

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.