

Максимов А. С., Кузнецов С. В., Ниаури Д. А.,
Гайворонский И. В.

Кафедра акушерства и гинекологии, кафедры анатомии
человека. Медицинский факультет СПбГУ,
Санкт-Петербург, Россия

К ВОПРОСУ О ТОПОГРАФИИ МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ И ТАЗОВОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Актуальность проблемы. В настоящее время отмечается увеличение частоты заболеваний половых органов у женщин репродуктивного возраста, требующих хирургических вмешательств. Современные технологии решают вопросы не только органосохраняющих операций, но и обеспечивают новые методики хирургического лечения недержания мочи у женщин старшего возраста. Это диктует необходимость уточнить имеющиеся данные литературы о синтопии маточной артерии и тазового отдела мочеточника в возрастном аспекте с применением нового метода полимерного бальзамирования.

Цель: уточнить данные литературы о синтопии маточной артерии и тазового отдела мочеточника.

Материал и методы. Материалом анатомического исследования служили фиксированные и нефиксированные трупы женского пола в возрасте от 32 до 67 лет. Во всех случаях изучались протоколы патолого-анатомического исследования трупа для отбора материала по причинам смерти, не оказывающих прямого воздействия на структуру сосудистого русла матки и мочеточника. Исследуемый материал разделен на две группы в зависимости от возраста. Первая группа — 5 трупов женского пола в возрасте от 32 до 44 лет и вторая группа — 10 трупов женского пола в возрасте от 48 до 67 лет. Используемые методы исследования: морфометрия (расстояние от перекреста маточной артерии и тазового отдела мочеточника до ребра матки), препарирование сосудов малого таза и полимерное бальзамирование (метод раз-

работан И. В. Гайворонским и С. П. Григоряном в 2000 году).

Результаты исследования. В первой группе расстояние от места перекреста маточной артерии с мочеточником до ребра матки справа составило 2,2–2,8 см; слева — 1,6–2,0 см. Наибольшее расстояние определялось у многорожавших женщин. Место пересечения располагалось на уровне внутреннего зева. Во второй группе расстояние от места перекреста маточной артерии с мочеточником равнялось 2,8–3,4 см, значительного различия между расстоянием справа и слева не отмечалось. Место пересечения в большинстве случаев располагалось на уровне средней трети шейки матки. В обеих группах маточная артерия наиболее часто перекрещивала мочеточник спереди. Однако во второй группе маточная артерия в 1 случае располагалась сзади мочеточника, при этом сосуд имел большую извилистость. Также необходимо отметить наличие асимметрии в расположении маточной артерии и тазового отдела мочеточника в обеих группах.

Выводы. 1) С увеличением возраста расстояние от места пересечения маточной артерии с тазовым отделом мочеточника до ребра матки увеличивается. 2) Наиболее часто маточная артерия пересекает мочеточник спереди, независимо от возраста. 3) у женщин репродуктивного возраста перекрест маточной артерии с мочеточником располагается чаще всего на уровне внутреннего зева, у женщин старшего возраста — на уровне средней трети шейки матки.

¹Осипов В.А., ²Ищенко А.И., ²Ведерникова Н.В., ²Жолобова М.Н., ²Александров Л.С.,
²Джапаридзе М.Г.

¹ГКБ №53,

²кафедра акушерства и гинекологии № 1 Московской
медицинской академии им. И. М. Сеченова, Россия

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТКИ

Актуальность проблемы. В настоящее время лапароскопическая гистерэктомия широко используется в гинекологической практике и существует в шести различных вариантах. Однако, несмотря на накопленный опыт выполнения лапароскопических гистерэктомий в мире, по

данным литературы, дискутируются такие вопросы, как методики выполнения операций, методы гемостаза, до конца не решен вопрос о противопоказаниях, разноречивы данные по поводу осложнений при гистерэктомиях. В последнее время в литературе появились многочисленные

сообщения о том, что после радикальных операций на матке (экстрафасциальная экстирпация матки в большей степени) отмечаются нарушения нейро-эндокринной, мочевыделительной систем, изменения сексуальной функции нарушения анатомии тазового дна. С этой точки зрения более анатомичной является интрафасциальная методика экстирпации матки, при которой сохраняются кардинальные и крестцово-маточные связки, фасциальный футляр матки.

