



СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Беженарь В.Ф.^{1,2}, Савицкий Г.А.¹, Волков Н.Н.¹,
Попов Э.Н.⁴, Волканов Р.П.³

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

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Актуальность проблемы. До настоящего времени самой частой операцией в гинекологии остаётся гистерэктомия. Разнообразие клинических ситуаций требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае. Показания к операции, размеры матки, сопутствующая гинекологическая и соматическая патология, наличие в анамнезе операций на органах брюшной полости, воспалительных заболеваний внутренних половых органов, эндометриоза – всё это влияет на выбор хирургического доступа при гистерэктомии.

Целью исследования было обоснование рациональности хирургического доступа при выполнении гистерэктомии с использованием лапароскопии, лапаротомии и мини-лапаротомии с лапароскопической ассистенцией.

Материал и методы. За период с января 2004 по май 2005 гг. в отделении оперативной гинекологии НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН было выполнено 55 гистерэктомий с использованием лапароскопического доступа (1-я группа). Группы сравнения составили 50 больных после лапаротомных гистерэктомий (2-я группа) и 50 операций, выполненных мини-лапаротомным доступом с лапароскопическим пособием (3-я группа), которые выполнялись в течение 2003 – 2005 гг.

Результаты. Средний возраст пациенток 1-й, 2-й и 3-й групп составил $48 \pm 5,3$; $45,6 \pm 4,2$; $43,6 \pm 7,9$ лет соответственно. Средняя продолжительность операции – 137 ± 33 ; $91,3 \pm 11,6$; $114 \pm 11,2$ минут. Средний размер удалённой матки составил $9,2 \pm 2,9$; $13,6 \pm 4,1$ недели беременности; средняя мас-

са – $317 \pm 12,1$ грамм. Средняя интраоперационная кровопотеря составила $87,3 \pm 84,3$; 392 ± 57 ; $71,6 \pm 8,1$ мл. В послеоперационном периоде женщины находились в клинике в среднем $7,8 \pm 1,3$; $9,2 \pm 1,6$; $6,1 \pm 0,1$ суток. Количество осложнений составило 3 случая (5,5 %) в 1-й группе: инфильтрат в области культи влагалища, нагноившаяся прекультевая гематома, пузырно-влагалищный свищ; 9,4 % – во 2 группе и 5,0 % – в 3-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 недель беременности, предпочтение следует уделять тотальной лапароскопической гистерэктомии. При наличии атипичных (шеечных, першеечных, межсвязочных) миоматозных узлов, при крупных узлах любой локализации, а также при грубых рубцовых изменениях в параметриях, 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 объём оперативного вмешательства, а также при наличии противопоказаний к лапароскопии вследствие сопутствующих соматических заболеваний.

Мамаева А.В., Ящук А.Г.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

ВЫБОР СПОСОБА ГИСТЕРЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Цель: Определить дифференцированный этиопатогенетический подход к выбору способа гистерэктомии у женщин с дисплазией соединительной ткани с целью профилактики возникновения генитального пролапса после гистерэктомии.

Материал и методы. Доказана роль в генезе опущения и выпадения стенок влагалища и матки

системной недостаточности соединительной ткани в виде сочетанного поражения других органов (грыжи, спланхноптоз, варикозная болезнь, геморрагические диатезы и др.). Проведено комплексное обследование 210 женщин.

