



© С. В. Штыров, В. Г. Бреусенко,
Н. В. Мартыненко

ГУЗ Российский государственный
медицинский университет, кафедра
акушерства и гинекологии педиатрического
факультета, Москва

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА, ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

УДК: 618.1-006-089

■ Из 211 лапаротомических операций тотальной и субтотальной гистерэктомии, выполненных в гинекологическом отделении 31 городской клинической больницы г. Москвы, у 7 пациенток выявлены объемные образования органов малого таза, что составило 3,3%. Из 200 лапароскопических операций тотальной и субтотальной гистерэктомии, выполненных в этом же учреждении, у 3 пациенток впоследствии выявлены объемные образования органов малого таза, что составило 1,5%. Анализу подвергнуты истории болезни 136 пациенток с объемными образованиями малого таза после тотальной и субтотальной гистерэктомии. Выявлено: простые серозные цистаденомы — 27,9%, муцинозные цистаденомы — 13,2%, эндометриодные кисты — 27,2%, ретенционные кисты — у 15,4%, гидросальпинксы — 5,9%, серомы — 10,3%. У 77,9% пациенток с объемными образованиями малого таза после гистерэктомии выявлен спаечный процесс (после лапаротомии — у 96% больных, после лапароскопии — у 9,1%. Достоверно чаще спаечный процесс наблюдался у больных с избыточной массой тела, гидросальпинксами, серомами, эндометриомами. Лапароскопия является методом выбора диагностики и оперативного доступа при наличии объемных образований органов малого таза после гистерэктомии. Использование лапароскопического доступа позволяет провести адекватное хирургическое пособие, сократить пребывание больных в стационаре и реабилитационный период. Эффективность лапароскопического вмешательства (ближайшие и отдаленные результаты при сроках наблюдения до 3 лет) оказалась максимальной. Эффективность пункционного лечения объемных образований органов малого таза после гистерэктомии составила 63,6%.

■ **Ключевые слова:** лапароскопия; гистерэктомия; цистаденома; гидросальпинкс; серома.

Несмотря на определенные успехи малоинвазивной хирургии, гистерэктомия по-прежнему остается одним из ведущих методов хирургического лечения больных с различными заболеваниями матки. Целесообразность сохранения яичников у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста является предметом многочисленных дискуссий в связи с возможностью возникновения в оставленных придатках разнообразных доброкачественных и злокачественных изменений, обозначаемых как синдром оставленных яичников [1, 3, 6, 7].

Данные литературы (В. Plockinger (1994) — 3,95%, К. Pitynski с соавт. (2001) — 2,5%, I. Pete, P. Bosze (1998) — 3,1%, А. Wattiez (2002) — 2,4%) о функции яичников после гистерэктомии крайне противоречивы [2, 4, 5, 8]. По данным разных авторов, у 2 — 4% женщин после гистерэктомии развиваются опухоли в оставленных яичниках, требующие повторного хирургического лечения. Проблема выявления истинных пролиферативных опухолей яичников и дифференциальная диагностика их с другими объемными образованиями малого таза (воспалительными, гормональными, послеоперационными) сложна и является актуальной для практической гинекологии, т. к. показатели заболеваемости раком яичников в популяции не имеют тенденции к снижению. Отсутствие специфической симптоматики, универсального высокоинформативного неинвазивного метода ранней диагностики, недостаточная информативность ультразвукового обследования и опухолевых маркеров диктует необходимость проведения дальнейших исследований в данном направлении.

Литературные данные, освещающие проблему лечения объемных образований малого таза после гистерэктомии, немногочисленны и неоднозначны, при этом практически отсутствуют сведения, анализирующие лапароскопические методы лечения объемных образований малого таза после гистерэктомии. Все вышеизложенное послужило основанием для выполнения данной работы.

Цель исследования

Повышение эффективности диагностики и лечения объемных образований малого таза у пациенток, перенесших гистерэктомию.

