

терапию; обращаемость женщин среди пациенток, лечащихся в стационаре (I группа), к гинекологу-эндокринологу – 11(15,7%), и их 8 женщинам (72,2%) была рекомендована менопаузальная гормональная терапия.

Выводы:

1. Первые симптомы климактерического синдрома у женщин г.Екатеринбурга проявляются в среднем в $49,0 \pm 3,20$ лет.

2. Начальными проявлениями климактерического синдрома являются нарушения сна, повышенная плаксивость, чувство напряжения и нервозности вне зависимости от наличия соматической патологии, требующей стационарного лечения.

3. Среди женщин, находящихся на стационарном лечении по поводу соматической патологии, выраженность снижения интереса к сексуальной жизни выше, чем у женщин, не получающих стационарное лечение.

4. Выраженность вегето-сосудистых (вазомоторных) проявлений климактерического синдрома наиболее велика у женщин, находящихся на стационарном лечении.

5. Среди женщин, не получающих стационарное лечение по поводу соматического заболевания, обращаемость к гинекологу-эндокринологу значительно выше, чем у женщин, находящихся на лечении в стационаре (25,7% и 15,7% соответственно, $p < 0,05$).

Литература:

1. Балан В.Е. Возможности повышения эффективности терапии климактерического синдрома препаратом специального экстракта цимицифуги / В.Е. Балан, Л.А. Ковалева // Проблемы репродукции. – 2009. – №5. – С. 70 – 73.

2. Мальцева Л.И. Роль мелатонина в развитии климактерического синдрома у женщин и возможности применения мелатонина в лечении симптомов патологического климакса / Л.И. Мальцева, Е.А. Гафарова // Русский медицинский журнал. – 2007. – №266. – С. 9.

3. Манушарова Р.А. Гинекологическая эндокринология. Руководство для врачей / Р.А. Манушарова, Э.И. Черкезова // Медицинское информационное агентство, 2008. – 153 с.

4. Сметник В.П. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации / В.П. Сметник, Г.Т. Сухих, Е.Н. Андреева, В.Е. Балан, А.А. Гависова // М.; 2015. – 57 – 60с.

УДК 618.5.915-754.124

Ф.И. Ганиев

**ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Самаркандский государственный медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

Ganiev F.I.

**FEATURES OF SIMULTANEOUS OPERATIONS IN
GYNECOLOGICAL AND SURGICAL DISEASES**

Department of Obstetrics and Gynecology № 2

Samarkand state medical institute

Samarkand, Uzbekistan

Контактный e-mail: Fahriddinganiev.gf@gmail.com

Аннотация. Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют не только о широком распространении симультанных заболеваний органов брюшной полости, но и неудовлетворительных результатах лечения их. Кроме этого, одномоментное оперативное лечение больных с двумя или тремя заболеваниями органов брюшной полости представляет собой сложную и до конца не решенную проблему.

Annotation. Numerous studies in recent years indicate not only the wide dissemination of simultaneous abdominal diseases, but unsatisfactory results of treatment of these diseases. In addition, a one-time surgical treatment of patients with two or three abdominal diseases is complex and not completely solved the problem.

Ключевые слова: гинекологическая и хирургическая патология, симультанные операции.

Keywords: gynecological and surgical pathology, simultaneous operation.

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют не только о широком распространении симультанных заболеваний органов брюшной полости, но и неудовлетворительных результатах лечения их. Кроме этого, одномоментное оперативное лечение больных с двумя или тремя заболеваниями органов брюшной полости представляет собой сложную и до конца не решенную проблему [1,2,3].

Повсеместное распространение эндоскопической хирургии предоставило уникальную возможность переопределения границ двух специальностей – гинекологии и хирургии, так как оперативная лапароскопия не только эквивалентна, но и предпочтительна классическому лечению [5,6]

В литературных данных сведения об этом встречаются редко, хотя на практике многие гинекологи и хирурги отмечают необходимость выполнения таких операций.