Результаты. Нами была выделена группа из 37 (10,76 %) пациенток, перенесших гистерэктомию,

с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в виде пролапса гениталий. Начало десценции гениталий и её прогрессирование наблюдалось уже в репродуктивном периоде, как самостоятельное заболевание – у 15, после ампутации матки – у 18, после трансабдоминальной экстирпации матки – у 4 женщин. Этим больным производились: трансвагинальная экстирпация матки (13 случаев), трансвагинальная экстирпация культы шейки матки (18), передняя и задняя кольпоррафия с перинеолеваторопластикой (6). Рецидивы пролапса гениталий (8 случаев) наблюдались: в течение 1 года – у 1 пациентки, через 2–4 года после операции – у 6, через 15 лет – у 1 женщины; после трансвагинальной гистерэктомии – у 3, после передней кольпоррафии и кольпоперинеолеваторопластики – у 4, после трансвагинальной экстирпации культы шейки матки, передней кольпоррафии и кольпоперинеолеваторопластики – у 1 женщины. У всех обследованных пациенток имелись различные проявления ДСТ (в комбинациях от 3 до 10 и более у каждой пациентки). При оценке показателей гемостазиограммы у всех женщин отмечалась тромбоцитопения, у 26 пациенток отмечено снижение коллаген-индуцированной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, значительное снижение активности фактора Виллебранда наблюдалось у 18, гиперфибриноге-

немия отмечалась у 11 женщин. Повышенная экскреция оксипролина в суточной пробе мочи в 2 и более раз по сравнению с нормальными величинами отмечена у 29 женщин. Сывороточный магний у всех женщин отмечен на уровне ниже нормы или нижней границы нормы. По балльной оценке фенотипической и клинической выраженности ДСТ тяжелая степень отмечалась у 5 пациенток, средняя степень тяжести – у 19, легкая степень тяжести – у 13 женщин.

Заключение. Наиболее частой причиной пролапса гениталий, а также его рецидива после трансвагинальной гистерэктомии, абдоминальной экстирпации и ампутации матки является дефект соединительной ткани. У пациенток с симптомокомплексом ДСТ в целях профилактики пролапса гениталий рекомендуется производить трансвагинальную гистерэктомию с крестцово-остистой MESH-вагинопексией. При абдоминальной гистерэктомии у данной категории пациенток во избежание пролапса гениталий рекомендуется производить сакровагинопексию. При рецидиве пролапса культы вагины (шейки матки) у пациенток с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани одновременно с трансвагинальной экстирпацией культы вагины (шейки матки) показана крестцово-остистая MESH-вагинопексия.

Плеханов А.Н.

Городской центр лапароскопической хирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРУЕМОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПЕРЕД АБДОМИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИЕЙ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Цель исследования: целью исследования было сравнительное изучение лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии (ЛАВГ) и абдоминальной гистерэктомии (АГ) у пациенток с миомой матки размерами 12 – 22 недели беременности.

Материал и методы. Представлены результаты сравнительного изучения ЛАВГ (134 случая) и АГ (109 случаев) у пациенток с миомой матки больших размеров, оперированных в 2000 – 2004 гг.

Результаты исследования. Среднее время операции составило $67 \pm 6,3$ мин (АГ), $87,21 \pm 5,6$ (ЛАВГ), кровопотеря во время операции – $315 \pm 9,6$ мл (АГ),

$250 \pm 17,1$ мл (ЛАВГ), масса препарата – $712 \pm 8,2$ г (АГ), $704,5 \pm 9,25$ г (ЛАВГ).

Заключение. ЛАВГ имеет следующие преимущества: минимальная травматизация, хороший косметический эффект, короткий послеоперационный и реабилитационный период, отсутствие осложнений позднего послеоперационного периода (спаечного процесса) и снижение риска интраоперационных осложнений. Накопленный опыт выполнения ЛАВГ подтверждает необходимость и целесообразность более широкого использования данного метода.

Слободянюк А.И., Мазохин И.В., Слободянюк Б.А., Ким Э.М., Сучалко М.О., Тимербекова А.Т.

ЦГКБ, Жуковский, Россия

ВЛАГАЛИЩНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ – ЭЛЕКТРОХИРУРГИЯ ИЛИ ШВЫ?

Цель: сравнить продолжительность операции влагалищной гистерэктомии, кровопотерю, течение

послеоперационного периода при наложении швов и электрохирургическую биполярную коагуляцию