Таблица 1

Характер основной патологии, выявленной при наличии объемных образований малого таза после гистерэктомии

Характер образований	Абс	%
Цистаденомы (истинные опухоли)	93	68,3
Простая серозная цистаденома	38	27,9
Муцинозная	18	13,2
Эндометриодная	37	27,2
Кисты (ретенционные)	21	15,4
Желтого тела	11	8,1
Фолликулярная	10	7,3
Гидросальпинкс	8	5,9
Серома	14	10,3
Всего	136	100

Материалы и методы

Работа выполнена на базе 31 городской клинической больницы г. Москвы за период с 2005 по 2008 гг. Для решения вопроса о частоте возникновения объемных образований малого таза у пациенток после гистерэктомий лапаротомическим и лапароскопическим доступами нами проведено скрининговое обследование пациенток, перенесших тотальную и субтотальную гистерэктомию. Из 211 лапаротомических операций тотальной и субтотальной гистерэктомии, выполненных в гинекологическом отделении 31 городской клинической больницы г. Москвы, у 7 пациенток выявлены объемные образования органов малого таза, что составило 3,3%. Из 200 лапароскопических операций тотальной и субтотальной гистерэктомии, выполненных в этом же учреждении, у 3 пациенток впоследствии выявлены объемные образования органов малого таза, что составило 1,5%. Анализу подвергнуты истории болезни 136 пациенток с объемными образованиями малого таза после тотальной и субтотальной гистерэктомии, обследованных и оперированных на базе 31 городской клинической больницы г. Москвы (гистерэктомии и ранее были произведены в различных лечебных учреждениях Москвы и России).

Средний возраст пациенток (медиана) составил 48 лет (квартили — 43 и 54 года). Минимальный возраст пациенток с объемными образованиями органов малого таза составил 27 лет, максимальный — 77 лет.

Характер объемных образований малого таза после гистерэктомии представлен в таблице 1.

Диагноз верифицирован при лапароскопии и патоморфологическом исследовании. Необходимо отметить, что **истинные опухоли яичников** имелись у большинства — 93 из 136 (68,3%) пациенток, что, ввиду выявления высокой частоты данной патологии, еще раз подчеркивает необходимость поэтапной клинической,

ультразвуковой и эндоскопической верификации объемных образований малого таза после гистерэктомии.

По результатам гистологического исследования яичниковые образования распределились следующим образом: простые серозные цистаденомы — у 38 (27,9%), муцинозные цистаденомы — у 18 (13,2%), эндометриодные кисты — у 37 (27,2%).

Ретенционные кисты имели место в 21 (15,4%) наблюдении, фолликулярные у — 10 (7,3%), желтого тела — у 11 (8,1%).

Хронические воспалительные образования малого таза — **гидросальпинксы** встретились у 8 (5,9%) пациенток, **серомы** (серозоцеле, доброкачественные кистозные мезотелиомы, воспалительные кисты брюшины) — у 14 (10,3%).

Анализ возраста, в котором выявлены объемные образования малого таза после гистерэктомий, показал, что эпителиальные опухоли яичника (простые серозные цистаденомы) и эндометриодные кисты чаще отмечались у пациенток в позднем репродуктивном и пременопаузальном периоде (71,4% и 78,4% соответственно). Напротив, муцинозные цистаденомы выявлены в периоде постменопаузы у всех больных. Ретенционные образования яичника (фолликулярные кисты, кисты желтого тела) диагностированы преимущественно (66,6%) в возрасте до 40 лет.

Серомы малого таза обнаружены у 5 больных в возрасте перименопаузы и постменопаузы, но наиболее часто встречались в возрасте от 61 до 77 лет. Гидросальпинксы у большинства пациенток (70%) были выявлены в позднем репродуктивном возрасте: медиана — 46 лет, квартили — 45 и 51 год.

У части пациенток наблюдалась сочетанная патология. Например, серома малого таза — частый диагноз при наличии объемных образований малого таза после гистерэктомии. Всего данная патология выявлена у 25 пациенток (у 14 — как единственный диагноз, у 11 пациенток патология была сочетанной: у 1 пациентки серома сочеталась с гидросальпинксом, у 4 — с простой серозной цистаденомой, у 3 — с муцинозной, у 3 — с эндометриомами).

Гидросальпинксы как основная патология встретились у 8 (5,9%) больных. Кроме этого, у 7 больных воспалительные образования — гидросальпинксы — сочетались с истинными опухолями и ретенционными образованиями яичников (у 4 — с эндометриомами, у 1 — с простой серозной цистаденомой, у 1 — с муцинозной цистаденомой, у 1 — с кистой желтого тела, у 1 — с серомой малого таза).