Цель работы - усовершенствование способов сочетанного оперативного лечения заболеваний органов малого таза и брюшной полости.

Материалы и методы исследования

В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 200 больных с различными сочетанными заболеваниями органов брюшной полости, которым было проведено симультанное оперативное вмешательство.

Пациенты были распределены на две основные группы: первая 107 больных, которым были проведены лапароскопические и традиционные симультанные операции (основная группа), вторая – 93 больных с традиционной операцией (контрольная группа), которым произведена одна изолированная операция (рис.1).

Соотношение основной и контрольной групп

53,1%

46,9%

Основная группа Контрольная группа

Рис.1. Соотношение основной и контрольной групп

Средний возраст в основной группе составил $38,6 \pm 6,6$, а в контрольной группе $41,3 \pm 5,9$ лет. Необходимо отметить тот факт, что все больные были в наиболее трудоспособном возрасте.

В основной группе из 107 больных, которым произведены симультанные лапароскопические вмешательства 47 (43,9%) приходится на калькулезный холецистит - хронический калькулезный холецистит был у 40 (85,1%), острый у 7 (14,9%). При хроническом калькулезном холецистите минилапаротомным доступом холецистэктомия произведена 40 больным (37,4%), при полном и неполном выпадении матки чрезвлагалищная экстирпация матки 20 (18,7%). Лапароскопически симультанным этапом операции явилась миома матки у 47 больных. Кроме того, основная группа характеризуется выполнением сочетания минилапаротомной и традиционной операций.

Так, симультанным традиционным этапом операции к калькулезному холециститу явилась миома матки различной локализации у 40 женщин, также при чрезвлагалищной экстирпации матки симультанным этапом явилось грыжесечение по поводу пупочной грыжи у 20 больных.

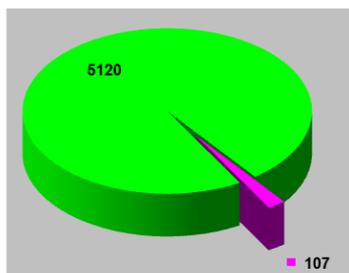
Контрольную группу (сравнения) составили 93 больных с гинекологической и хирургической патологией, которым выполнялись по одной операции (экстирпация матки, вентропластика, холецистэктомия) при доброкачественных заболеваниях (миомах матки, эндометриозе, пролапс стенок влагалища, хронических холециститах или пупочных грыжах).

Все больные обследовались и готовились к операции амбулаторно. Клиническое обследование больных включало в себя общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ органов малого таза, печени и желчного пузыря. УЗИ желчного пузыря и печени производилось с целью исключения камней в желчном пузыре,

эхинококковых кист и других образований в печени. Особое внимание уделялось степени чистоты влагалища, которая должна соответствовать I-II степени.

Результаты исследования и их обсуждение

За 2010 – 2015г было выполнено 5120 лапароскопических операций, из которых симультанные составили 107 (2,1%) (рис. 2).



■ Общее количество операций ■ Симультанные операции

Рис. 2. Соотношение симультанных операций к общему количеству лапароскопических операций.

В контрольной группе всем больным выполнялись только изолированные операции: экстирпация матки 33 (42,3%) больным, чрезвлагалищная экстирпация матки – 21(26,9%), холецистэктомия — 11(14,1%) и вентропластика – 13(16,7%), т.е. те же, что выполнялись в основной группе и также по классическим методикам, но по одной операции у каждой пациентки.

Решение вопроса о проведении симультанных операций принималось консилиумом с участием лечащих врачей, заведующих отделениями, а также с участием профессоров, доцентов и ассистентов кафедры хирургии факультета усовершенствования врачей и кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета СамМИ.

