



# АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Беженарь В.Ф.<sup>1,2</sup>, Волков Н.Н.<sup>2</sup>, Попов Э.Н.<sup>4</sup>,  
Иванова Р.Д.<sup>1</sup>, Волканов Р.П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГУ НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН,  
<sup>2</sup>кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, <sup>3</sup>кафедра  
акушерства и гинекологии СПбГМУ им. И.П.Павлова,  
<sup>4</sup>кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета  
СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА INTERCEED® В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ МАТКИ

**Актуальность проблемы.** Спаечная болезнь брюшной полости является частым осложнением при проведении органосохраняющего хирургического лечения миомы матки. Наиболее перспективным и современным принципом, обеспечивающим высокий профилактический эффект, является применение средств, разобщающие раневые поверхности в ближайшие часы и дни после операции. Наиболее известны два типа противоспаечных барьеров, применяемых в оперативной гинекологии: это – саморассасывающиеся мембраны и жидкие среды.

**Целью** нашего исследования была оценка эффективности противоспаечного барьера Interceed® (Gynecare) при проведении миомэктомии больным с миомой матки.

**Материалы и методы.** Мембрана Interceed® (окисленная регенерированная целлюлоза) стандартного размера использована у больных с миомой матки после выполнения им миомэктомии при множественной локализации опухоли (20 случаев). Известно, что это оперативное вмешательство имеет высокий риск формирования послеоперационных спаек. Лапароскопическим доступом миомэктомия была выполнена у 7 больных (35 %); в 11 случаях (55 %) операция выполнена путем использования мини-лапаротомии с лапароскопической ассистенцией в связи с большими размерами, атипичным

расположением или интрамуральной локализацией миоматозных узлов. Проведение лапаротомии потребовалось 2 пациенткам (10 %), что было связано с низким расположением крупного миоматозного узла. При операциях в некоторых случаях использовалась лишь часть мембраны. Контроль УЗИ проводился на 3-и, 5-е и 30-е сутки после операции.

**Результаты исследования.** При проведении контрольного УЗИ на 3-и и 5-е сутки после операции отмечено, что мембрана Interceed® не определяется на 5-е сутки. В одном случае на 6-е сутки после применения Interceed® больная повторно оперирована в связи с подозрением на гематому малого таза. Наличие спаек в полости малого таза и в области послеоперационных швов на матке не обнаружено, мембрана определялась в виде тонкой, прозрачной, сетчатой пленки. Осложнений течения послеоперационного периода, связанных с применением мембраны Interceed®, не отмечено.

**Заключение.** Анализируя полученные предварительные результаты и доступные литературные источники (Попов А.А., 2002) следует рассматривать применение противоспаечного барьера Interceed® в качестве безопасного и эффективного средства профилактики спайкообразования при выполнении реконструктивно-пластических операций на матке у женщин репродуктивного возраста с нереализованной детородной функцией.

Беженарь В.Ф.<sup>1,2</sup>, Волков Н.Н.<sup>1</sup>, Попов Э.Н.<sup>4</sup>,  
Волканов Р.П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН,  
<sup>2</sup>кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, <sup>3</sup>кафедра  
акушерства и гинекологии СПбГМУ им. И.П.Павлова,  
<sup>4</sup>кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета  
СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ МИОМЫ МАТКИ

**Актуальность проблемы.** Наиболее частой операцией, выполняемой в мире после аппендэктомии, является гистерэктомия (Адамян Л.В. и соавт., 2000; Wattiez A. et al., 2003). При этом гистерэктомия – наиболее частая гинекологическая операция. В настоящее время большинство гистерэктомий, требующих чревосечения, могут быть частично или целиком выполнены лапароскопическим путем (Кулаков В.И. и соавт., 2000).

**Целью** настоящей работы является оптимизация

методики лапароскопической гистерэктомии у больных с доброкачественными опухолями матки.

**Материалы и методы.** За период с ноября 2004 по май 2005 гг. в отделении оперативной гинекологии ГУ НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН было выполнено 55 гистерэктомий с использованием лапароскопического доступа.

**Результаты.** Проведено: 34 операции (61,8 %) – тотальная лапароскопическая гистерэктомия (TLH), 4 операции (7,3 %) – лапароскопическая субтоталь-

ная гистерэктомия (LSH), 4 операции (7,3 %) – влагалищная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией, одна из которых была с пластика субуретральной петлёй IVS (LAVH и LAVH+IVS), 4 операции (7,3 %) – тотальная лапароскопическая гистерэктомия с кольпоперинеолевавторопластикой (TLH+KPLP), 9 операций (16,4 %) – тотальная лапароскопическая гистерэктомия (TLH) со вторым влагалищным этапом – коррекция недержания мочи петлёй IVS или TVT-Obt и кольпоперинеолевавторопластикой (IVS/TVT-Obt+KPLP).

