

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-

зании неотложной помощи, поэтому нами накоплен большой опыт в лечении данной патологии.

Целью данной работы является попытка проанализировать особенности хирургического лечения гнойно-деструктивных поражений матки и (или) придатков у больных без разлитого перитонита различными оперативными доступами.

Результаты. В период с 2004 года по 2006 год произведено 76 операций по поводу гнойно-деструктивных процессов матки и (или) придатков без диагностированного разлитого перитонита. При наличии у больных гнойно-деструктивного поражения матки и (или) придатков, при отсутствии разлитого перитонита мы начинали в 100 % случаев оперативное лечение с диагностической лапароскопии, при этом оценивалась возможность выполнения вмешательства тем или иным доступом. При наличии у больных острого двустороннего сальпингофорита, осложненного развитием пиосальпингсов или tuboовариальных образований (61 % от общего количества больных) мы выполняли билатеральную тубэктомию или аднексэктомию в 86 % случаев лапароскопическим доступом, в 14 % из-за выраженного спаечного процесса брюшной полости было принято решение завершить операцию путем лапаротомии. При наличии острого метроэндометрита на фоне внутриматочного контрацептива (39 % от общего количества больных) выполнялась экстирпация матки с придатками, при этом при наличии технических возможностей в 23 % мы производили лапароскопически-ассистированную вагинальную гистерэктомию, при этом

аднексэктомия осуществлялась из лапароскопического доступа, а непосредственно удаление матки и последующая перитонизация вагинально. В 77 % операций был осуществлен переход на лапаротомный доступ. В 15 % случаев при наличии неповрежденного яичника операция была ограничена экстирпацией матки с аднексэктомией с одной стороны и тубэктомией с другой.

Выводы. 1). Хирургическое лечение гнойно-деструктивных поражений матки и (или) придатков может осуществляться лапаротомным, лапароскопическим и комбинированным (лапароскопически-вагинальным) доступами. 2). Комбинированный лапароскопически-вагинальный доступ является наиболее благоприятной для больных альтернативой лапаротомному доступу при наличии метроэндометрита на фоне внутриматочного контрацептива. 3) Комбинированный лапароскопически-вагинальный доступ имеет целый ряд преимуществ перед другими доступами, а именно меньшая кровопотеря, снижение интенсивности послеоперационных болей, низкий послеоперационный койко-день, более короткий период гипертермии, быстрое восстановление перистальтики кишечника, нормальной активности и работоспособности, минимально задействована передняя брюшная стенка. 4). Оперативное лечение гнойно-деструктивных поражений матки и (или) придатков следует начинать с выполнения диагностической лапароскопии, так как в данном случае хирург имеет возможность определить перспективность того или иного доступа.

Кулинич С.И., Николаева И.Н., Иванова Н.А.

ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей,
Россия

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность проблемы. Ретенционные кисты (РКЯ) яичников являются довольно распространенной патологией, с частотой до 70,9 %. Эта нозологическая форма в 55,2 % случаев встречается в возрасте от 18 до 35 лет. Актуальность проблемы заключается также в том, что лечение ретенционных образований яичников нередко начинается с оперативного вмешательства, выполняемого в неоправданно большом объеме. К тому же все оперативные методики не излечивают, и рецидивы составляют 46,6 %. В литературе появились сведения о влиянии инфекций на формирование ретенционных кист яичников.

Цель: выявить морфологические признаки воспаления РКЯ.

Материал и методы: объектом исследования

были женщины с фолликулярными и лютеиновыми кистами яичников ($n = 41$). Больные обследованы на урогенитальные инфекции методом ПЦР из содержимого кист яичников, полученного интраоперационно. Методика забора материала из кист была стандартной. Лапароскопию выполняли, используя аппаратуру и инструменты фирмы Karl Storz (Германия). После выполнения операции производили тщательный гемостаз, санацию брюшной полости физиологическим раствором, раствором диоксида. Операционный материал прицельно исследовали гистологически. После операции всем женщинам было проведено комплексное лечение в соответствии с полученными результатами бактериальной и вирусной инфекции. Больные получали вильпрафен 500 мг $\times$ 2