

мин.), объем кровопотери составил 70 ± 20 мл (в группе сравнения — 300 ± 50 мл), интра- и послеоперационные осложнения — 5 % (в группе сравнения — 15 %), послеоперационный койко-день составил 5 ± 1 (в группе сравнения — 8 ± 3).

Вывод. Таким образом, опыт выполнения гистерэктомии эндовидеохирургическим способом

показал свою целесообразность. Преимущество лапароскопического доступа над лапаротомическим заключается в меньшей операционной травме, в снижении кровопотери в 4 раза, в уменьшении интра- и послеоперационных осложнений, и в сокращении длительности пребывания пациентов в стационаре в 1,5–2 раза.

Бушкова О. Н., Павлова С. А., Борисов А. А., Колчина М. А.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПК ФМБА РФ, Клиническая больница № 6 ФМБА РФ, Москва, Россия

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Актуальность проблемы. Лапароскопическая гистерэктомия в последние годы прочно вошла в повседневную гинекологическую практику. Лапароскопический доступ имеет много преимуществ: оптическое увеличение при визуализации анатомии и патологических изменений, легкость достижения сводов влагалища, возможность обеспечения полного гемостаза и удаления сгустков крови в процессе санации брюшной полости. Преимущества для пациентки включают: отсутствие большого разреза передней брюшной стенки, причиняющего боль, сокращение сроков госпитализации и выздоровления и более низкая частота инфекционных осложнений и непроходимости кишечника.

Материал и методы. В гинекологическом отделении Клинической больницы № 6 с апреля 2005 г. по январь 2006 г. было произведено 48 лапароскопических гистерэктомий, из них 38 (79,2 %) — субтотальные лапароскопические гистерэктомии и 10 (20,8 %) — тотальные лапароскопические гистерэктомии. Возраст пациенток колебался от 39 до 62 лет. Показаниями к выполнению лапароскопической гистерэктомии явились: миома матки с подслизистой локализацией узлов в сочетании с внутренним эндометриозом у 28 (58,3 %) пациенток, сочетание миомы матки и доброкачественных опухолей яичников у 8 (16,6 %) пациенток, миома матки и рецидивирующая гиперплазия эндометрия у 2 (4,2 %) пациенток. Показаниями к лапароскопической тотальной гистерэктомии явились: шеечно-перешеечная локализация миоматозных узлов, патологические изменения шейки матки: эндометриоз шейки матки, дисплазия шейки матки, эктропион и рубцовая деформация шейки матки, рецидивирующий полип цервикального канала. Перед операцией всем пациенткам проведено комплексное обследование: общеклиническое, ультразвуковое исследование органов малого таза, расширенная кольпоскопия и цитологическое исследование мазков-отпечатков, морфологическое исследование

состояния эндометрия (гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание) и биопсия шейки матки по показаниям. Лапароскопическая гистерэктомия выполнялась с помощью оборудования фирмы «Азимут» (Россия). Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. При субтотальных и тотальных гистерэктомиях мы пользуемся внутриматочным манипулятором фирмы «Крыло» (Россия) с соответствующими наконечниками.

Результаты исследования. Мы использовали следующую технику операций лапароскопической надвлагалищной ампутации и экстирпации матки. Матка фиксировалась с помощью маточного манипулятора. Круглые связки матки, связочный аппарат придатков матки (при удалении яичников) пересекали с помощью аппарата LigaSure (Тусо) — 10 мм эндоскопического инструмента со встроенными ножницами, который осуществляет биполярную коагуляцию и разрезает ткани, что позволяет экономить время на замену инструментов в ходе операции. Вскрывали пузырно-маточную складку, отсепаровывали мочевой пузырь вниз тупым путем от передней стенки шейки матки и стенки влагалища. Отсепаровывали задний листок широкой связки вдоль ребра матки, что позволяет сместить мочеточник в латеральную сторону (максимально увеличивается расстояние от мочеточника до места вхождения маточных сосудов в матку), маточные сосуды лигировали с помощью аппарата LigaSure. После этого матку (тело матки) отсекали от сводов влагалища (шейки матки) монополярными электродами, влагалище ушивали лапароскопическим швом с экстракорпоральным завязыванием узлов. В случае выполнения субтотальной гистерэктомии производили электрокоагуляцию цервикального канала, перитонизацию культи шейки матки и удаление тела матки из брюшной полости с использованием морцеллятора. Окончательный контроль гемостаза осуществлялся в положении Тренделенбурга

после заполнения малого таза физиологическим раствором. Длительность операции колебалась от 45 до 140 мин. Кровопотеря составила 50 — 300 мл. Было отмечено 1 осложнение — ранение мочевого пузыря в области дна, которое было сразу распознано и устранено интраоперационно, произведено ушивание раны путем наложения эндоскопических узловых двухрядных викриловых швов. В послеоперационном периоде в течение 7

дней осуществлялась постоянная катетеризация мочевого пузыря. Исход — выздоровление.

