

© Е. Г. Зайцева<sup>1</sup>, А. А. Осокина<sup>1</sup>,  
В. Ф. Беженарь<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кировская областная клиническая  
больница, Киров;

<sup>2</sup> НИИ акушерства и гинекологии  
им. Д. О. Отта РАМН,  
Санкт-Петербург

## ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТКИ

■ В обзоре литературы представлены взгляды ведущих хирургов-гинекологов на возможности применения различных оперативных доступов при показаниях к хирургическому лечению сочетанной патологии матки.

■ **Ключевые слова:** оперативная гинекология; хирургические доступы; лапароскопия; вагинальная хирургия; миома матки; генитальный пролапс; стрессовое недержание мочи; TVT

Тенденции развития современной гинекологии характеризуются активным внедрением в практику методов хирургического лечения с применением новых технологий. Широкое использование в последнее десятилетие малоинвазивных методов в оперативной гинекологии способствовало изменению спектра гинекологических операций, совершенствованию методик, разработке новых типов вмешательств с использованием различных видов энергий действия на ткани [3, 13, 15, 16, 46]. Учитывая высокий современный уровень клинического обследования при подготовке к оперативному лечению, выявляются несколько проблем, требующих оперативной коррекции.

Так, в структуре современной гинекологической патологии аденомиоз занимает одно из ведущих мест и по различным данным встречается у 20–25 % женщин репродуктивного возраста [1, 11, 12, 26, 28, 34]. Примерно у 40 % из этих больных аденомиозу сопутствует миома матки. Учитывая, что операции чаще всего переносят женщины старше 30 лет у многих из них в той или иной степени определяется опущение стенок влагалища вплоть до выпадения матки, что считается признаком дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [13]. При этом часто в качестве осложнения пролапса, или самостоятельной патологией выступает недержание мочи при напряжении (НМПН) различной степени, что также характерно для женщин с присутствием системной ДСТ. На сегодняшний день по данным зарубежных и отечественных авторов [6, 18, 22], частота стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин составляет 3–36 %. По данным ряда авторов коррекция симптомов недержания у таких больных удастся лишь в 30–60 % случаев [9, 29, 32]. В этом случае перед доктором, определяющим показания к операции, встает вопрос о выборе метода оперативного лечения пациентки, имеющей не одну, а несколько патологий матки и ее связочного аппарата, а также выбора оптимального хирургического доступа.

История развития малоинвазивных эндоскопических технологий не так велика и насчитывает менее трех десятилетий. Первое сообщение об удалении матки эндоскопическим доступом относится к 1986 году, выполнено в США общепризнанным мировым экспертом в эндоскопической гинекологии доктором Н. Reich [41]. В 1991 году Wolenski и Pelosi отмечали, что в течение еще длительного времени лапароскопическая гистерэктомия не заменит влагалищной и абдоминальной гистерэктомии. Всемирно признанные авторитеты в эндоскопической хирургии утверждают, что нет ограничений для выполнения лапароскопической операции по удалению матки [2,

41, 45]. Опыт мировой хирургии свидетельствует в пользу того, что излишне конфронтационный, не пренебрегающий крайними суждениями путь развития, стремящийся к разработке «стандартных для всех» альтернатив, не всегда продуктивен [24]. По мере накопления опыта многие ведущие хирурги-гинекологи в своей практике начинают использовать комбинации доступов и технологий. Такие подходы помогают избежать серьезных интраоперационных проблем, сохранить статус малоинвазивного и высокотехнологичного вмешательства со всеми вытекающими отсюда позитивными для пациента последствиями [40, 42].

