р. в день 10 дней; тилорон 125 мг 20 дней или циклоферон 12,5 % — 2,0 в/м, через день №10; препараты метронидазолового ряда, панавир 0,004 % — 5 мл в/в три инъекции с интервалом 2 дня; виферон3 в свечах 1 раз в сутки № 10. На время антибактериальной терапии назначались гепатопротекторы (хофитол, эссенциале), фунгицидные препараты (гинофорт, дифлюкан). Сразу после операции назначалась элекрорефлексотерапия курс 10 дней аппаратом ДЭНАС. В послеоперационном периоде назначали мелатонин 3 мг на ночь в течение 3 месяцев как иммуномодулятор, антиоксидант и антипролиферативное средство для профилактики рецидивов РКЯ.

Результаты. Средний возраст пациенток составил $25,4 \pm 0,5$ лет. Больные предъявляли жалобы характерные для воспаления: на боли внизу живота — 30 (73,1 %), субфебрильную температуру — 15 (61,3 %), дизурические расстройства — 6 (15,5 %). Показаниями к оперативному лечению были: разрыв кисты — у 29 (70,7 %), кровоизлияние в кисту — у 6 (14,6 %), перекрут кисты у 5 (12,2 %), персистенция кисты свыше 4 месяцев — у 1 (2,4 %). Операции выполнены в объеме:

энуклеации кист у — 36 (87,8 %), резекции яичника — у 4 (9,8 %), аднексэктомии — 1 (2,4 %). По гистотипу РКЯ были: фолликулярными у 6 (14,6 %), лютеиновыми — у 35 (85,4 %) больных с явными клеточными признаками воспаления. Микробиологический мониторинг показал высокую степень инфицированности больных с РКЯ (92,6 %) с преобладанием хламидийной инфекции в содержимом кист яичников и смешанной бактериально-грибковой в цервикальном канале. Эти данные коррелировали с гистологическими признаками воспаления ($r = 0,89$; $p < 0,05$), которые были представлены лейкоцитарной, лимфоцитарной, гистиоцитарной и нейтрофильной инфильтрацией. При УЗ-мониторинге в течение 9 месяцев у пациенток рецидивов кист не выявлено. При стандартном лечении гормональными препаратами рецидивы в течение 1 года РКЯ имели место в 33,6 %.

Заключение: комплексное, антибактериальное, противовирусное, иммуномодулирующее лечение, с включением в схему мелатонина, при полной элиминации инфекционного агента исключало рецидивы ретенционных кист яичников.

Стрижелецкий В. В., Жемчужина Т. Ю., Аксем С. М., Кахиани Е. И., Тайц А. Н., Елина С. М.

Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии; Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ ОВАРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Актуальность. В последние годы обсуждается вопрос о необходимости реабилитационных мероприятий после операций по поводу доброкачественных опухолей яичников, что определяет последующую реализацию репродуктивного потенциала. Значительный практический интерес представляет оценка состояния овариального кровотока с использованием метода цветного доплеровского картирования после эндовидеохирургических операций.

Материал и методы. С целью изучения результатов лапароскопического лечения пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников ($n = 24$) нами проведено доплерометрическое исследование овариального кровотока (аппарат ACUSION 128 XP/10). Автоматически определялись максимальная систолическая V_{max} , конечная диастолическая скорости кровотока V_{min} , индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ).

Результаты исследования. Нами получены данные о том, что наилучшие показатели внутри-

яичникового кровотока с адекватной васкуляризацией доминантного фолликула и желтого тела отмечаются после лапароскопической резекции яичника. При этом отмечалось прогрессирующее улучшение показателей интраовариального кровотока — увеличение количества локусов васкуляризации, повышение максимальной систолической скорости и снижение показателей сосудистого сопротивления. Наилучшие параметры внутрияичниковой перфузии наблюдались через 6 мес. после операции. Следует отметить, что в дальнейшем данные показатели практически не изменялись. При проведении односторонней аднексэктомии через 6 мес. у 48 % больных сохранялись нарушения функции яичника. На эхограммах визуализировалась выраженная полифолликулярная реакция, характеризующаяся увеличением количества анэхогенных включений до 10–12 с небольшим диаметром (3–6 мм), как периферическим, так и центральным их расположением. Признаки овуляции и формирования желтого тела