Обращает на себя внимание наличие отягощенной наследственности у 23,5% обследо-

Таблица 2

Частота и характер общехирургических вмешательств у обследованных больных

Характер образований	Авс	%
Операции общехирургического характера	55	40,4
Аппендэктомия	27	19,9
Холецистэктомия	11	8,1
Резекция сигмовидной кишки по поводу рака	1	0,7
Резекция тонкого кишечника по поводу непроходимости	1	0,7
Резекция слизистой желудка	1	0,7
Тонзиллэктомия	12	8,8
Флебэктомия	2	1,5
На молочных железах (резекция по поводу фиброаденомы)	4	2,9
Полипэктомия (из сигмовидной и прямой кишки)	2	1,4

ванных больных, в том числе онкопатология по материнской линии — у 18,4%, по отцовской линии — у 5,9%.

Достоверных различий в частоте и характере наследственных заболеваний у пациенток с различными объемными образованиями малого таза после гистерэктомии нами не выявлено.

В анамнезе у больных с различными объемными образованиями малого таза после гистерэктомии, помимо гистерэктомии (136 пациенток — 100%) и других гинекологических операций (16 пациенток — 11,8%), 38 (28%) пациенток имели оперативные вмешательства на органах брюшной полости (у 25 — аппендэктомия, у 9 — холецистэктомия, у 2 — и аппендэктомия и холецистэктомия, у 2 — операции на кишечнике).

Структура общехирургических вмешательств в анамнезе представлена в таблице 2.

Интерес представило изучение патологии у 2 пациенток, перенесших тяжелые хирургические вмешательства.

У пациентки, оперированной по поводу рака сигмовидной кишки (резекция), выявлена серома малого таза, хронический пельвиоперитонит.

У пациентки, перенесшей резекцию тонкой кишки по поводу острой тонкокишечной непроходимости — серома малого таза, хронический пельвиоперитонит.

Таким образом, если учитывать гинекологические операции (лапаротомии, лапароскопии и влагалищную экстирпацию матки) и общехирургические операции, связанные с вхождением в брюшную полость (лапаротомией), то до формирования объемных образований малого таза одно оперативное вмешательство (гистерэктомия) было у 83 (61%) пациенток, два оперативных

вмешательства — у 43 (31,6%), три — у 8 (5,9%), четыре — у 2 (1,5%).

Возраст пациенток на момент проведения тотальной и субтотальной гистерэктомии составил в среднем 42 года (медиана — 42 года, квартили — 39 и 46 лет). Минимальный возраст составил 23 года, максимальный — 65 лет. Исследование показало, что 68,4% пациенток на момент выполнения операции (гистерэктомии) были в репродуктивном периоде (возрасте от 23 до 44 лет).

Доступы для проведения гистерэктомии были следующими: лапаротомный — 99 (72,8%), лапароскопический — 33 (24,3%); влагалищный — 4 (2,9%). Лапаротомный доступ осуществлялся преимущественно разрезом по Пфанненштилю — у 89 (65,5%) больных (нижне-срединная лапаротомия выполнена 10 (7,3%) больным при наличии рубца после ранее проведенных вмешательств, а также у больных с миомой матки гигантских размеров). Методом лапароскопии выполнено 33 операции: 2 пациенткам с рецидивирующей гиперплазией эндометрия, 22 — с миомой матки, 9 — при сочетании миомы матки и аденомиоза.

Основными показаниями для проведения экстирпации матки были: наличие сочетанной патологии шейки матки (грубая рубцовая деформация шейки матки, фоновые заболевания, дисплазия шейки матки) и патология матки (полное и неполное выпадение матки — у 4, аденомиоз — у 1, рецидивирующая гиперплазия — у 1, миома матки больших размеров — 5 наблюдений) у 9 больных. У 2 больных экстирпация матки произведена в послеродовом периоде (у 1 — гипотоническое кровотечение, у 1 — эндометрит, перитонит в послеродовом периоде). Все 17 аднексэктомий, выполненных одновременно с гистерэктомией, были обусловлены наличием патологического образования одного из яичников.

Всем больным осуществлялось **общеклиническое стандартное лабораторное и гинекологическое обследование. Ультразвуковое исследование** включало трансвагинальное и трансабдоминальное исследование с применением **цветового доплеровского картирования и доплерометрии. Определение концентрации онкомаркера СА-125** проводилось методом иммуноферментного анализа. **Лапароскопию** производили по методике, разработанной в клинике. Окончательный диагноз характера патологии яичников устанавливался на основании **гистологического исследования** препаратов удаленных яичниковых образований.