По данным мировой литературы у пациенток с наличием показаний к операции в 45 % случаев встречается сочетание миомы матки с аденомиозом, наличие миомы и пролапса гениталий разной степени в 18–30 % случаев и наличие миомы и недержания мочи в 10–35 % случаев. При распространенных и сочетанных формах эндометриоза с нарушениями функций или поражением эндометриозом соседних органов (кишечника, мочеточников, мочевого пузыря); при больших размерах эндометриоидных кист и сочетании эндометриоза с другими гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения и, что также важно, при отсутствии условий для выполнения адекватной операции при лапароскопии, доступом выбора является лапаротомия [24, 26]. Н. Н. Рухляда (2004) оценивал результаты различных доступов при сочетанной патологии матки [23]. Критериями оценки служили длительность стационарного лечения (койко-дни), частота развития и длительность субфебрилитета в послеоперационном периоде, длительность нетрудоспособности, процент больных с анемией, средняя интраоперационная кровопотеря, частота гнойно-воспалительных осложнений. Автором сделаны выводы о неоспоримом преимуществе тотальной лапароскопической гистерэктомии перед лапаротомными операциями. Выделенные противопоказания для лапароскопической операции включают — особенности анестезиологического пособия, необходимость создания положения по Тренделенбургу на протяжении 2–3 часов. В руководстве по оперативной гинекологии под редакцией В. И. Кулакова (1990) определены показания для абдоминальной гистерэктомии, и еще не рассмотрены показания и условия эндоскопической гистерэктомии. В этом же руководстве описана влагалищная экстирпация с указанием на то, что послеоперационное течение после влагалищной экстирпации, как правило, более легкое, чем при переднебрюшностеночном чревосечении [14]. С. С. Апетов и соавт. на большой группе пациентов провели сравнительный анализ лапароскопического и лапаротомного доступа при проведе-

нии гинекологических операций [4]. Представлены результаты обследования 240 больных в возрасте от 36 лет до 81 года, оперированных лапароскопическим (120 больных) и лапаротомическим (120 пациенток) доступами по поводу различной патологии внутренних гениталий с сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями (ИБС, артериальная гипертензия, ожирение, бронхиальная астма). Результаты суточного мониторинга ЭКГ, артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), спирометрии, оценка функции жизненно важных органов показали, что операционная травма при лапаротомическом доступе приводит к более выраженным гемодинамическим нарушениям: подъему АД, колебаниям ЧСС, транзиторным нарушениям трофики миокарда. Полученные данные свидетельствуют о меньшей травматичности и лучшей переносимости лапароскопических операций, более быстрой реабилитации, что делает лапароскопию наиболее приемлемым оперативным доступом у больных с компенсированной экстрагенитальной патологией в сравнении с лапаротомным доступом. Однако, по мнению С. Н. Буяновой, абдоминальный доступ при показаниях к оперативному лечению миомы матки по-прежнему остается актуальным [12].

### **Современные возможности вагинальных операций в лечении сочетанной патологии матки**

Вагинальный доступ в оперативной гинекологии известен еще с XIX века. В 1914 году Д. О. Отт в своей монографии «Оперативная гинекология» гениально описал вагинальный доступ при различной хирургической гинекологической патологии, что является актуальным и в XXI веке [20]. Последние несколько лет в акушерско-гинекологическую практику в клиниках России активно возвращается вагинальный доступ оперативных вмешательств. В литературе широко обсуждаются преимущества различных вариантов оперативных вмешательств [8]. Преимущества вагинального доступа неоспоримы при наличии сочетанной патологии матки, такой как пролапс гениталий, который достаточно часто сопровождается недержанием мочи при напряжении различной степени. Актуальность проблемы подчеркивается тем фактом, что гистерэктомия во всем мире остается наиболее частой гинекологической операцией. В. Н. Запорожан отмечает, что усовершенствование техники лапароскопии приводит к увеличению количества и спектра малоинвазивных вмешательств [7]. Автором сделан вывод на основании проведенных 1050 оперативных вмешательств, выполненных различными доступами, что опыт хирурга в выполнении лапароскопических гистерэктомий способствует усовершенствованию

техники операций и в то же время приводит к увеличению частоты влагалищных экстирпаций матки, которая имеет существенные экономические и социальные преимущества. Высказано предположение, что оптимальная частота лапароскопических экстирпаций матки должна составлять приблизительно 50 % среди общего числа радикальных гистерэктомий. А. И. Коликов и соавт. рассматривают возможности влагалищного оперативного доступа в лечении патологии матки, отмечая, что в настоящее время в оперативной гинекологии используется четыре хирургических доступа: абдоминальный, влагалищный, лапароскопический и комбинированный, объединяющий эндоскопический и влагалищный этапы операции [25]. Однако, несмотря на то, что в последнее десятилетие особую популярность приобретает лапароскопический доступ, анализ мировой литературы показывает, что более 70 % гинекологических операций, в частности гистерэктомий, до сих пор выполняется абдоминальным путем. Авторы отмечают преимущество вагинального доступа, заключающееся в том, что влагалищная операция практически во всех случаях может быть выполнена под эпидуральной анестезией, что обеспечивает сочетание отличной анестезии и такой же мышечной релаксации, а также продленного послеоперационного обезболивания. Это позволяет широко использовать влагалищный доступ в гинекологической практике. На современном этапе развития оперативной гинекологии просматривается четкая тенденция к расширению менее инвазивных (влагалищный и лапароскопический) доступов. Лапароскопический и влагалищный доступы не являются альтернативными, а главной целью внедрения их в клиническую практику является снижение лапаротомий.

