

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 раздельное 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-

копическом наложении швов для оптимального закрытия миометрия. Надрез делается монополярной иглой с немодулированной формой сигнала мощностью в 50 Вт. Аккуратно биполярно подсушивается артериальное кровотечение. По достижении псевдокапсулы миомы производится тракция миомы, при этом применяются острые и тупые рассечения. Экстенсивная электрохирургия, оказывающая тканевый эффект на нормальный миометрий, может вызвать предрасположение к некрозу, субоптимальному заживлению и привести к разрыву матки при беременности.

Многослойное восстановление: три слоя для интрамуральных узлов, два слоя для поверхностных дефектов и один слой для серозных узлов. 2-0 PDS для глубокого непрерывного слоя и 3/0 или 4/0 PDS для серозномышечного слоя.

Удаление миомы можно производить путем задней кольпотомии. Хирург должен быть готов к быстрой абдоминальной десуфляции. Наиболее быстрый и легкий путь это удаление миомы по

частям. Теперь появились электрические инструменты (морцелляторы), способные удалять опухоли или органы крупными частями.

Заключение. Лапароскопическая миомэктомия это деликатная операция, предназначенная для опытного хирурга, которая при правильном и успешном проведении восстанавливает матку до нормального размера и анатомии с ожиданием нормальной функции. Она требует дооперационного обсуждения, внутриоперационного планирования и мастерства в эндоскопическом наложении швов. При тщательном соблюдении всех этих пунктов она дает преимущества перед обычной миомэктомией, производимой лапаротомическим путем. Хирургические ошибки могут вызывать ятрогенную окклюзию труб, эндометриальную облитерацию или синехии и разрыв матки во время беременности. Прекрасное увеличение позволяет точно производить разрез и восстановление, а лапароскопический подход это оптимальный путь для миомэктомии.

Шапарнев А. В.

Больница Св. Георгия,
Санкт-Петербург, Россия

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Актуальность темы. В настоящее время поиск наиболее эффективных методик оперативного лечения и послеоперационного ведения пациенток гинекологического профиля продолжает оставаться актуальным как с медицинских, так и с экономических позиций.

Цель исследования. Изучение эффективности разработанной тактики ведения послеоперационного периода при гистерэктомиях, выполненных различными доступами.

Материалы и методы. Проведен клинико-лабораторный анализ 108 гистерэктомий, выполненных по различным показаниям лапароскопическим (24), лапаротомическим (62) и влагалищным доступом (22). В послеоперационном периоде оценивали выраженность болевого синдрома по визуальной и цифровой аналоговой шкале, динамику температурной реакции, двигательную активность (в баллах), перистальтику кишечника (в баллах), а также показатели, отражающие степень интоксикации (лейкоцитарный индекс интоксикации, количество лейкоцитов, изменения соотношения форменных элементов лейкограммы крови). Реакцию организма на проведенное вмешательство и его последствия оценивали по интегральным показателям лейког-

раммы — по адаптационным реакциям организма (по Л.Х. Гаркави) и «показателю состояния» (по К.С. Десятиченко). Адаптационные реакции отражают силу раздражителя, «показатель состояния» — степень выраженности стресса. Эффективность схем ведения послеоперационного периода оценивали по их влиянию на прогноз клинического течения.

Результаты. Вне зависимости от доступа клинически благоприятное течение послеоперационного периода (с менее выраженным болевым синдромом, меньшей степенью повышения температуры тела, более ранней и выраженной двигательной активностью и перистальтикой кишечника, более быстрой динамикой лабораторных показателей, отражающих степень интоксикации) отмечено на фоне антистрессовых адаптационных реакций и высоких значений «показателя состояния». Клинически неблагоприятное течение послеоперационного периода (с выраженными болями, значительным повышением температуры тела, поздней и ограниченной двигательной активностью, слабой перистальтикой кишечника, замедленной динамикой показателей интоксикации) наблюдалось на фоне адаптационной реакции стресса и низких значений «показателя