Лапароскопическая холецистэктомия+лапароскопическая экстирпация матки произведена 47 больным. Лапароскопическая холецистэктомия производилась по стандартной методике: вводился один 10 мм троакар через пупок, после чего под контролем лапароскопа вводились два 5 мм и один 10 мм троакары в правом подреберье по передней подмышечной, средней ключичной и срединной линии. При помощи монополярного коагулятора выделялись пузырный проток и пузырная артерия, гемостаз производился при помощи биполярного коагулятора и препарат удалялся из брюшной полости через срединный разрез.

После завершения операции холецистэктомии лапароскоп разворачивался на 180° больную из положения Фовлера переводили в положение Тренделенбурга и производилась ревизия органов малого таза. Лапароскопическая экстирпация матки с придатками по поводу миомы в 47 наблюдениях явилась симультанным этапом к лапароскопической холецистэктомии. Для подобных операций подбор больных производился

тщательно (размер матки не более 12 недельного срока беременности, наличие в анамнезе не осложненных срочных родов, отсутствие в прошлом перенесенных лапаротомий и как следствие наличие выраженного спаечного процесса, отсутствие воспалительного процесса в желчном пузыре и в органах гениталий).

Фиксацию шейки матки и расширение цервикального канала осуществляли при помощи маточного манипулятора Клермонт-Ферранд с целью обеспечения положения матки в *anteversio* и определенного положения заднего свода влагалища между крестцово-маточными связками. Транспариетально выделяли с обеих сторон мочеточники в средней части заднего листка широкой маточной связки. Выделяли маточные артерии транспариетально и при помощи высокочастотного коагулятора АВТОКОН 350 монокоагуляцией в режиме «аэрозольная коагуляция» при эффекте коагуляции t_3 (ступень 3) производили её коагуляцию. Пересечение круглых связок матки, воронко-тазовой и крестцово-маточной связок выполняли также при помощи монокоагуляции. Рассечение и низведение *plica vesico-uterina* осуществляли острым и тупым путями ножницами до идентификации влагалища. Отсечение шейки матки от сводов влагалища производили на “анатомической зоне” маточного манипулятора Клермонт-Ферранд.

После этого извлекали матку с придатками через влагалище и ушивали её снаружи узловыми кетгутowymi швами. Перитонизацию не производили. По окончании операции производили санацию брюшной полости, тщательный осмотр и гемостаз операционного поля и его дренирование.

Минилапаротомная холецистэктомия при калькулезном холецистите и как симультанный этап лапаротомная экстирпация матки была выполнена у 40 больных. Для этих операций использовался комплект хирургических инструментов, разработанный М.И. Прудковым. Минилапаротомную холецистэктомию осуществляли с доступом через параректальный разрез, при этом длина разреза не превышала 6 см, что было достаточно для безопасных манипуляций в зоне печечно-двенадцатиперстной связки. Лапаротомная экстирпация матки осуществлялась по обычной методике разрезом по Пфанненштилю. Длительность операции увеличилась по сравнению с лапароскопической операцией на $20 \pm 1,2$ мин. Кровопотеря была в пределах 120-150 мл. В послеоперационном периоде у 1 (0,5%) больной имело место в раннем послеоперационном периоде паренхиматозное кровотечение из культи влагалища. Была произведена релапаротомия – перевязка внутренних подвздошных артерий. Послеоперационный период протекал гладко. Летального исхода не было.

Наибольший интерес представляет сочетание чрезвлагалищной экстирпации матки и пупочной грыжи. Данная патология была у 20 больных. Показанием к проведению этих операций явилось полное выпадение матки, а также недержание мочи при напряжении, выпадение влагалища и наличие пупочной грыжи. Операцию начинали с выполнения грыжесечения, так как

наличие инфекции в послеоперационном периоде в пупочной ране может привести к рецидиву грыжи. Затем переходили к выполнению гистерэктомии через влагалище по методике Штеккеля.

В контрольной группе всем больным выполнялись изолированные операции: экстирпация матки 33 (35,4%) больным, чрезвлагалищная экстирпация матки – 21 (22,5%), передняя кольпорафия и задняя кольпоперинеопластика – 15 (16,3%), холецистэктомия – 11 (11,8%) и вентропластика – 13 (13,9%), т.е. те же, что выполнялись в основной группе и также по классическим методикам, но по одной операции у каждой пациентки.