А. И. Коликов и соавт. оценивали результаты выполнения влагалищных гистерэктомий по следующим параметрам: продолжительность оперативного вмешательства, объем кровопотери, вес макропрепарата, количество и характер послеоперационных осложнений, длительность пребывания в стационаре. Размеры и масса влияли на выбор типа операции. Абдоминальным доступом удалялись матки весом от 500 до 3000 г, влагалищным доступом от 110 до 1230 г, лапароскопическим доступом от 115 до 1150 г. Средняя кровопотеря при абдоминальной гистерэктомии ( $428 \pm 20$  мл) выше, чем при влагалищной ( $200 \pm 50$  мл) и лапароскопической ( $344 \pm 50$  мл). Частота осложнений при абдоминальной гистерэктомии 6,7 %, при влагалищной — 4,9 %, при лапароскопической — 2,9–3,0 %, имеется тенденция к снижению. Средняя длительность пребывания больных в стационаре при абдоминальной гистерэктомии выше, чем при влагалищной и лапароскопической гистерэктомии.

Автор делает выводы, что проведенный анализ доказывает выполнимость, целесообразность, эффективность и действенность вагинальных операций, накопление опыта в выполнении этих операций приведет к снижению лапаротомических вмешательств, сокращению осложнений, кровопотери, возрастанию доверия к менее инвазивным доступам. Л. В. Адамян отмечает, что традиционным и оптимальным подходом к коррекции несостоятельности мышц тазового дна, опущению или выпадению матки влагалища является влагалищный доступ [16]. При этом у пациенток, желающих сохранить репродуктивную функцию автором успешно используется комбинация лапароскопического и влагалищного доступов. Лапароскопическим путем выполняются различные варианты укорочения и укрепления связок матки. Влагалищным доступом — восстановление всех мышечных дефектов тазового дна с последующей кольпоррафией. В ряде случаев операции дополняются применением интравлагалищного слинга, но эффективность slingовых операций, по мнению Л. В. Адамян, пока еще только предстоит оценить.

В современной литературе нет четкого ответа на вопрос о выборе доступа для проведения гистерэктомии. Б. Л. Цивьян, анализируя опыт выполнения 618 малоинвазивных гистерэктомий, отмечает, что нет идеального доступа для выполнения гистерэктомии, но, владея каждым из них, при дифференцированном подходе в выработке показаний можно добиться наилучших результатов [28]. По мнению автора, большинство гистерэктомий можно и следует выполнять вагинально. В то же время Н. Н. Рухляда в своих исследованиях указывает на преимущества лапароскопического доступа перед вагинальным, высказав мнение, что важным моментом, указывающим на преимущества тотальной лапароскопической гистерэктомии (ТЛГ) перед влагалищной экстирпацией (ВГ), является то, что у 58,1 % пациенток из числа выполненных ТЛГ был обнаружен перитонеальный эндометриоз, а в 72,7 % случаев причиной развившегося стойкого болевого синдрома мог являться как аденомиоз, так и распространенный наружный эндометриоз [23]. Таким образом, во избежание рецидива болей, необходимой является обязательная деструкция по возможности всех эндометриодных гетеротопий на тазовой брюшине. Невозможность тщательной ревизии органов брюшной полости, тазовой брюшины является очевидным минусом влагалищной гистерэктомии при аденомиозе, в сравнении с ТЛГ или лапароскопически ассистированной гистерэктомией (ЛАВГ). Следовательно, по мнению автора, операция ТЛГ является операцией выбора в тех случаях, когда определены показания для удаления матки. За счет снижения травматичности и риска

гнойно-воспалительных осложнений одномоментно возможно выполнение этапов по коррекции положения тазовых органов и профилактики или лечения пролапса даже у пациенток с анемией. Альтернативным вариантом при сопутствующем пролапсе может считаться ЛАВГ.

