

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 сальпингоофорита, 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

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; виферон<sup>3</sup> в свечах 1 раз в сутки № 10. На время антибактериальной терапии назначались гепатопротекторы (хофитол, эссенциале), фунгицидные препараты (гинофорт, дифлюкан). Сразу после операции назначалась электорорефлексотерапия 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 ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ 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