Структура выявленных нами объемных образований малого таза была следующей: простые серозные цистаденомы у 38 (27,9%), муциноз-

ные цистаденомы — у 18 (13,2%), эндометриоидные — у 37 (27,2%). Ретенционные образования имели место у 21 (15,4%) обследованной, фолликулярные кисты — у 10 (7,3%), кисты желтого тела — у 11 (8,1%). Хронические воспалительные образования малого таза — гидросальпинксы — у 8 (5,9%) пациенток, серомы (или воспалительные кисты брюшины) — у 14 (10,3%).

Частота выявления патологических объемных образований органов малого таза после гистерэктомий (2,4%) и высокая частота в их структуре истинных опухолей яичников (68,3%) диктует необходимость поэтапной клинической, ультразвуковой и эндоскопической верификации образований.

Анализируя клиническую картину заболевания, необходимо отметить бессимптомное его течение у 86 (63,2%) пациенток — патологические образования малого таза выявлены при осмотре и/или УЗИ. Только у трети пациенток — 50 чел. (36,8%) заболевание проявлялось клинически: больные предъявляли жалобы на боли внизу живота и в области поясницы.

Экстрагенитальная патология наблюдалась у 113 (83,1%) больных с объемными образованиями малого таза после гистерэктомии. Среди экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта — 47,1%, сердечно-сосудистые заболевания — 44,1%. Наиболее часто объемные образования малого таза, независимо от их характера, возникшие после гистерэктомий, отмечались у пациенток с избыточной массой тела — 56,6% всех наблюдений (ожирение I степени у 39% из них, II ст. — у 15,4% и III ст. — у 2,2%)

В анамнезе у больных, помимо основной операции гистерэктомии (100%) и других гинекологических операций (16,9%), 30,1% пациенток имели оперативные вмешательства на органах брюшной полости (аппендэктомия, холецистэктомия и пр.). Одно оперативное вмешательство (гистерэктомия) было у 83 (61%) пациенток, два — у 43 (31,6%), три — у 8 (5,9%), четыре — у 2 (1,5%). Вследствие этого спаечный процесс в брюшной полости и полости малого таза выявлен нами у 100 (77,9%) пациенток. Касаясь развития спаечного процесса после вмешательств различными доступами, необходимо отметить, что практически у всех (98%) пациенток после гистерэктомии лапаротомическим доступом выявлены различные сращения, после гистерэктомии лапароскопическим доступом — лишь у 9,1% больных. При использовании лапаротомического доступа достоверных различий частоты формирования спаек болезни после операции надвлагалищной ампутации и экс-

тирпации матки не выявлено — 96,7% и 88,9% соответственно.

Спаечный процесс выявлен у всех больных с воспалительными образованиями — гидросальпинксами — (100%) и серомами брюшной полости, поскольку это является основой их формирования. У больных с эндометриозом спаечный процесс выявлялся в 86,5% случаев, серозными цистаденомами — в 68,4%, муцинозными — в 88,8%.

Достоверно чаще спаечный процесс после гистерэктомии наблюдался у больных с избыточной массой тела, воспалительными патологическими образованиями малого таза, эндометриозом, при использовании лапаротомного доступа.

Бесспорно, что в настоящее время одно из ведущих мест среди методов диагностики новообразований яичников занимает ультразвуковое исследование. Анализируя информативность УЗИ при различных нозологических формах выявлено, что чувствительность метода у больных с **простыми серозными цистаденомами** составила 89,5%, положительная диагностическая значимость — 91,9%; точность — 82,9%. При проведении ЦДК кровотоков в капсуле серозных цистаденом регистрировался в 61,8% наблюдений со средним индексом резистентности (**ИР**) 0,59.

Чувствительность метода УЗИ у больных с **муцинозными цистаденомами** составила 83,3%, положительная диагностическая значимость — 93,8%, точность — 78,9%. При проведении ЦДК регистрировался артериальный кровоток в капсуле и перегородках образования у 41,2% больных, ИР составил в среднем 0,52.

Чувствительность метода УЗИ у больных с **эндометриоидными кистами яичников** составила 94,6%, положительная диагностическая значимость — 94,6%, точность — 89,7%. При использовании ЦДК в капсуле у 50% больных с эндометриоидными кистами регистрировался высокорезистентный артериальный кровоток со средним ИР 0,66.