Учитывая тот факт, что в настоящее время широкое внимание уделяется такой проблеме, как стрессовое недержание мочи, которое достаточно часто встречается в гинекологической практике в сочетании с другой патологией матки и в большом проценте случаев при пролапсе гениталий — вагинальный доступ может быть методом выбора при оперативной коррекции сочетанной патологии. Согласно статистике зарубежных и отечественных авторов частота стрессового недержания мочи у женщин составляет 3–36 % [9, 21, 22, 44]. По данным ряда авторов коррекция симптомов недержания у таких больных удается лишь в 30–60 % случаев [18, 27, 39]. Для оперативного лечения недержания мочи у женщин предложено более 200 методов и способов [18, 22]. Многие из них рассчитаны на сужение просвета уретры, либо на транспозицию дна мочевого пузыря или на создание обструкции в области его шейки и укрепление тазового дна. В этом случае вагинальный доступ является наиболее оптимальным. Множество методик по коррекции инконтиненции выполняется именно этим доступом. Д. В. Кан в своей монографии отмечал, что по возможности необходимо выполнять вагинальные операции, в связи с их низкой травматичностью и хорошими функциональными результатами [9]. В настоящее время широкое применение в мире при слинговых операциях получил полипропилен (Ulmsten U., 2001) [44]. Применение синтетических материалов дает возможность минимизировать оперативное вмешательство, что, несомненно, снижает травматичность операции.

### **Эндоскопические операции в современной хирургии матки**

За последние годы более чем в 3 раза повысилось число оперативных вмешательств, выполненных эндоскопическим доступом по сравнению с традиционным [15]. По мнению авторов, лапароскопический доступ предпочтительнее тем, что продолжительность лапароскопической операции значительно меньше, чем абдоминальной, но сравнима с таковой при влагалищном доступе. Течение послеоперационного периода после лапароскопической гистерэктомии более благоприятное, чем после лапаротомической: укорочены сроки обезболивания, антибиотикопрофилактики, уменьшен объем интра- и послеоперационной трансфузионной терапии. Качество жизни (физическая активность, психологическое состояние)

после лапароскопической гистерэктомии больными оценивается значительно выше, чем после гистерэктомии, произведенной традиционными доступами. Однако при проведении лапароскопической гистерэктомии остается открытым ряд вопросов: при каких размерах матки не целесообразен этот доступ, является ли обширный спаечный процесс противопоказанием к оперативному вмешательству лапароскопическим доступом, какова тактика в отношении сохранения шейки и придатков матки. В связи с развитием эндоскопических малоинвазивных доступов появилось мнение о том, что хирургический метод является ведущим в лечении аденомиоза [26, 43]. Авторы в результате проведенного многоцентрового исследования показали, что в 93 % случаев фармакотерапия аденомиоза малоэффективна, неэффективна или приводит лишь к временному улучшению состояния женщин на этапе проводимой терапии и в ближайшем отдаленном периоде. Представители французской школы гинекологов считают, что при реализованной репродуктивной функции и неэффективности гормонотерапии, больным с аденомиозом, при согласии на оперативное лечение, показано хирургическое лечение [33, 35, 36]. Единым мнением на сегодняшний день является то, что радикальным методом лечения аденомиоза является операция, сопровождающаяся удалением матки [12]. По мнению многих авторов как в отечественной, так и в зарубежной литературе, во всех случаях при наличии показаний для удаления тела матки при аденомиозе должна удаляться и шейка матки [10, 46]. Выбор рационального доступа при гистерэктомии — один из наиболее часто обсуждаемых вопросов в современной оперативной гинекологии [3, 5, 12, 26, 31, 34]. Существует несколько основных вариантов выполнения операции, а следовательно, и групп исследователей, придерживающихся определенного мнения о преимуществе доступа и объеме оперативного вмешательства:

1. ТАН — абдоминальная гистерэктомия [14, 36];
2. ТМАН — мини-абдоминальная гистерэктомия [24];
3. LAVH — лапароскопически ассистированная влагалищная гистерэктомия [1, 3, 38];
4. TLH — тотальная лапароскопическая гистерэктомия [3, 8, 23, 41, 45, 46];
5. VH — влагалищная гистерэктомия [19, 28, 37].

