

Без диагноза «глаукома» удалено 30 глаз с воспалительными и дистрофическими изменениями органа зрения.

Результаты гистологического исследования энуклеированных глаз:

- в 52 глазах подтвержден диагноз первичной глаукомы (22 – открытоугольная, 27 – закрытоугольная и 3 – комбинированная);
- в 15 глазах – диагноз вторичной глаукомы в результате гнойной язвы роговицы, из них в 8 глазах в сочетании с увеитом;
- в глазах без глаукомы гистологически обнаружено: в 18 случаях – гнойная язва роговицы с гипопионом и экссудатом в стекловидном теле, в 5 – субатрофия глазного яблока, в 1 – оссификация сосудистого тракта, в 2 – склерозирующий гиалиноз оболочек глаза.

#### Выводы

1. Клинико-морфологические исследования показали, что энуклеации глазных яблок были обоснованы и избавили пациентов от болевого синдрома.

2. Причиной для энуклеации в глаукомном центре ОКБ №1 является преимущественно терминальная стадия первичной и вторичной глаукомы с болевым синдромом при наличии противопоказаний для антиглаукоматозных операций с органосохранной целью.

3. В меньшем числе случаев энуклеация произведена по поводу гнойной инфекции роговицы с переходом в эндофтальмит.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вериго Е.М., Полякова Л.Я., Исаева Р.Т. Клинико-морфологическая характеристика энуклеированных глаз при последствиях травмы. Тем. доклад VII съезда офтальмологов России. – М., 2000. Часть 2. – 67-68 с.
2. Михеева Е.Г., Маслова Н.А. Органосохранное хирургическое лечение больных терминальной глаукомой. Тез. докл. VII съезда офтальмологов России. – М., 2000. Часть 1. – 172-173 с.
3. Ромашенков Ф.А., Семенов А.Д. Исследование энуклеированных атрофированных глаз. // В.о. – 1964. - №3. – 82-83 с.

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

*В.Н. Прохоров, Л.И. Коротковских*

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН ПО ПОВОДУ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Уральская государственная медицинская академия

Особую актуальность представляет проблема восстановления репродуктивной функции женщин после хирургического лечения по поводу трубной беременности (ТБ). У 50% женщин нарушается репродуктивная функция, 75% женщин, после удаления одной из трубы, страдают вторичным бесплодием, у каждой 5-й развивается спаечный процесс в малом тазу.

Цель исследования – оценить состояние репродуктивной системы женщин после хирургического лечения ТБ в зависимости от оперативного доступа и объема оперативного вмешательства.

#### Материалы и методы исследования

Были проанализированы отдаленные результаты оперативного лечения ТБ у 58 пациенток в возрасте от 18 до 38 лет, что составило 35,15% от общего числа пациенток (n=165), перенесших хирургическое лечение по поводу данной патологии в течение 2005 года в двух городских гинекологических отделениях.

Помимо стандартного клинико-лабораторного обследования, всем опрошенным пациенткам было произведено обследование психоэмоциональной сферы: консультация психолога, анкетирование с использованием методики полуструктурированного интервью и определение личностной и ситуационной тревожности по методу Спилбергер-Ханина.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Первая группа - 38 женщин (65,5%) прооперированы ЛСД (лапароскопическим доступом). Вторая группа - 20 женщин (34,5%) оперированы ЛТД (лапаротомным доступом). В группе ЛСД тубэктомия имела место в 12 (31,57%) случаях, а туботомия в 26 (68,43%) случаях. В группе ЛТД тубэктомия имела место в 20 (100%) случаях.

Патология, которая была выявлена у обследованных женщин (n=58) через 3 года после оперативного лечения ТБ: у 18 женщин (31,03%) – нарушения полового цикла, у 4 обследованных женщин (6,89%) – нарушения по типу олигоменорея, у 23 женщин (39,65%) – вторично бесплодие, у 56 женщин (98,04%) – психоэмоциональные нарушения. Сравнительная оценка выявленных нарушений полового цикла у обследованных женщин представлена на рисунке 1.

По данным репродуктивного анамнеза частота маточной беременности и бесплодия в течение 3 лет после лечения распределяется следующим образом - у оперированных по поводу ТБ ЛСД в 1,7 раз чаще, чем у пациенток, оперированных по поводу ТБ ЛТД. Бесплодие наступает у пациенток, оперированных по поводу ТБ ЛСД в 2,2 раз реже, чем у пациенток, оперированных по поводу ТБ ЛТД.