Целью настоящего исследования явилось усовершенствовать тактику эндоскопического хирургического лечения больных с доброкачественной патологией матки, оценить и обосновать дифференцированный подход различных модификаций лапароскопических гистерэктомий у данного контингента больных.

Материал и методы. Нами проведено обследование и хирургическое лечение 120 женщин в возрасте от 30 до 65 лет с доброкачественной патологией эндо- и миометрия, нуждающихся в оперативном лечении в объеме экстирпация матки, 1 группа (50 пациенток) — интрафасциальная

экстирпация матки, 2 группа (30 пациенток) — экстрафасциальная экстирпация матки, 3 группа (40 пациенток) — влагалищная экстирпация матки с лапароскопической ассистенцией). В предоперационном периоде мы проводили клинико-лабораторные исследования, ультразвуковое исследование органов малого таза, гистероскопию и отдельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия с последующим морфологическим исследованием, обследование шейки матки.

Результаты исследования. Нами проведена сравнительная оценка течения гистерэктомий, осложнений, параметров послеоперационного периода и отдаленных результатов лечения у больных, оперированных с использованием различных доступов. Таким образом, совершенствование техники выполнения хирургического вмешательства с использованием лапароскопического доступа позволяет выбрать оптимальный оперативный метод, обеспечивающий минимальный травматизм и незначительное снижение качества жизни в целом у больных с доброкачественной патологией матки.

Холтхаус Б.

Clinic for Gynecology and Obstetrics University of Muenster
Osnabrück, Germany

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ МИОМЫ МАТКИ. СПОРЫ И СОМНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ТАКТИКЕ

Вступление. Фибромиомы матки это наиболее часто встречающаяся плотная тазовая опухоль генитального тракта у женщин. В некоторых популяциях показатели ее распространения достигают до 50%. Большинство женщин с миомой матки не имеют никаких симптомов и таким образом не нуждаются в хирургическом лечении. Однако, когда фиброиды симптоматичны, и пациентка желает сохранить матку, часто предлагается миомэктомия. Появление лапароскопической миомэктомии дополнило преимущества минимально инвазивной хирургии. Первое сообщение о лапароскопической миомэктомии появилось в 1979 году (автор Kurt Semm). С тех пор многочисленные достижения в лапароскопической технике сделали операцию более легкой и повысили ее качество. В этой презентации мы изучаем самую свежую литературу по важным аспектам лапароскопической миомэктомии и обсуждаем хирургические методы и исходы лапароскопической миомэктомии и другие возможности лечения.

Спайки. Одной из основных задач миомэктомии является сохранение матки и, следовательно, сохранение фертильности. Образование спаек после миомэктомии путем лапаротомии доходило

тогда до 90% и снижало показатели фертильности. Лапароскопическая миомэктомия может снизить частоту образования спаек. Этот показатель можно снизить почти до 25%. Были выявлены различные факторы, повышающие риск образования спаек, это глубина, задняя локализация. Что касается наложения швов, литература приводит разные данные. Поскольку сохранение фертильности это одна из основных целей миомэктомии, заметное снижение спаек за счет лапароскопической миомэктомии дает ей явное преимущество перед лапаротомией.

Интраоперационные рассуждения. Лапароскопическая миомэктомия состоит из трех фаз: разрез матки, дополнительная эксцизия миомы, восстановление миометрия и экстракция узлов из перитонеальной полости. Мнения авторов в отношении оптимального направления разреза противоречивы. Некоторые авторы являются сторонниками вертикального, а другие — горизонтального или поперечного разреза. Мы отдаем предпочтение поперечному разрезу, так как горизонтальный вызывает меньший разрыв аркуатных сосудов, снижая кровопотерю, что может способствовать образованию спаек, и более легкий при лапарос-