Все представленные варианты гистерэктомии могут применяться для лечения сочетанной патологии матки, однако начинать оперативное вмешательство ряд исследователей рекомендует с выполнения лапароскопии (при отсутствии для этого противопоказаний), которая позволит определить возмож-



ность выполнения лапароскопической или ассистированной влагалищной гистерэктомии [5, 30].

Накопленный мировой опыт выполнения лапароскопической гистерэктомии указывает на определенные преимущества лапароскопического доступа перед лапаротомным. Быстрое восстановление работоспособности, сокращение сроков стационарного лечения, лучший косметический эффект, отсутствие дискомфорта от выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде — все это несомненные факторы в пользу лапароскопии [30]. По данным Л. В. Адамян, В. И. Кулакова количество осложнений при выполнении гистерэктомии различными доступами примерно одинаково, с незначительной вариабельностью показателей [2]. В то же время бережное отношение к тканям, «анатомичность» манипуляций, уменьшение объема интраоперационной кровопотери делают лапароскопический доступ предпочтительным в лечении всех форм сочетания аденомиоза с миомой матки [17, 23]. Кроме того, ряд авторов указывает, что нарушение гемодинамики тазовых органов после лапароскопической гистерэктомии выражено меньше, чем при лапаротомном доступе, следовательно, меньше риск развития нарушений функции мочевого пузыря, вегетососудистых нарушений, развития динамической кишечной непроходимости [17].

Вопрос о выборе рационального хирургического доступа остается дискуссионным, но на протяжении последних 8–10 лет эндоскопическая хирургия во многих гинекологических отделениях страны выходит на лидирующие позиции. Так, Л. В. Адамян отмечает, что в настоящее время более 80 % тотальных гистерэктомий выполняется лапароскопическим доступом [16]. Лапароскопический доступ, по мнению Л. В. Адамян, возможно применять при размерах матки, достигающих 24–25-недельной беременности.

В. Ф. Беженарь и соавт. отмечают, что до настоящего времени самой частой операцией в гинекологии остается гистерэктомия. Разнообразие клинических ситуаций требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае [8]. Показания к операции, размеры матки, сопутствующая гинекологическая и соматическая патология, наличие в анамнезе операций на органах брюшной полости, воспалительных заболеваний внутренних половых органов, эндометриоза — все это влияет на выбор хирургического доступа при гистерэктомии. Авторами сделаны выводы, что 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 недель беременности, предпочтение следует уделять тотальной лапароскопической гистерэктомии.

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, а также при наличии противопоказаний к лапароскопии вследствие сопутствующих соматических заболеваний.

Подводя итог проведенному обзору доступной литературы, можно заключить, что вопрос о выборе тактики ведения больных, выборе операционного доступа составляет за последние годы предмет пристального внимания многих ученых как в нашей стране, так и за рубежом. Несмотря на определенные успехи, широкое внедрение и развитие эндоскопических и малоинвазивных технологий остается много нерешенных вопросов о применении того или иного доступа в оперативной гинекологии. В мировой и отечественной литературе недостаточно освещены вопросы вагинального доступа, незаслуженно забытого и набирающего в настоящее время все больше сторонников.

## Литература

1. Адамян Л. В. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза: Методические рекомендации / Адамян Л. В., Селезнева Н. Д., Стрижаков А. Н., Ищенко А. И. — М., 1990.
2. Адамян Л. В. Лапароскопия и гистероскопия в акушерстве и гинекологии / Адамян Л. В., Кулаков В. И., Киселев С. И.; Ред. В. И. Кулаков. — М., 2002.
3. Адамян Л. В. Эндометриоз / Адамян Л. В., Кулаков В. И. — М., 1998.
4. Апетов С. С. Лапароскопический и лапаротомический доступы при проведении гинекологических операций у больных с сопутствующей экстрагенитальной патологией / Апетов С. С., Голова Ю. А., Голухов Г. Н., Кулешов А. Н. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2005. — № 5. — С. 23–28.
5. Баскаков В. П. Диагностика и лечение эндометриоза на современном этапе: пособие для врачей / Баскаков В. П., Цвелев Ю. В., Кира Е. Ф. — СПб., 1998.
6. Возможности и перспективы малоинвазивных методов коррекции стрессового недержания мочи. Московский областной НИИ акушерства и гинекологии / Краснопольский В. И., Попов А. А., Горский С. Л. [и др.] // Вестник Российской ассоциации акуш.-гин. — 1999. — № 3.
7. Запорожан В. Н. Гистерэктомия лапароскопическая или вагинальная? / Запорожан В. П., Гладчук Н. Н., Рожковская Н. Н., Надворная О. Н. // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: материалы VII международного конгресса. — М., 2004. — С. 81–83.
8. К вопросу о выборе рационального хирургического доступа при гистерэктомии / Беженарь В. Ф., Савицкий Г. А., Волков Н. Н. [и др.] // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2005. — Спец. вып. — С. 39.