у данных пациенток отсутствовали. Проведенные исследования показали, что у пациенток после органосохраняющих операций функция яичника зависит от объема сохраненной яичниковой ткани. Следует отметить, что наилучшие показатели внутрияичникового кровотока и функциональной активности яичников отмечены после эндовидеохирургического вылущивания опухоли. У пациенток, перенесших резекцию яичника, его функция находилась в прямой зависимости от объема сохраненной яичниковой ткани. При наличии более 50 % яичниковой ткани (не менее 2 см³) улучшение фолликулогенеза наступало в более ранние сроки (3–6 мес), чем у пациенток, перенесших

одностороннюю аднексэктомию (6–12 мес). При сохраненном объеме яичника менее 2 см³ наступают необратимые нарушения функции яичника, гибель фолликулярного аппарата, прогрессирующее снижение объема яичника, визуализируются лишь единичные локусы васкуляризации при исследовании интраовариального кровотока.

Вывод. Таким образом, широкие возможности применения эндовидеохирургических органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста, сохранение овариального резерва позволяют считать данные подходы методом выбора при лечении доброкачественных новообразований яичников.

Цивьян Б. Л., Комличенко Э. В.

Александровская больница,
Санкт-Петербург, Россия

ВАГИНАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Актуальность темы. Ведущим современным методом лечения опухолей яичников остается хирургический. Общеизвестными являются абдоминальный и лапароскопический доступы. Применение малоинвазивного вагинального доступа для лечения опухолей яичников сегодня ограничено. Обусловлено это не только техническими сложностями при выполнении таких операций, но и существенным обзорным недостатком влагалищной хирургии для ревизии органов брюшной полости. Преодоление последнего дополнением вагинального доступа кульдоскопией может нивелировать его, сохранив все достоинства этого метода.

Цель нашей работы — проведение пилотного исследования по адаптации и применению вагинального доступа для лечения доброкачественных опухолей яичников и матки у пациенток в пре- и постменопаузе.

Материал и методы. С апреля 2003 года по август 2006 года в нашей клинике по поводу опухоли яичника вагинальным доступом прооперировано 47 пациенток в возрасте от 42 до 76 лет. Размеры опухолей варьировали от 1 до 11 см в диаметре. 2-х сторонний характер поражения отмечен в одном случае. 23 женщины, которым проводилась лапароскопическая ассистенция для удаления опухоли исключены из исследования.

Показанием к операции были доброкачественные опухоли яичников в сочетании с патологией матки (симптомная миома матки, осложненная анемизацией, болевым синдромом, гиперпластические процессы эндометрия, аденомиоз, субмукозная миома матки) или без нее. Пангистерэктомия произведена 17 пациенткам и гистерэктомия с односторонней аднексэктомией — 7. После удаления опухоли и гистерэктомии проводилась обзорная кульдоскопия с оценкой состояния органов брюшной полости по оригинальной методике.

Результаты исследования. Всем пациенткам выполнена адекватная радикальная операция малоинвазивным вагинальным доступом. Интраоперационное кульдоскопическое исследование позволило оценить состояние органов брюшной полости, исключив распространенное злокачественное поражение. Осложнений не отмечено. Средняя продолжительность операции 78 ± 11 мин. Кровопотеря 124 ± 36 мл. Средний койкодень $2,5 \pm 0,7$. При плановом гистологическом исследовании все опухоли были признаны доброкачественными.

Вывод. Вагинальный доступ, дополненный кульдоскопией, при лечении доброкачественных опухолей яичников, с необходимой гистерэктомией может быть альтернативой абдоминальному.