Сравнительное изучение двух статистически сопоставимых групп больных, которым выполнялись симультанные и одиночные операции, по клиническим и лабораторным исследованиям показало, что в организме больной не происходит значительных сдвигов, связанных, именно, с симультанными вмешательствами.

Определение степени кровопотери в основной и контрольной группах показало, что в основной группе при выполнении симультанных операций кровопотеря составила $94,4 \pm 11,7$ мл, а в контрольной группе кровопотеря во время оперативного вмешательства $85,4 \pm 16,4$ мл.

При сравнении размеров операционного доступа использование лапароскопической техники позволило уменьшить травматичность доступа - длину операционного разреза до 1 см при лапароскопическом выполнении обеих этапов операции. При проведении симультанных операций лапаротомным доступом в основной и контрольной группах длина разреза была идентичной (10-12 см).

Общая продолжительность операции в основной группе составила $87,13 \pm 13,2$ мин, а в контрольной группе $77,13 \pm 11,1$ мин. При проведении лапароскопических симультанных операций общая продолжительность операции уменьшилась в среднем на 21 минуту.

Выводы

Таким образом, при высоком профессионализме и накопленном опыте операторов, а также высококвалифицированном анестезиолого-реанимационном обеспечении симультанные операции в гинекологии и хирургии через классические и комбинированные доступы могут занять достойное место в практике отделений, поскольку при соблюдении вышеперечисленных условий не представляют большой опасности для больных, и положительно ими воспринимаются.

Литература:

1. Александров Л.С. Сочетанные операции в гинекологии / Л.С. Александров, А.И. Ищенко, Н.В. Ведерникова // Акуш. и гин., 2003. – № 4. – С. 4 – 11.

2. Ганиев Ф.И. Симультанные операции в гинекологии и хирургии / Ф.И. Ганиев, Б.Б. Негмаджанов, Х.Б. Нарзуллаев // Методические рекомендации. – 2011. – 250 с.

3. Ганиев Ф.И. Лапароскопия в гинекологии и хирургии / Ф.И. Ганиев, Б.Б. Негмаджанов, Х.Б. Нарзуллаев и др. // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Республики Узбекистан. – Ташкент, 2013. – С. 245 – 246.

4. Емельянов С.И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж / С.И. Емельянов, А.В. Протасов, Г.М. Рутенбург // СПб., 2008. – С. 86 – 92

5. Пучков К.В. Симультианные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии / К.В. Пучков, В.С. Баков, В.В. Иванов // М., 2008. – 300 с.

УДК 618.3 – 06

Д.С. Гурина, К.А. Назарова, М.К. Киселева
ПРОБЛЕМА БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ В
АКУШЕРСТВЕ

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

D.S. Gurina, K.A. Nazarova, M.K. Kiseleva
THE PROBLEM OF ASYMPTOMATIC BACTERIURIA IN
OBSTETRICS

Department of Obstetrics and Gynecology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: di.gurina@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматривается влияние бессимптомной бактериурии на течение и исход беременности, состояние плода.

Annotation. The article deals the influence of asymptomatic bacteriuria on the course and outcome of pregnancy, fetal condition.

Ключевые слова: бессимптомная бактериурия, беременность.

Keywords: asymptomatic bacteriuria, pregnancy.

Проблема инфекции мочевыводящих путей остается одной из ведущих в акушерской практике. Это обусловлено высокой частотой встречаемости среди беременных, особенностью клинического течения, диагностики и лечения инфекций мочевого тракта во время беременности. Являясь доклинической формой заболеваний мочевой системы, бессимптомная бактериурия характеризуется упорным рецидивирующим течением, низким процентом самоизлечения, высоким риском развития осложнений со стороны матери,