9. Кан Д. В. Диагностика и лечение недержания мочи при напряжении у женщин: метод. разработки / Кан Д. В., Лоран О. Б., Еремин Б. В.; ММСИ им. Семашко. — М., 1987. — 55 с.
10. Каптушева Л. М. Эффективность современных методов лечения внутреннего эндометриоза (аденомиоза) / Каптушева Л. М., Бреусенко В. Г. // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2002. — Т. LI, Вып. 3. — С. 150–153.
11. Корсак В. С. Эндометриоз. Патогенез, клиника, современные подходы к лечению / Корсак В. С. // Мир медицины. — 1998. — № 1/2. — С. 44–48.
12. Краснополянский В. И. Консервативно-хирургическое лечение наружно-внутреннего эндометриоза / Краснополянский В. И., Буянова С. Н. // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2002. — Т. LI, Вып. 3. — С. 113–117.
13. Краснополянский В. И. Реконструктивные и пластические операции при опущении и выпадении половых органов / Краснополянский В. И. // Акуш. и гин. — 1993. — № 5. — С. 46–48.
14. Кулаков В. И. Оперативная гинекология / Кулаков В. И., Селезнева Н. Д., Краснополянский В. И. — М.: Медицина, 1990.
15. Кулаков В. И. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Кулаков В. И., Адамьян Л. В. — М., 2004.
16. Кулаков В. И. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Кулаков В. И., Адамьян Л. В. — М., 2005.
17. Липман А. Д. Диагностика и комплексное лечение больных гормонозависимыми заболеваниями матки с использованием эхографического мониторинга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2000.
18. Лоран О. Б. Хирургическое лечение рецидивных форм недержания мочи у женщин / Лоран О. Б. // Анналы хирургии. — 1996. — № 3.
19. Нуруллина Д. В. Влагалищная экстирпация матки при аденомиозе / Нуруллина Д. В., Галкова В. М., Вахитов Р. А., Тухватшина Н. И. // Актуальные вопросы оперативной гинекологии и репродукции человека: материалы 1-го кубанского конгресса по гинекологии. — Анапа, 2001. — С. 121–122.
20. Отт Д. О. Оперативная гинекология / Отт Д. О. — СПб., 1914.
21. Попов А. А. Сакрорагинопексия комбинированным доступом в лечении пролапса гениталий / Попов А. А. // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2001. — Спец. вып. — С. 54–57.
22. Пушкарь Д. Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1997.
23. Рухляда Н. Н. Диагностика и лечение манифестного аденомиоза / Рухляда Н. Н. — СПб., 2004.
24. Савицкий Г. А. Минилапаротомия в современной хирургии матки / Савицкий Г. А., Ниаури Д. А., Волков Н. Н. — СПб., 2004. — 256 с.
25. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Коликов А. И., Анисимова Н. В., Шустова М. А. [и др.]. — М., 2004. — С. 86–88.
26. Стрижаков А. Н. Аденомиоз: возможности и перспективы эндохирургического лечения с учетом морфологического строения миометрия, эндометрия и яичников / Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Пашков В. М. // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2002. — Т. LI, Вып. 3. — С. 28–31.
27. Тетрадов А. Н. Недержание мочи при напряжении у женщин / Тетрадов А. Н. — Кишинев, 1968. — 206 с.
28. Цивьян Б. Л. Малоинвазивная гистерэктомия / Цивьян Б. Л. // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2005. — Спец. вып. — С. 42.
29. Abrams P. The standardisation of terminology of lower urinary tract function / Abrams P., Blaivas J. G., Stenton S. L., Andersen J. T. // Scand. J. Urol. Nephrol. — 1988. — Vol. 114, Suppl. — P. 5–18.