У пациенток с гидросальпинксами чувствительность метода составила **87,5%**, положительная диагностическая значимость — **87,5%**, точность — **77,8%**.

Чувствительность метода УЗИ у больных с серомами (серозоцеле) составила 78,6%, положительная диагностическая значимость — 91,7%, точность — 73,3%. Следует отметить, что у пациенток с данными патологическими образованиями метод УЗИ имел неопределимое значение не только в диагностике, но и при проведении пункции образований и последующей оценке результатов пункционного лечения.

Чувствительность метода УЗИ у больных с функциональными (ретенционными) кистами яичников была высокой и составила 88,9%, положительная диагностическая значимость — 100%, точность — 88,9%. Высокая информативность метода УЗИ и возможность неоднократного его использования в процессе наблюдения и лечения позволила исключить наличие истинных опухолевых процессов у 12 (8,8%) больных, у которых в течение первого года после гистерэктомии лапароскопическим доступом были выявлены различные объемные образования малого таза. У данных пациенток диагностированы ретенционные (функциональные) кисты яичников, регрессировавшие при проведении консервативного лечения и не потребовавшие оперативного вмешательства.

Согласно нашим данным, информативность метода УЗИ у больных со спаечным процессом составила: чувствительность — 94%, положительная диагностическая значимость — 100%, точность — 94%. Однако, непосредственно сращения визуализировались только у 15 (15%) пациенток. Кровоток в виде единичных цветковых локусов выявлен только у 3 из 15 пациенток.

Современный подход к диагностике опухолей яичника подразумевает **использование опухолевых маркеров**. Концентрация онкомаркера СА-125 у пациенток с эндометриоидными кистами яичников (медиана — 24,5 Ед/мл) и муцинозными цистаденомами (медиана — 17,5 Ед/мл) была достоверно выше, чем у других обследованных пациенток, однако при этом в наших наблюдениях не встретилось повышенного содержания онкомаркера СА-125 ни у одной больной, что полностью соответствовало клиническим и морфологическим данным.

Лечение

11 пациенткам с серомами, учитывая высокий риск оперативного вмешательства — средний возраст 70 лет, наличие экстрагенитальной патологии, ожирения и выраженного спаечного процесса произведена **пункция образований через свод влагалища** под контролем УЗИ. В течение 6 месяцев после пункции у 4 из 11 пациенток выявлен рецидив серомы, что потребовало проведения повторной пункции. После проведения повторной пункции за период наблюдения до двух лет рецидива заболевания отмечено не было, наблюдение продолжается.

Лапароскопия проведена 113 (83,1%) пациенткам.

Для предотвращения тяжелых осложнений в процессе проведения эндоскопических операций в условиях спаечного процесса мы применяли следующие приемы:

- использовали область левого подреберья для создания пневмоперитонеума;
- рассечение сращений между париетальной брюшиной, сальником, петлями кишечника производили поэтапно в бессосудистых участках; захват тканей и манипуляции осуществляли с помощью атравматических зажимов.

После мобилизации придатков матки проводили основной этап удаления опухолей. Методика проведения аднексэктомии базировалась на использовании монополярной или биполярной коагуляции для гемостаза и отсечения тканей. Мы считаем, что технически проще и безопаснее производить аднексэктомию не по традиционной методике, а начав отделение тканей со стороны воронко-тазовой связи.

Объем лапароскопического лечения

Из 38 больных с серозными цистаденомами односторонняя аднексэктомия произведена 34 (89,5%) пациенткам; двухсторонняя — 4 (10,5%) пациенткам в возрасте пери- и постменопаузы.

Учитывая, что все 18 пациенток с муцинозными цистаденомами были в возрасте постменопаузы, 16 (88,9%) из них была произведена двухсторонняя аднексэктомия, 2 (11,1%) пациенткам произведена односторонняя аднексэктомия (контралатеральные придатки удалены ранее).

33 (89,1%) из 37 пациенток с эндометриоидными кистами произведена односторонняя аднексэктомия, 1 (2,7%) — двухсторонняя аднексэктомия. 3 (8,1%) больным произведено удаление (вылущивание) эндометриоидной кисты. 25 (67,6%) больным было произведено разделение обширных сращений. Коагуляция очагов эндометриоза произведена 3 (8,1%) пациенткам.

