

ВЛАГАЛИЩНЫЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ПРИДАТКОВ

© Б. Л. Цивьян, С. В. Варданян, А. В. Шапарнев, М. Н. Кузьмина, Ш. А. Казымов, М. М. Гасанов

Городская больница № 40;

Медицинская Академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Забвение, которому был предан вагинальный доступ в России после Великой Отечественной войны, абсолютно не обосновано. Одной из наших первоочередных задач мы считаем его возрождение.

Материал и методы

Проведен анализ 491 случая оперативных вмешательств, выполненных влагалищным доступом с 1996 по 2008 гг. Из них влагалищных гистерэктомий 443 (90%), у 10 (2,3%) — чревосечения в анамнезе. Возраст прооперированных больных от 24 до 76 лет. Показанием к операции была симптомная миома матки, осложненная анемизацией, болевым синдромом, гиперпластические процессы эндометрия, аденомиоз, субмукозная миома матки, доброкачественные опухоли яичников в сочетании с миомой матки или без нее. Влагалищная консервативная миомэктомия произведена 24 (5%) пациенткам в возрасте от 24 до 48 лет. Показаниями были болевой синдром, субсерозная миома матки, меноррагия, вторичное бесплодие. Размер матки в исследуемой группе колебался от 7 до 12 недель беременности. Диаметр узлов варьировал от 1 до 8 см, а количество удаленных миоматозных узлов от 1 до 4. По поводу опухоли яичника вагинальным доступом прооперировано 24 (5%) пациентки в возрасте от 42 до 76 лет. Показанием к операции были доброкачественные опухоли яичников в сочетании с патологией матки или без нее. Размеры опухолей варьировали от 1 до 11 см в диаметре. Двусторонний характер поражения отмечен в одном случае. Цистовариоэктомия произведена в 8 случаях, аднексэктомия в 2, пангистерэктомия в 4 и гистерэктомия с односторонним удалением придатков в 10 случаях.

Вагинальную гистерэктомию проводили по общепринятой методике. Для экстракции матки больше 10–11 недель использовали технику биссекции, коринга или морцелляции. Вагинальную миомэктомию производили через заднюю кольпотомию, с выведением матки во влагалище и без него. Удаление крупных узлов производили кускованием или морцелляцией. Вагинальную цистовариоэктомию, аднексэктомию проводили также через заднюю кольпотомию. После удаления опухоли проводилась обзорная кульдоскопия с оценкой состояния органов брюшной полости по оригинальной методике.

Результаты

Продолжительность гистерэктомии составила 65 ± 15 мин, объем кровопотери 110 ± 20 мл,

осложнений 2,7%, койко-день $3,5 \pm 0,5$, кровопотеря более 500 мл — 2. При консервативной миомэктомии среднее время операции составило 68 ± 19 минут, кровопотеря 230 ± 44 мл, койко-день $3,2 \pm 0,8$. Переход на традиционную операцию отмечен в 1 случае (4,2%) из-за размеров и локализации узла. Лапароскопическая ассистенция применена у 4 пациенток (16,7% случаев) со спаечным процессом в придатках. При вмешательствах на придатках средняя продолжительность операции 78 ± 11 мин, кровопотеря 124 ± 36 мл, средний койко-день $2,5 \pm 0,7$. При гистологическом исследовании все опухоли были признаны доброкачественными.

При выполнении вагинальной гистерэктомии мы встретились со следующими осложнениями: ранение мочевого пузыря — 1, ранение прямой кишки — 1, паракольтит — 9, конверсия — 8, кровотечения — 8, из них интраоперационные — 2 (более 800 мл, которые потребовали гемотрансфузии) и послеоперационные кровотечения — 6, которые потребовали Лс санации и дренирования брюшной полости — 2, ушивание культи влагалища — 2, консервативное ведение (тампонирование, гемостатическая терапия) — 2.

Заключение

1. По нашему мнению, большинство гистерэктомий можно и следует выполнять вагинально. При отборе кандидатов для вагинальной гистерэктомии наибольшее значение имеет не размер матки, а ее мобильность.

2. Вагинальная гистерэктомия может быть предложена практически любой рожавшей женщине репродуктивного и перименопаузального возраста.

3. Вагинальный доступ может быть применен у определенной группы пациенток для консервативной миомэктомии. Наиболее оптимальной для этого является субсерозная и субсерозно-интрамуральная локализация узлов до 7–8 см в диаметре по задней стенке и в области дна матки с количеством узлов до 4.

4. Вагинальный доступ, дополненный кульдоскопией, может быть альтернативой абдоминальному и при лечении доброкачественных опухолей яичников.

5. Операционная для проведения влагалищных операций должна быть укомплектована лапароскопической стойкой.