет.

7 пациенток поступили из дома на 15-69 сутки после родов, перенесли операцию КС и имели при поступлении диагноз: «Послеоперационный метроэндомиометрит». 12 переведены из роддомов на 3-13 сутки после спонтанных родов. Всем пациенткам проводились общеклиническое обследование и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. В соответствии с клиникой и данными УЗИ всем пациенткам произведена лапароскопическая операция, в том числе двум — после гистероскопии.

Показаниями для лапароскопии явились: абсцесс маточно-прямокишечного пространства в 3 случаях; гнойный сальпингит и воспалительная опухоль яичников, пельвиоперитонит — у 3 больных; кисты и кистомы яичников — у 7, в том числе один случай аденокарциномы; необходимость ревизии органов малого таза и ушивание перфорационного отверстия после лечебного выскабливания и гистероскопии — у двух; опорожнение гематом параметриев — у двух.

При обнаружении абсцесса клетчатки малого таза выполнялось опорожнение абсцесса и дренирование брюшной полости через влагалище. При гнойном сальпингите проведено лапароскопическое удаление придатков и дренирование брюшной полости.

В случаях кистом яичников проводилась резекция яичников или энуклеация кистом. В одном случае разрыва эндометриоидной кистомы потребовалось удаление придатков.

В двух случаях перфорации матки при лечебном выскабливании и гистероскопии выполнено лапароскопическое ушивание матки. Необходимости удаления органа не возникло.

Сложными в техническом исполнении были две операции при наличии обширных гематом параметрия. Под контролем лапароскопа проведено вскрытие гематомы и дренирование влагалищным доступом.

В 17 случаях объем оперативного вмешательства ограничился перечисленными выше операциями, при которых удалось сохранить матку.

В двух случаях выполнена тотальная гистерэктомия: при выявлении на операционном столе blastomы яичника и при прогрессировании септического процесса у больной с пельвиоперитонитом.

Оперативные вмешательства по срокам после родов распределились следующим образом: до 10 суток — 0, до 20 суток — 5, до 30 суток — 3, свыше 30 суток — 5.

В последнем случае можно говорить о запоздалом поступлении женщин в ОАО. Это были жительницы Свердловской области.

Выписка после оперативного вмешательства проведена у 6 больных до 10 суток, у 9 — до 15, у трех — до 20, у одной — свыше 20 суток.

Гистероскопия (ГС) является наиболее информативным методом визуальной оценки эндометрия и швов на матке, позволяет провести точную диагностику формы послеродового эндометрита и выбрать наиболее рациональную терапию. При отсутствии воспалительного или иного субстрата в полости матки никакие манипуляции не проводились, так как сама процедура является лечебной: отмывается фибрин, возникает утеротонический эффект за счет температуры жидкой среды, используемой для ГС. При наличии в полости матки патологического содержимого производилось выскабливание или вакуум-аспирация. После операции кесарева сечения ГС оценивалось состояние шва на матке, удалялись провисающие лигатуры, некротические массы.

Гистероскопия в 2002г. выполнена 104 больным, в том числе 87,5% — после спонтанных родов и 12,5% — после операции кесарева сечения. 20,2% вмешательств были диагностическими; 66,3% сопровождалось диагностическим выскабливанием полости матки; 11,5% — вакуум-аспирацией содержимого матки, причем осмотр полости матки производился до и после удаления субстрата из матки. Осложнений после гистероскопии не было. За весь период использования данного вмешательства в практике ОАО на начальных этапах освоения методики в 1996-1997гг. имело место два случая перфорации матки во время гистероскопии. Случаи проведены консервативно, перфоративные отверстия ушиты при лапароскопических операциях.

