

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

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 мочевого 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