



# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Азиев О. В., Бугеренко А. Е., Каппушева Л. М.,  
Панин А. В.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета РГМУ,  
Центр планирования семьи и репродукции, Москва, Россия

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов 10-летнего применения лапароскопической гистерэктомии (ЛГ). За период с 1996 по 2005 годы в гинекологическом отделении ЦПСИР было произведено 1551 ЛГ, из них 1018 (65,63 %) — субтотальных и 533 (34,37 %) — тотальных лапароскопических гистерэктомий (ТЛГ).

**Результаты исследования.** Результаты лечения оценивались по следующим параметрам: продолжительность операции, размеры удаляемых маток, общая кровопотеря, количество и характер осложнений, длительность пребывания пациентов в стационаре, продолжительность нетрудоспособности. Вес удаляемых маток варьировал от 60 г до 850 г при СЛГ (в среднем 270 г) и от 60 до 1000 г, при ТЛГ (в среднем 290 г). У 27,25 % пациенток, подвергшихся СЛГ и у 30,81 % — ТЛГ, вес макропрепарата превышал 350 г. Продолжительность субтотальной лапароскопической гистерэктомии колебалась от 30 до 150 минут (в среднем  $75 \pm 5,7$  мин), а при тотальной этот показатель варьировал от 40 до 180 минут (в среднем  $95 \pm 6,3$  мин). Длительность операций в течение

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ – 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

первых двух лет уменьшалась по мере накопления опыта и совершенствования навыков хирургов. Однако в дальнейшем расширение показаний к ЛГ и увеличение количества сопутствующих операций не позволили значительно снизить среднюю продолжительность операции. Кровопотеря составила 50–350 мл (в среднем 125 мл). Отмечалась прямая зависимость кровопотери от массы удаляемых маток. Всего было зарегистрировано 41 осложнение (15 больших и 26 малых), что составило 2,64 %. Частота осложнений при ТЛГ в наших наблюдениях оказалась в 1,5 раза выше по сравнению с СЛГ. Средняя длительность пребывания пациенток в стационаре после СЛГ составила 4,7 к/д, после ТЛГ 5,6 к/д, а продолжительность нетрудоспособности в среднем 21 день после операции.

**Выводы.** Лапароскопический доступ для удаления матки является эффективным и безопасным. Проведенное исследование позволило определить факторы риска и основные причины возникновения осложнений, усовершенствовать методику проведения ЛГ и разработать мероприятия по их профилактике.

Айламазян Э.К., Беженарь В.Ф., Савицкий Г.А.,  
Ниаури Д.А., Цыпурдеева А.А., Попов Э.Н.,  
Иванова Р.Д., Цуладзе Л.К., Волков Н.Н.

Научно-исследовательский институт акушерства и  
гинекологии имени Д.О. Отта РАМН,  
Санкт-Петербург, Россия

## К ВОПРОСУ ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГИСТЕРЭКТОМИИ

**С целью** обоснования рациональности хирургического доступа при выполнении гистерэктомии с использованием лапароскопического, мини-лапаротомического или вагинального доступов проведен сравнительный анализ клинического течения больных с доброкачественными опухолями матки, которым были сформулированы показания к гистерэктомии.

**Материал и методы.** Выполнено 109 гистерэктомий с использованием лапароскопического доступа (1-я группа). Группы сравнения составили 50 больных после лапаротомных гистерэктомий

(2-я группа), 50 операций, выполненных мини-лапаротомным доступом с лапароскопическим пособием (3-я группа) и 36 пациенток без опущения стенок влагалища, которым гистерэктомию выполнили из вагинального доступа (4-я группа). Исследование проведено за период с 2002 по 2006 гг.