Полученные результаты указывают на тот факт, что оперативное вмешательство путем ЛТД зачастую приводит к усугублению нарушений полового цикла у гинекологических больных, в то время как после вмешательства ЛСД отмечается коррекция нормального полового цикла у части больных.



Рис. 1. Сравнительная оценка выявленных нарушений полового цикла у обследованных женщин, оперированных ЛСД (n=38) и ЛТД (n=20) через 3 года после оперативного лечения ТБ.

При появлении клинической симптоматики у женщины возникало чувство беспокойства и тревоги, которые усиливались при обращении в медицинское учреждение в процессе обследования и ожидания его результатов вплоть до момента постановки диагноза. После получения информации о наличии ТБ и необходимости оперативного лечения возникали чувства досады, обиды, несправедливости, опасения по поводу возможности сохранения маточной трубы, страх за будущую репродуктивную функцию. Помимо тревоги за исход операции, женщины нередко испытывали чувство выраженного облегчения, когда узнавали о предстоящей лапароскопической операции, поскольку именно с ней связывали возможность сохранения органа и будущей детородной функции в отличие от лапаротомной операции, где исходы представлялись более негативными.

После операции при сохранении маточной трубы возникало чувство успокоения и надежды на будущее, а при ее удалении – чувство утраты, ущербности и неполноценности. При выписке из стационара наблюдалось повышение чувства тревоги из-за возникающих сомнений, неопределенности ситуации, страха за будущее, в том числе возможности повторения данной патологии. В течение реабилитационного периода беспокоили выраженное чувство тревоги, ощущение неуверенности, чувство вины, обиды за происшедшее, глубокого внутреннего одиночества. При этом показатели уровня тревоги достигали максимальных цифр перед операцией и в реабилитационном периоде. Через 3 года все женщины после лапароскопической губотомии отмечают, что качество жизни у них не изменилось.

#### Выводы

Проблема ТБ представляет серьезный практический интерес как для выработки критериев, которыми хирурги могли бы руководствоваться, принимая решение о хирургическом лечении, так и при проведении реабилитационных мероприятий в подобных случаях.

Для пациенток, у которых беременность оказалась эктопической, при оперативном лечении необходимо использование органосохраняющей методики операции и предпочтительно лапароскопическим доступом.

До и после оперативного лечения ТБ женщины переживают выраженные стрессовые ощущения в виде психологического дискомфорта, тревоги, чувства ущербности, отчаяния и депрессии разной степени выраженности и крайне нуждаются в оказании им профессиональной психотерапевтической помощи, в ряде случаев в неотложном порядке.

#### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- ▶ Психологическая коррекция – создание позитивной мотивации перед оперативным лечением
- ▶ Выбор доступа – предпочтительно лапароскопический
- ▶ Выбор объема – предпочтительно органосохраняющий
- ▶ Интраоперационная профилактика антибиотиками
- ▶ Реабилитационный период: создание позитивной мотивации на будущую беременность
- ▶ Назначение микро- и низкодозированных КОК на 3-6 месяцев
- ▶ Планирование новой беременности
- ▶ Психологическое сопровождение в реабилитационном периоде
- ▶ Физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова, Ю.И. Барашнева. – М., 2001.
2. Olofsson J.I., Poromaa I.S. Clinical and pregnancy outcome following ectopic pregnancy; a prospective study comparing expectancy, surgery and systemic methotrexate treatment. // Acta Obstet Gynecol. Scand. - 2001. - V.80 (8). - P.744-749.

Т.А. Сосновская, И.Н. Кононова

#### ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКА ЛАКТОГИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Уральская государственная медицинская академия

В последние годы наблюдается значительный рост инфекционных заболеваний репродуктивного тракта беременных. При возникновении психологической дезадаптации в период гестации происходит истощение функциональных резервов иммунной системы в результате предшествующей клеточной мобилизации со стороны клеток лейкоцитарного пула [1,2]. Возникающие иммунные дисфункции на местном уровне приводят к развитию дисбиотических нарушений репродуктивного тракта, способствуя внутриматочному инфицированию. Дисбиотическое состояние влагалищного биотопа, вызванное резким увеличением количества облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким сни-