С функциональными (ретенционными) кистами оперировано 9 пациенток, средний возраст составил 38 лет. Объем вмешательств был самым щадящим: 4 (38,2%) пациенткам произведена односторонняя аднексэктомия, 5 (47,3%) — вылущивание кист (цистэктомия). Необходимо отметить, что даже интраоперационно все образования были расценены как истинные опухоли — серозные цистаденомы, и только патоморфологическое исследование выявило их ретенционный характер.

С гидросальпинксами оперировано 8 пациенток. Одной больной (12,5%) произведена аднексэктомия, 7 (87,5%) — тубэктомия.

Трем больным с серомами произведено разделение сращений и опорожнение сером.

Точность лапароскопической интраоперационной диагностики различных форм объемных образований органов малого таза после гистерэктомии при их морфологической верификации составила 92% за счет трудностей проведения интраоперационной дифференциальной диагностики сероз-

ных цистаденом и ретенционных образований в условиях спаечного процесса. У остальных больных (муцинозные цистаденомы, эндометриомы, гидросальпинксы, серомы) лапароскопия имела 100%-ную дифференциально-диагностическую значимость.

Интраоперационные осложнения не встретились ни у одной из пациенток, кровопотеря не превысила 150 мл. В послеоперационном периоде осложнений также отмечено не было. Длительность пребывания пациенток в стационаре колебалась от 2 до 4 дней и в среднем составила 3 дня. В последующем при наблюдении в течение 1,5–3 лет патологических образований в области малого таза выявлено не было.

Методом выбора диагностики и лечения пациенток с объемными образованиями малого таза после гистерэктомии является лапароскопия.

Использование лапароскопического доступа позволяет провести адекватное хирургическое пособие, сократить пребывание больных в стационаре и реабилитационный период. Эффективность лапароскопического вмешательства (ближайшие и отдаленные результаты при сроках наблюдения до 3 лет) оказалась максимальной.

Выводы

Частота выявления патологических объемных образований органов малого таза после гистерэктомий, произведенных лапаротомным доступом, составила 3,3%, лапароскопическим доступом — 1,5%. Структура: простые серозные цистаденомы — 27,9%, муцинозные цистаденомы — 13,2%, эндометриоидные кисты — 27,2%, ретенционные кисты — у 15,4%, гидросальпинксы — 5,9%, серомы — 10,3%. У 77,9% пациенток с объемными образованиями малого таза после гистерэктомии выявлен спаечный процесс (после лапаротомии — у 96% больных, после лапароскопии — у 9,1%). Достоверно чаще спаечный процесс наблюдался у больных с избыточной массой тела, гидросальпинксами, серомами, эндометриомами. Чувствительность метода УЗИ у больных с простыми серозными цистаденомами составила 89,5%, специфичность — 91,9%, точность — 82,9%; у больных с муцинозными цистаденомами — 83,3%, 93,8%, 78,9%; эндометриоидными кистами — 94,6%, 94,6%, 89,7% соответственно. У пациенток с гидросальпинксами чувствительность метода составила 87,5%, специфичность — 87,5%, точность — 77,8%, серомами — 78,6%, 91,7%, 73,3%; функциональными кистами яичников — 88,9%, 100%, 88,9% соответственно. Чувствительность метода УЗИ у больных со спаечным процессом составила 94%, специфичность — 100%, точность — 94%.

Концентрация онкомаркера СА-125 у пациенток с эндометриоидными кистами яичников (медиана — 24,5 Ед/мл) и муцинозными цистаденомами (медиана — 17,5 Ед/мл) была достоверно выше, чем у других обследованных пациенток, но при этом она не выходила за пределы нормативных значений. Точность лапароскопической интраоперационной диагностики различных форм объемных образований органов малого таза после гистерэктомии составила 92% за счет трудностей проведения дифференциальной диагностики серозных цистаденом и ретенционных кист яичника в условиях спаечного процесса. У остальных больных (муцинозные цистаденомы, эндометриомы, гидросальпинксы, серомы) лапароскопия имела 100%-ную дифференциально-диагностическую значимость. Лапароскопия является методом выбора диагностики и оперативного доступа при наличии объемных образований органов малого таза после гистерэктомии. Использование лапароскопического доступа позволяет провести адекватное хирургическое пособие, сократить пребывание больных в стационаре и реабилитационный период. Эффективность лапароскопического вмешательства (ближайшие и отдаленные результаты при сроках наблюдения до 3 лет) оказалась максимальной. Эффективность пункционного лечения объемных образований органов малого таза после гистерэктомии составила 63,6%.