Вывод. Таким образом, по нашему мнению, аппарат LigaSure обеспечивает надежный гемостаз маточных сосудов. При наличии квалифицированной хирургической бригады, необходимого оборудования и инструментов лапароскопический доступ для удаления матки является эффективным и безопасным.

¹Гайворонский И. В., ²Берлев И. В.,
²Кузнецов С. В.

¹Кафедра нормальной анатомии,

²кафедра акушерства и гинекологии ВМедА,
Санкт-Петербург, Россия

ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МАТКИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ У ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН

Актуальность проблемы. Хирургическая тактика меняется по мере того, как хирурги становятся более опытными в выполнении операции, и по мере совершенствования лапароскопических инструментов. Единственное, что остается неизменным, — это анатомия исследуемых структур у конкретного человека, в целом же она характеризуется чрезвычайно выраженной вариабельностью. Изучение особенностей кровоснабжения матки в различные возрастные периоды у взрослой женщины является важным аспектом современной оперативной гинекологии.

Цель: изучить особенности и варианты кровоснабжения матки в зависимости от возраста женщины.

Материал и методы. Объектом исследования явились 51 фиксированный и нефиксированный органокомплексы женских половых органов. Во всех наблюдениях беременность отсутствовала. В зависимости от возраста они были распределены на 3 группы. В первой группе (23–35 лет — I зрелый период) — 23, во второй группе (35–60 лет — II зрелый период) — 14, в третьей (61–74 года — пожилой возраст) — 14. Распределение исследуемого материала по возрастным группам осуществлялось в соответствии с возрастной периодизацией, которая была предложена В.В.Бунаком (1941), И.А.Аршавским (1965) и рекомендована 7-ой научной конференцией по возрастной морфологии, физиологии и биохимии АМН СССР (Москва, 1965 г.). Сосуды органокомплекса заполнялись через ветви внутренней подвздошной артерии силиконом с рентгеноконтрастным веществом, и, далее, проводилась рентгенография малого таза в различных плоскостях. После фиксации формалином проводили препарирование сосудов, кровоснабжающих внутренние женские половые органы.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования были отмечены следующие особенности кровоснабжения матки: в пер-

вой возрастной группе кровоснабжение матки осуществлялось через *a. uterinae*, и анастомозирующие с ней ветви яичниковой артерии (*rr. ovarii*). Во второй возрастной группе в 21 % случаев наблюдалась облитерация маточной артерии в месте ее отхождения от внутренней подвздошной артерии, и рентгеноконтрастное вещество заполняло только *a. ovarica* и ее ветви. Подобная картина наблюдалась в третьей возрастной группе, где облитерация маточной артерии была отмечена в 49 % случаев. Выявлены существенные различия кровоснабжения матки в зависимости от ее функционального состояния. У нерожавших женщин маточная артерия прямолинейная. У рожавших женщин главной отличительной особенностью является извилистость ствола маточной артерии на всем протяжении. В качестве вариантов кровоснабжения матки следует отметить несколько видов отхождения маточной артерии от внутренней подвздошной артерии: в 43 % случаев маточная артерия являлась первой ветвью *a. glutea inferior*; в 41 % случаев маточная артерия начиналась между *a. glutea inferior* и *a. glutea superior*; в 8 % случаев маточная артерия являлась второй или третьей ветвью *a. glutea inferior*; в 8 % случаев маточная артерия являлась ветвью *a. iliaca interna*. Кроме того, имеются индивидуальные особенности отхождения влагалищных, трубных, спиральных ветвей.

Вывод. Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что диаметр и степень извилистости маточной артерии находятся в прямой зависимости от физиологического состояния матки. У большого числа женщин с возрастом происходит атрофия и последующая облитерация *a. uterinae* и кровоснабжение матки осуществляется через анастомозы ветвей яичниковой артерии. Выявленные варианты и особенности кровоснабжения матки имеют важное значение при выполнении гинекологических операций.