

гинекологическими операциями (группа 2) — 21 пациентка (19,6 %). Возраст пациенток колебался от 29 до 81 года.

Результаты исследования. Во всех случаях лечение больных предпринималось в плановом порядке по поводу одиночных кист, которые у 51 пациентки (47,7 %) располагались в правой почке и у 56 пациенток (52,3 %) в левой почке. Локализация кисты в верхнем сегменте почки наблюдалась в 32 случаях (29,9 %), в нижнем сегменте — в 47 случаях (43,9 %), по передней поверхности почки — в 8 случаях (7,4 %) и по задней поверхности почки — в 10 случаях (9,3 %). У 20 больных (9,3 %) кисты располагались парапелвикально. Показаниями для проведения симульных гинекологических вмешательств у больных 2-й группы явились в 6 случаях (28,6 %) миома матки и аденомиоз, в 7 случаях (33,3 %) наружный генитальный эндометриоз (НГЭ), выявленный в ходе основного этапа операции, в 5-ти (23,8 %) — кистозные изменения и цистаденомы яичников, в 3-х (14,3 %) — трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ). Тотальная лапароскопическая гистерэктомия (TLH) была выполнена 3 больным с миомой матки, субтотальная пангистерэктомия (STLH) — 1 больной с миомой матки и 1 с цистаденомой яичника в постменопаузе, 5 больным репродуктивного возраста с субсерозной и интрамурально-субсерозной локализацией миоматозных узлов выполняли миомэктомию, у 3-х из них в сочетании с коагуляцией очагов НГЭ. Также 4 больным с цистаденомами яичников в 3 случаях выполняли цистаденомэктомию. Пациенткам 1 группы применяли практически с равной частотой трансперитонеальный доступ (40,7 %) и ретроперитонеальный доступ (45,3 %), а также в 12 случаях (14,0 %) был избран метод чрескожной пункции. В то же время у пациенток с симульными операциями отдавали предпочтение транс-

перитонеальному доступу (71,4 %), применение которого позволяет выполнить симульное вмешательство без наложения дополнительных троакарных отверстий. К ретроперитонеальному доступу были вынуждены прибегнуть только в 6 случаях (28,6 %), ввиду локализации кисты на задней поверхности почки, при этом для осуществления гинекологического этапа операции применяли дополнительно трансперитонеальный доступ, типичный для хирурга-гинеколога.

Выводы. 1) Разработанные методики симульных лапароскопических оперативных вмешательств позволяют эффективно осуществлять одномоментное оперативное лечение больных с сочетанными простыми кистами почек и гинекологической патологией с использованием минимального количества операционных доступов и без значительного повышения продолжительности операции. 2) Выбор эндовидеохирургического доступа у гинекологических больных с сочетанной патологией почек должен определяться индивидуально с учетом локализации кисты почки. При расположении кисты по передней поверхности почки и в переднее-верхнем сегменте удобнее чреобрюшинный доступ, а при кистах заднее-нижнего сегмента и задней поверхности — внебрюшинный доступ. Ретроперитонеоскопические операции при кистах почек следует выполнять в положении больной на боку для обеспечения спонтанной ретракции органов брюшной полости и уменьшения количества эндопортов для ретракторов. При этом гинекологический этап операции выполняется последовательно за хирургическим. При эндовидеохирургических операциях с трансперитонеальным доступом к почке оптимальным является положение больной на спине с боковым наклоном операционного стола. При этом гинекологический этап операции выполняется в первую очередь.

¹Ищенко А.И., ¹Александров Л.С.,
²Шулутко А.М., ¹Ведерникова Н.В.,
¹Жолобова М.Н., ¹Шишков А.М.

¹Кафедра акушерства и гинекологии № 1,

²кафедра хирургических болезней № 2,

Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова,
Россия

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой сочетания заболеваний женской половой сферы с экстрагенитальной хирургической патологией, требующих оперативной коррекции. По данным российских исследователей, частота

сочетанных заболеваний, подлежащих оперативному лечению, составляет от 2,8 % до 63 %. Однако, доля симульных операций остается низкой и не превышает 1,5–6 %.

Материал и методы. В проведенное клиничес-

кое исследование были включены 272 пациентки. Основную группу составили 218 (80,1 %) женщин, которым были выполнены симультанные операции с применением как мини-инвазивных, так и традиционных методов; контрольную — 54 (19,9 %) пациентки, перенесшие изолированные оперативные вмешательства на органах малого таза.

Результаты исследования. Оценка полученных клинических результатов показывает, что при индивидуальном подборе больных с учетом

возможных противопоказаний, компенсаторных возможностей организма, адекватной предоперационной подготовке, всестороннем комплексном предоперационном обследовании, правильно выбранном методе оперативного вмешательства, увеличение объема операции не оказывает заметного влияния на степень травматичности операции, не способствует значительному увеличению числа послеоперационных осложнений и летальных исходов.

¹Ищенко А.И., ²Шулутко А.М.,
¹Александров Л.С.,
¹Ведерникова Н.В., ¹Жолобова М.Н.

¹Кафедра акушерства и гинекологии №1,
²кафедра хирургических болезней №2,
Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова,
Россия

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Актуальность проблемы. Особый интерес вызывает выполнение эндоскопических операций у гинекологических больных с паховыми грыжами. По данным литературы, на долю паховых грыж у женщин приходится до 56 %. Иногда болевой синдром, связанный с ущемлением органов брюшной полости в небольших паховых грыжах, не определяемых наружными методами, является неприятной операционной находкой. Так, по данным Braun R.B. (1994) при интраоперационной ревизии выявляется до 19,7 % предварительно не диагностированных коллатеральных грыж. В связи с этим возможность выполнения одномоментной эндоскопической герниопластики во время проведения лапароскопических операций на органах малого таза имеет большое значение.

Материал и методы. Нами выполнено 12 лапароскопических симультанных вмешательств на органах малого таза, сопряженных с лапароскопической герниопластикой. Показанием к си-

мультианной лапароскопической герниопластике мы считали наличие у больной неущемленной паховой грыжи. Противопоказанием: грубые органические изменения в паховой области; большой размер грыжи; наличие ущемленной или невправимой грыжи; гнойно-воспалительный процесс в малом тазу; осложненное течение гинекологического этапа оперативного вмешательства.

Результаты исследования. При выполнении симультанных эндоскопических операций первым всегда выполнялся гинекологический этап, вторым — герниопластика. Лапароскопическая герниопластика выполнялась с применением аллотрансплантатов по методу J. D. Corbitt в модификации А. Д. Тимошина.

Вывод. Таким образом, выполнение одномоментной герниопластики у гинекологических больных с учетом показаний и противопоказаний является вполне оправданным и может быть рекомендовано для более широкого применения в клинической практике.