

Дячук А. В., Шулико Л. А., Битюков Н. Н.,
Плахотников И. А., Крыса В. В.

ЦМСЧ № 122 ФМБА РФ,
Санкт-Петербург, Россия

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Актуальность проблемы. Определить эндометриодный характер опухолевых образований яичников с помощью неинвазивных методов обследования (УЗИ, КТ, ЯМРТ, онкомаркер СА-125) возможно лишь предположительно. Лапароскопический доступ позволяет визуализировать изменения, подобные эндометриозным, и как минимум, осуществить забор материала для гистологического исследования, достоверно устанавливающего диагноз.

Материал и методы. За последние три года операции по поводу эндометриодных кист в нашей клинике выполнены 157 больным в возрасте от 18 до 53 лет. Размер опухолей варьировал от 4,0 до 8,0 см в диаметре чаще изменения были с 2-х сторон. У 151 больной хирургические вмешательства начались и завершились лапароскопически, шести женщинам произведены конверсионные лапаротомии.

Результаты исследования. В 94,9 % случаев выполнено вылущение и удаление кист в пределах визуально неизменной яичниковой ткани. Лишь 8 (5,1 %) женщинам находящимся в пре- и постменопаузе удалили яичник и придатки с одной стороны. Объем вмешательства определяли после подробной разъяснительной беседы, информировавшей пациентку о возможном рецидиве эндометриоза, онкологической настороженности, с учетом юридических аспектов. Практически все женщины репродуктивного возраста, даже те, которые не планировали в будущем иметь беременности, предпочли сохранить яичники. Поэ-

тому удаление яичника, придатков производили только получив на это согласие. Доступ к образованиям яичников, их выделение сопровождалось, как правило, рассечением различной степени выраженности спаек и сращений с большим сальником, петлями кишечника, маткой, стенками таза. Т.н. «шоколадное» содержимое чаще изливалось в брюшную полость. Эвакуировали патологический материал с учетом особенностей эндометриоза: использовали эластичные «контейнеры», кольпотомический доступ. Все операции завершались тщательной санацией и дренированием брюшной полости. Интраоперационно проводилась антибиотикопрофилактика, а в первые-вторые сутки послеоперационного периода перфузии брюшной полости. Для уменьшения вероятности активизации эндометриодного процесса в сохраненной яичниковой ткани обязательно назначалось закрепляющее лечение, состоящее из специфического (прогестагены, антигонадотропины, АГНРГ) и неспецифического (ВЛОК, ОБТ, ФТЛ, эфферентная, иммунокорригирующая терапия) компонентов.

Вывод. Установлено, что лапароскопическая органосберегающая хирургия эндометриодных опухолей яичников является адекватным методом, не уступающим по эффективности традиционной хирургии. Удаление пораженных тканей с последующей комплексной терапией позволяет препятствовать рецидивированию эндометриоза, восстанавливать функционирование яичников и сохранять репродуктивную перспективу.

Комличенко Э. В., Зубарева Т. М., Иванов А. В.

ГУЗ «Александровская больница»,
Санкт-Петербург, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ВАГИНАЛЬНО- ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ПРИДАТКОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

Актуальность проблемы. До последнего времени считалось, что наличие гнойно-деструктивного поражения матки и придатков является показанием к выполнению оперативного вмеша-

тельства в объеме экстирпации матки с придатками только лапаротомным доступом. Отделение оперативной гинекологии ГУЗ «Александровская больница» специализируется в основном на ока-