Таким образом, осложнения послеродового периода нередко сочетаются с органической патологией малого таза и матки, предшествовавшей родам или обусловленной ими. Это делает необходимым включение в диагностический алгоритм ультразвукового исследования, гистероскопии и лапароскопии. Малоинвазивные хирургические методы позволяют выполнить шадящий объем оперативного вмешательства и сохранить репродуктивную функцию женщин, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

УДК 618.13+616-072.1

## ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

*Е.Ю. Глухов, Е.Э. Плотко, Э.Л. Мамин*

Центральная городская клиническая больница № 7,  
ГУ «Уральский НИИ охраны материнства и младенчества МЗ РФ», г. Екатеринбург

Воспалительные заболевания придатков матки остаются одной из актуальных проблем современной гинекологии вследствие значительной распространенности, сложности терапии и неблагоприятного влияния на репродуктивное здоровье женщин. В структуре гинекологической заболеваемости они составляют 60–65%, при этом у 4–15% больных возникают гнойные поражения маточных труб и яичников [5, 2]. Консервативное лечение пациенток этой группы представляет серьезные трудности вследствие недостаточной эффективности антибактериальных препаратов, нарушения иммунологической резистентности организма [1]. Необходимость хирургического лечения возникает у каждой четвертой пациентки с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ) [5], а выполнение радикальных вмешательств в «классической» хирургии приводит к утрате генеративной функции. В последние годы развитие эндоскопических технологий изменило традиционные подходы к лечению ГВЗПМ. Применение лапароскопии в качестве хирургического доступа, по мнению ряда исследователей, позволяет не только повысить эффективность диагностики, но и улучшить качество лечения и прогноз для репродуктивного здоровья [1, 3, 4]. Однако на характер и объем вмешательства при проведении оперативной лапароскопии влияет морфологическая форма и степень тяжести ГВЗПМ.

*Цель работы:* оценить возможности лапароскопии в комплексном лечении больных с различными формами ГВЗПМ.

*Материал и методы исследования.* 60 больных с различными формами ГВЗПМ получали комплексное лечение в условиях гинекологического стационара ЦГБ №7 г. Екатеринбурга. Возраст пациенток варьировал от 16 до 56 лет, в среднем  $31 \pm 2,7$  лет. В зависимости от характера воспалительного процесса в придатках матки было выделено 3 группы: 1-я группа — 19 больных с гнойным сальпингитом, оофоритом; 2-я группа — 29 больных с одно- и двухсторонними пиосальпинксами; 3-я группа — 12 больных с одно- или двухсторонними гнойными tuboовариальными образованиями. На фоне интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной, противовоспалительной терапии всем пациенткам проведена оперативная лапароскопия. Эндоскопическое вмешательство проводилось по стандартной методике с учетом абсолютных противопоказаний к лапароскопии под эндотрахеальным наркозом.

*Результаты исследования и их обсуждение.* Оперативная лапароскопия у больных 1-й группы выполнялась в первые 24–48 часов от начала консервативной терапии при ее неэффективности: наличии признаков поражения брюшины, подозрении на деструкцию придатков матки или с дифференциально-диагностической целью. У 9 (47,4%) больных вмешательство произведено менее чем через 24 часа от момента поступления в клинику. Вовлечение в воспалительный процесс брюшины малого таза в виде серозно-фибринозного пельвиоперитонита наблюдалось у 11 (57,9%), абсцесс маточно-прямокишечной ямки — у двух (10,5%), разлитой гнойно-фибринозный перитонит — у трех (15,8%) пациенток. 2 (10,5%) случая гнойного сальпингита, серозно-фибринозного перитонита сопровождались односторонним поражением яичников: формированием пиовара и нагноением кисты.

Хирургическое вмешательство включало бережное разделение спаек в малом тазу тупым и острым путем, а также с помощью аквадиссекции, промывание брюшной полости большими объемами (3–5 литров) растворов фурацилина, водного хлоргексидина, дренирование малого таза через подвздошные области не более чем на 48 часов. Данный объем операции выполнен у 9 (47,4%) больных с гнойным сальпингитом, пельвиоперитонитом, однако в одном случае потребовалась повторная лапароскопия и односторонняя сальпингэктомия в связи с формированием пиосальпинкса. Односторонняя сальпингэктомия или аднексэктомия при наличии пиовара выполнена в 4 (21,1%) случаях, у больной с нагноением кисты яичника на фоне гнойного сальпингита, пельвиоперитонита удалось сохранить его, резецировав в пределах «жизнеспособ-