**Результаты исследования.** Средний возраст пациенток 1, 2, 3 и 4 групп составил  $48 \pm 5,3$ ;  $45,6 \pm 4,2$ ;  $43,6 \pm 7,9$  и  $54 \pm 3,5$  лет соответственно. Средняя продолжительность операции —  $137 \pm 33$ ;  $91,3 \pm 11,6$ ;  $114 \pm 11,2$  и  $46 \pm 5,9$  минут. Средний размер удаленной матки составил

10,2 ± 2,9; 16,6 ± 4,1; 9,4 ± 1,9; 7,4 ± 2,6 недели беременности; средняя масса — 417 ± 12,1 гр, 772 ± 23,3 гр, 393 ± 16,2 гр, 317 ± 18,8 гр. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 87,3 ± 84,3; 392 ± 57; 71,6 ± 8,1; 41,5 ± 12,1 мл. В послеоперационном периоде женщины находились в клинике в среднем 6,8 ± 1,3; 9,2 ± 1,6; 6,1 ± 0,1; 4,7 ± 1,1 суток. Количество осложнений составило 4 случая (4,3 %) в 1 группе: инфильтрат в области культи влагалища, нагноившаяся прекультиевая гематома, пузырно-влажалищный свищ, мочеточниково-влажалищный свищ; 9,4 % — в 2 группе; 5,0 % — в 3 группе и 3,8 % в 4-й группе.

**Заключение.** При таких показаниях к гистерэктомии, как аденомиоз, рецидивирующая гиперплазия эндометрия в сочетании с миомой матки или аденомиозом, миома матки типичной локализации, не превышающей размера 15–16 недель беременности, предпочтение следует уделять тотальной лапароскопической гистерэктомии. При наличии атипичных (шеечных, перешеечных, межсвязочных) миоматозных узлов, при крупных узлах любой локализации, а также при грубых рубцовых изменениях в параметри-

ях, укорочении связочного аппарата матки предпочтительнее использование методики “мини-лапаротомия с лапароскопическим пособием”. Традиционную лапаротомию для выполнения гистерэктомии необходимо использовать в случае размеров матки соответствующих более 18–20 недель беременности, выраженного рубцового процесса в полости малого таза, широкого вовлечения в патологический процесс смежных органов, злокачественных заболеваний внутренних половых органов, предполагающих расширенный объем оперативного вмешательства, а также при наличии противопоказаний к лапароскопии вследствие сопутствующих соматических заболеваний. Вагинальную гистерэктомию предпочтительнее выполнять больным с сочетанной патологией тазового дна, генитальным пролапсом, стрессовым недержанием мочи, недержанием газов. Владея каждым из методов гистерэктомии, при дифференцированном подходе в выработке показаний можно добиться наилучших результатов. Большинство гистерэктомий целесообразно и следует выполнять вагинально или лапароскопически.

#### Берлев И.В., Кузнецов С.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ВМедА,  
Санкт-Петербург, Россия

#### ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ГИСТЕРЭКТОМИИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

**Актуальность проблемы.** До настоящего времени самой частой операцией в гинекологии остается гистерэктомия. Внедрение малоинвазивных технологий в лечении гинекологической патологии является приоритетным направлением в современном здравоохранении. В настоящее время большинство гистерэктомий, требующих чревосечения, могут быть частично или целиком выполнены лапароскопическим путем (Кулаков В. И. и соавт., 2000).

**Цель:** оценить эффективность выполнения гистерэктомии эндовидеохирургическим способом.

**Материал и методы.** Нами проанализированы результаты хирургического лечения у 160 гинекологических больных, которым была выполнена операция в объеме тотальной гистерэктомии эндовидеохирургическим способом в период с января 2003 по май 2006 г. Вышеуказанные пациентки составили первую (основную) группу. Во вторую (сравнительную) — 150 пациенток, включены женщины, которым гистерэктомии выполнялись путем лапаротомии. Все женщины в предоперационном периоде были обследованы

в соответствии с отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения гинекологической патологии. Обследуемые группы были сопоставимы по возрасту, величине матки, сопутствующей патологии. Показаниями к операции у больных основной группы явились: 72 % — миома матки, 8 % — аденомиоз, 20 % — сочетание миомы и аденомиоза. В группе сравнения: 80 % — миома матки, 20 % — сочетание ее с аденомиозом. В обеих группах производилась операция в объеме тотальной гистерэктомии. Сравнительная оценка результатов выполнения гистерэктомии лапаротомическим и лапароскопическим доступом производилась по следующим параметрам: продолжительность оперативного вмешательства, объем кровопотери, характер и структура интра- и послеоперационных осложнений, течение послеоперационного периода, послеоперационный койко-день.

**Результаты исследования.** В результате проведенного сравнительного анализа были получены данные, которые показали: в основной группе время оперативного вмешательства составило 110 ± 20 мин. (в группе сравнения — 100 ± 10