Основными показаниями к гистерэктомии явились: миома матки, сопровождающаяся маточными кровотечениями и приводящая к анемизации больной – 44 (80 %), в 26 случаях из них миома матки сочеталась с аденомиозом (47,3 %) и нередко сопровождалась болевым синдромом – 8 (14,5 %). Множественная миома была отмечена у 24 пациенток (43,6 %), быстрый рост и большие размеры – у 10 (18,2 %). У 9 больных (16,4 %) показанием для опе-

ративного лечения служил аденомиоз, который проявлялся маточными кровотечениями и/или болевым синдромом. Для 3 пациенток (5,5 %) показанием для гистерэктомии явилась доброкачественная опухоль яичников, в одном из трёх случаев в сочетании с миомой матки, в другом – с аденомиозом. У одной пациентки выявлены рецидивирующие полипы эндометрия (1,8 %).

**Заключение.** Тотальная лапароскопическая гистерэктомия является наиболее частой операцией в современной хирургии доброкачественных опухолей матки. В то же время Harry Reich (1997) писал «...лапароскопическая гистерэктомия не показана в тех случаях, когда существует возможность выполнения влагалищной гистерэктомии». Влагалищная гистерэктомия остаётся, по-прежнему, перспективным методом в оперативном лечении доброкачественных опухолей матки, который может стать реальной альтернативой лапароскопическим методикам.

Дячук А.В.<sup>1</sup>, Беженарь В.Ф.<sup>2</sup>, Шулико Л.А.<sup>1</sup>,  
Битюков Н.Н.<sup>1</sup>, Плахотников И.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ЦМСЧ-122, <sup>2</sup>кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕРАТОРА LIGASURE ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

**Актуальность проблемы.** Миома матки относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным опухолям половых органов женщины и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы. Клиническая картина миомы матки зависит не только от размеров опухоли, но и в основном от локализации – субсерозной, межмышечной или субмукозной. Наиболее часто наблюдается подбрюшинное и интерстициальное расположение миоматозных узлов, подслизистая локализация опухоли встречается у 20 – 32 % больных с миомой матки.

**Материал и методы.** В гинекологическом отделении ЦМСЧ-122 накоплен опыт 28 эндоскопических и 42 лапаротомических хирургических вмешательств по поводу множественной миомы матки с применением электрохирургического блока LigaSure (Valleylab).

**Результаты исследования.** Использование аппарата при открытых миомэктомиях мы посчитали нерациональным, поэтому в большинстве случаев генератор применяли при лапароскопических операциях, а при чревосечениях использовали прибор на радикальных вмешательствах (гистерэктомия). Наиболее эффективным применение аппарата оказалось при выполнении лапароскопической миомэктомии в случаях субсерозной и интрамурально-субсерозной локализации миоматозных узлов. Применение LigaSure показало высокую надежность в обеспечении гемостаза пересекаемых

тканевых структур, при этом коагуляцию сосудов производили ad massum без их предварительной диссекции. Из двух типов зажимов, применяемых для «заваривания» сосудов, более удобным оказался 5-мм зажим, который имеет обычную для лапароскопических инструментов форму и позволяет наряду со специфическим коагуляционным воздействием при необходимости осуществлять диссекцию тканей этим же инструментом. Ширина «заваренных» тканей при этом была около 4 мм, что оказалось достаточным для гемостаза большинства сосудов. Еще одно преимущество применения электролигирования заключается в отсутствии после операции в организме инородного материала – клипс, скобок, лигатур, минимальная ожоговая реакция тканей и как следствие – исключение реакции брюшины и образования патологических сращений. Недостатки – высокая стоимость аппарата и относительно высокая длительность воздействия по сравнению с электрокоагуляцией и низкая эффективность в отношении остановки кровотечения с уже кровоточащих сосудов.

**Заключение.** Наш опыт применения электрохирургического блока LigaSure в лапароскопической реконструктивно-пластической хирургии миомы матки позволяет сделать вывод о его высокой эффективности в обработке сосудов, удобстве применения и облегчении основных этапов операции, что значительно снижает длительность операций и снижает риск интра- и послеоперационных осложнений.