Литература

1. A randomized study of total abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy / Ribeiro S. C. [et al.] // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 2003. — Vol. 83, N1. — P. 37–43.
2. Changes in ovaries after hysterectomy / Pityński K. [et al.] // *Przegl. Lek.* — 2001. — Vol. 58, N7–8. — P. 805–808.
3. Ellis H. Mediollegal consequences of postoperative intra-abdominal adhesions // *J. R. Soc. Med.* — 2001. — Vol. 94, N7. — P. 331–332.
4. Pete I., Tóth V., Bösze P. The value of colposcopy in screening cervical carcinoma // *Eur. J. Gynaecol. Oncol.* — 1998. — Vol. 19, N2. — P. 120–122.
5. Plöckinger B., Kölbl H. Development of ovarian pathology after hysterectomy without oophorectomy // *J. Am. Coll. Surg.* — 1994. — Vol. 178, N6. — P. 581–585.
6. Safety aspects of laparoscopic hysterectomy / Harkki P. [et al.] // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 2001. — Vol. 80, N5. — P. 383–391.
7. The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy / Garry R. [et al.] // *BMJ.* — 2004. — Vol. 328, N7432. — P. 129.
8. Wattiez A., Cohen S. B., Selvaggi L. Laparoscopic hysterectomy // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2002. — Vol. 14, N4. — P. 417–422.

Статья представлена В. Ф. Беженарем,
ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

LAPAROSCOPY IN TREATMENT OF VOLUME FORMATIONS OF THE PELVIC AFTER HYSTERECTOMY

Shtyrov S. V., Breusenko V. G., Martynenko N. V.

■ **Summary:** From 211 laparotomy total and subtotal hysterectomy, 31 city clinical hospitals of Moscow executed, at 7 are revealed volume formations of pelvic that has made 3,3%. From 200 laparotomy operations total and subtotal hysterectomy, executed in the same establishment, at 3 patients volume formations of pelvic that has made 1,5% subsequently are revealed.

Case records of 136 patients with volume formations of pelvic after total and subtotal hysterectomy are subjected the analysis. It is revealed: simple serous cysts — 27,9%, mucinous cysts — 13,2%,

endometriomas — 27,2%, functional cysts — at 15,4%, hydrosalpinx — 5,9%, seromas — 10,3%. At 77,9% of patients with volume formations of pelvic after hysterectomy adhesive process (after laparotomy — at 96% of pts, after a laparoscopy — at 9,1% is revealed. Authentically more often adhesive process was observed at patients with superfluous weight of a body, hydrosalpinx, seromas, endometriomas. The laparoscopy is a method of a choice of diagnostics and operative access in the presence of volume formations of pelvic after hysterectomy. Use laparoscopy allows to spend the adequate surgical grant, to reduce stay of patients in a hospital and the rehabilitation period. Efficiency laparoscypical interventions (the nearest and remote results at terms of supervision till 3 years) has appeared maximum. Efficiency puncture treatments of volume formations of pelvic after hysterectomy has made 63,6%.

■ **Key words:** laparoscopy; hysterectomy; cystadenoma; hydrosalpinx; seroma.

■ Адреса авторов для переписки

Штыров Сергей Вячеславович — д. м. н., профессор.
Российский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета.
117415, Москва, ул. Лобачевского, 42.
E-mail: 7630122@mail.ru

Бреусенко Валентина Григорьевна — д. м. н., профессор.
Российский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета.
117415, Москва, ул. Лобачевского, 42.
E-mail: 7630122@mail.ru

Мартыненко Нина Владимировна — аспирант.
Российский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета.
117415, Москва, ул. Лобачевского, 42.
E-mail: 7630122@mail.ru

Shtyrov Sergey V. — PhD, professor.
Russian State Medical University, department of obstetrics and gynecology.
117415 Moscow, 42 Lobachevskogo str.
E-mail: 7630122@mail.ru

Breusenko Valentina — PhD, professor.
Russian State Medical University, department of obstetrics and gynecology.
117415 Moscow, 42 Lobachevskogo str.
E-mail: 7630122@mail.ru

Martynenko Nina — postgraduate researcher.
Russian State Medical University, department of obstetrics and gynecology.
117415 Moscow, 42 Lobachevskogo str.
E-mail: 7630122@mail.ru