

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 культи 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 культи 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 культи вагины (шейки матки) у пациенток с симптомокомплексом дисплазии соединительной ткани одновременно с трансвагинальной экстирпацией культи 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 ассистируемой 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

с использованием плазмокинетического генератора GYRUS.

**Материал и методы.** В течение 2005 года нами выполнено 64 влагалищные гистерэктомии у больных без опущения стенок влагалища в возрасте от 36 до 64 лет со следующей патологией: аденомиоз, миома матки, некроз миоматозного узла после эмболизации, рак тела матки (1А). Размеры матки составляли от 6 до 14 недель беременности. Были выделены две группы: 56 с наложением швов (Vicryl) и 8 с использованием биполярной плазмокинетической коагуляции (Gyrus PlasmaKinetic SuperPulse Generator). В последней группе швы использовались для восстановления влагалища. Техника операции: производится круговой разрез влагалища, передняя и задняя кольпотомия. Кардинальные, крестцово-маточные, связки, пучки маточных сосудов, круглые, собственные связки яичников, трубы пересекаются и лигируются стандартно. При биполярной коагуляции используется специальный зажим Gyrus типа Wertheim. Вышеупомянутые структуры коагулируются и пресекаются ножницами. Матка морцелируется. Влагалище восстанавливается викрилом в обеих группах с вовлечением в культю крестцово-маточных связок по McCall. Длительность операции оценивалась от разреза влагалища до его ушивания. Кровопотеря оценивалась методом взвешивания, течение послеоперационного периода – клинически.

**Соснин Н.А.**

ФГУ Северный медицинский Центр им. Н.А. Семашко  
Росмедздрава, Архангельск, Россия

**Актуальность проблемы.** Оперативная лапароскопия нашла широкое применение в гинекологической практике. Первую операцию лапароскопическим доступом мы выполнили в 1991 г. В последнее время все более широкое распространение в оперативной гинекологии находят различные виды лапароскопической гистерэктомии. Широкое применение в нашей клинике получила лапароскопически ассистированная влагалищная гистерэктомия, которая впервые была выполнена нами в 1996 году.

**Материал и методы.** За период с 2000 по 2004 гг. было выполнено 68 влагалищных экстирпаций матки, из них 28 – с помощью лапароскопической ассистенции. Лапароскопический этап выполнялся на аппаратуре «Karl Storz» (Germany). Показанием к оперативному лечению явились: опущение стенок влагалища, элонгация шейки матки в сочетании с миомой, аденомиозом, рецидивирующей гиперплазией эндометрия, кисты яичников. Возраст больных в среднем 54 года (от 38 до 73 лет). Операция состоит из двух этапов – лапароскопического и влагалищного. При лапароскопии

**Результаты.** Для пациенток из первой группы требовалось применение наркотических анальгетиков в течение 1 – 2 суток. Во второй группе было достаточно применения нестероидных противовоспалительных средств. Длительность пребывания в стационаре 3 – 5 суток для первой группы и 2 – 3 суток для второй. Больные наблюдались амбулаторно в течение 2 месяцев. Длительность операции в первой группе составила 53,6 мин, для второй группы – 28 минут. Средняя кровопотеря составила 130 мл в первой и 60 мл во второй группе. 1 (1,8 %) пациентка первой группы жаловалась на боли в правой ноге в течение 2-недель, лечения не потребовалось. У 3 (5,3 %) больных первой группы отмечалось заживление культи влагалища вторичным натяжением, что потребовало местного амбулаторного лечения. Во второй группе осложнения не отмечены.

**Выводы.** Влагалищная гистерэктомия может быть выполнена по стандартной технике у сложных больных с патологическим ожирением, у нерожавших, без опущения стенок влагалища, со значительно увеличенной маткой, при раке тела матки (1А). Электрохирургическая биполярная плазмокинетическая коагуляция сокращает время операции, кровопотерю, делает практически безболезненным послеоперационный период. Генератор Gyrus отличается по стоимости от LigaSure System почти в два раза, что на сегодняшний день делает его предпочтительнее.

## ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

производится разделение спаек, иссечение и коагуляция очагов эндометриоза, удаление придатков матки, пересечение связочного аппарата, вскрытие и отсепаровка листков широкой связки матки, пересечение маточных сосудов. Все дальнейшие этапы операции осуществляются традиционно для влагалищной гистерэктомии.

**Результаты исследования.** При сравнении с традиционной влагалищной гистерэктомией отмечены следующие отличия: при лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии отмечалось снижение травматичности тканей, а следовательно и кровопотери во время операции в среднем – 100 – 150 мл, при влагалищной гистерэктомии – 300 мл. Больные значительно легче переносят сочетанный доступ, вследствие чего послеоперационный койко-день в среднем – 6,2, а при влагалищной гистерэктомии – 12,3. Время операции варьировало от 85 до 160 минут в зависимости от выраженности патологического процесса и опыта хирурга. Ведение послеоперационного периода при сочетанном доступе отличалось