30. Adamson G. D. Therapeutic efficacy and bone mineral density response during and following a three-month re-treatment of endometriosis with nafarelin (Synarel) / Adamson G. D., Heinrichs W. L., Henzl M. R. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1997. — Vol. 177, N 6. — P. 1413–1418.
31. Barbieri R. L. Endometriosis and the estrogen threshold theory. Relation to surgical and medical treatment / Barbieri R. L. // J. Reprod. Med. — 1998. — Vol. 43, N 3. — P. 287–292.
32. Burch colposuspension for genuine stress Incontinence // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 1983. — Vol. 90. — P. 934–939.
33. Hamou J. Hysteroscopic and resectoscopic myomectomy / Hamou J. // Endoscopy in the diagnosis and treatment of uterine pathology. — N.-Y., 1997. — P. 77–83.
34. Koninckx P. R. Endometriotic disease: the role of peritoneal fluid / Koninckx P. R. // Hum. Reprod. Update. — 1998. — Vol. 4, N 5. — P. 741–751.
35. Koninckx P. R. Treatment of deeply infiltrating endometriosis / Koninckx P. R., Martin D. // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 1994. — Vol. 6, N 3. — P. 231–241.
36. Kovac S. R. Decision directed hysterectomy: a possible approach to improve medical and economic outcomes / Kovac S. R. // Int. J. Gynecol. Obstet. — 2000. — Vol. 71. — P. 159–169.
37. Kovac S. R. Endoscopic linear endocutter verses sutures for vaginal hysterectomy / Kovac S. R. // J. Pelvic. Surg. — 2002. — Vol. 8, N 5. — P. 237–240.
38. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy for non-malignant disease of the uterus. Report on a personal series of 126 cases / Aubard Y., Piver P., Grandjean M. H. [et al.] // Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 1996. — Vol. 68, N 1–2. — P. 147–154.
39. McGuire E. J. Urinary incontinence / McGuire E. J. — N.-Y.: Grune and Stratton, 1981.
40. Pelosi II M. A. Self-retaining abdominal retractor for minilaparotomy / Pelosi II M. A., Pelosi III M. A. // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 96, N 5, Pt. 1. — P. 775–778.
41. Reich H. Laparoscopic hysterectomy / Reich H. // Surg. Laparosc. Endosc. — 1992. — Vol. 2, N 1. — P. 85.
42. Richardson R. E. Is laparoscopic hysterectomy a waste of time? / Richardson R. E., Bournas N., Magos A. L. // Lancet. — 1995. — Vol. 345 (8941). — P. 36–41.
43. Sutton K. D. Jones Laser laparoscopy for endometriosis and endometriotic cysts / Sutton K. D. // Surgical Endoscopy. — 2002. — Vol. 16, N 11.

44. *Ulmsten U.* An introduction to Tension free vaginal tape surgical procedure for treatment of female urinary incontinence / *Ulmsten U.* // *Int. Urogynecol. J.* — 2001. — Vol. 12. — P. 3–5.
45. *Wolenski M.* Laparoscopic hysterectomy / *Wolenski M., Pelosi M. A.* // *Today's OR Nurse.* — 1991. — Vol. 13, N 11. — P. 23–29.
46. *Wattiez A.* Laparoscopic hysterectomy / *Wattiez A., Cohen S. B., Selvaggi L.* // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2002. — Vol. 14, N 4. — P. 417–422.

Статья представлена Д. А. Ниаури  
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,  
Санкт-Петербург

#### THE CHOICE OF THE BEST OPERATIVE ACCESS IN MULTIPLE UTERUS PATHOLOGY

Zajtseva E. G., Osokina A. A., Bezhenar V. F.

■ **Summary:** In our literature review the different views of the leading gynecological surgeons on the possibilities of the use of different operative accesses in surgical treatment of combinational uterine pathology are discussed.

■ **Key words:** operative gynecology; operative access; laparoscopy; vaginal surgery; myoma uterus; genital prolaps; SUI; TVT