

состояния». При этом характер адаптационной реакции и величина «показателя состояния» имели не только констатационное, но и прогностическое значение. Основным компонентом проводимой терапии вне зависимости от доступа являлись нестероидные противовоспалительные препараты (кетопрофен в виде влагалищных свечей), ненаркотические анальгетики (анальгин), антигистаминные препараты (димедрол). Дополнительное обезболивание с использованием наркотических анальгетиков, дезинтоксикационная инфузионная и антибактериальная терапия назначалась только пациенткам с выявленным неблагоприятным прогнозом. Неблагоприятный прогноз на 3-и сутки послеоперационного периода был выявлен у 5 из 24 пациенток при лапароскопическом доступе (20,8 %), у 12 из 62 при лапаротомическом доступе (19,3 %) и у 6 из 22 (27,3 %) при влагалищном доступе. Произведенная коррекция проводимой терапии у этих пациенток привела к тому, что у большинства (18 из 23) неблагоприятный прогноз не реализовался, и к 5-м суткам клиническое течение и прогноз дальнейшего течения стали благоприятными. Проводимая терапия была продолжена и на 7-е сутки пациентки были выписаны

без осложнений. У 5 пациенток с сохраняющимся на 5-е сутки неблагоприятным прогнозом были выявлены осложнения. У 3 пациенток был обнаружен формирующийся прекультиевой инфильтрат, что потребовало изменения антибактериальной терапии, продолжения инфузионной терапии и проведения местного лечения. У 2 пациенток была выявлена нагноившаяся гематома послеоперационного рубца (пациентки с ожирением после ниже-срединной лапаротомии). Пациенткам проведено оперативное лечение и массивная антибактериальная терапия с положительным эффектом.

Заключение. Таким образом, предложенная тактика ведения послеоперационного периода после гистерэктомий, выполненных различными доступами, эффективна в большинстве случаев (до 81,7 %). Проведение курсов антибактериальной терапии и инфузионной терапии потребовалось лишь в 19,3 % — 27,3 % случаев. Определение прогноза течения послеоперационного периода с использованием интегральных показателей лейкограммы крови позволяет избежать ненужных курсов антибактериальной и инфузионной терапии, что приводит к значительному экономическому эффекту.

**Штыров С. В., Бреусенко В. Г.,
Мартыненко Н. В.**

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского Государственного медицинского университета, Москва, Россия

ОБЪЁМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МАЛОГО ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИЙ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность проблемы. Проблема возникновения объёмных образований малого таза у пациенток после гистерэктомий является чрезвычайно актуальной и сложной. Сложность проблемы объясняет трудность ранней диагностики объёмных образований малого таза из-за невыраженности клинической картины и поздней диагностики.

Цель: повысить качество диагностики и эффективность лечения объёмных образований малого таза, возникающих у пациенток после гистерэктомий, а также сравнить частоту их возникновения после лапаротомических и лапароскопических операций.

Материал и методы. Обследовано 113 пациенток, ранее перенесших гистерэктомию, как лапаротомические, так и лапароскопические с выявленными в последствии объёмными образованиями малого таза. Для установления диагноза проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза с доплерометрией по общепри-

нятой методике с использованием трансвагинального и трансабдоминального мультисекторных датчиков 3,5 и 7,5 МГц на УЗ-аппаратах «Acuson» 128 xp\4 и «Technos MP» Esaote (Япония), ультразвуковое исследование брюшной полости для выявления косвенных признаков спаечного процесса, определение специфичного онкомаркера СА-125 методом иммуноферментного анализа. После верификации диагноза выполнялось оперативное вмешательство. Объём оперативного вмешательства зависел от возраста пациентки, а также характера образования. Возраст пациенток на момент первой операции колебался от 26 до 77 лет: до 40 лет — 12, от 40 до 50 лет — 70, старше 50 лет — 31. На момент поступления в клинику после гистерэктомии прошло от 1 года до 17 лет. Из них лапаротомическая гистерэктомия ранее была произведена — 97 пациенткам (I группа), а лапароскопическая — 16 (II группа). Данные ручного исследования у 43 пациенток I группы и у 3 пациенток II группы позволили предположить

наличие объемного образования в малом тазе. На основании ультразвукового исследования наличие кисты яичника предполагалось у 78 пациенток I группы и у 15 — II группы, гидросальпинкса — у 15 пациенток I группы, серомы малого таза у 4 пациенток I группы и одной — II группы. Окончательный диагноз был поставлен только после лапароскопии.

Результаты исследования. Во время проведения лапароскопии спаечный процесс в малом тазе после перенесенных ранее лапаротомий был выявлен у 88 больных, а после лапароскопической гистерэктомии только у 1. При лапароскопии было произведено: у 64 пациенток I группы и у 3 пациенток II группы — аднексэктомия, у 2 больных I группы и у 1 пациентки II группы была произведена кистэктомия, у 11 больных I группы — тубэктомия, биопсия и коагуляция кисты желтого тела произведена у 15 пациенток (из них у

11 больных II группы. Послеоперационный период протекал без осложнений у всех женщин. Все они были выписаны из стационара на 3–5-е сутки после операции. Морфологически в 32 случаях обнаружены простые серозные цистаденомы (1 — после лапароскопии), в 37 — эндометриодные кисты яичников (3 — после лапароскопической гистерэктомии), в 11 — гидросальпинксы, в 15 — кисты желтого тела (11 — после лапароскопии), в 18 — серомы (у 1 — после лапароскопии).

Выводы. Оптимальным методом лечения объемных образований малого таза после гистерэктомии является оперативная лапароскопия. Объем оперативного вмешательства зависит от возраста пациентки, а также характера образования. Пункция объемных образований не может являться оптимальным методом лечения объемных образований малого таза.