

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 кольпотомиа. 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). Показания 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

ранней активизацией больных, обезболивание проводилось ненаркотическими анальгетиками и было адекватным, а пред- и интраоперационной профилактики инфекционных осложнений (метрогил, цефазолин), как правило, оказывалось достаточно. У 20 % пациенток в первые трое суток наблюдалось ослабление перистальтики кишечника, которое было купировано традиционными средствами. Осложнений при лапароскопически

ассистированных влагалищных гистерэктомиях нами не отмечено.

**Выводы.** Мы считаем, что подобные операции могут иметь более широкое применение при наличии в ЛПУ современной эндоскопической аппаратуры и инструментария. Однако каждый вид лапароскопической гистерэктомии должен определяться интересами пациентки, опытом и мастерством хирурга, а также конкретной операционной ситуацией.

**Цивьян Б.Л.**

Александровская больница, Санкт-Петербург, Россия

## МАЛОИНВАЗИВНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ

**Актуальность темы.** Гистерэктомия – самая частая операция, выполняемая гинекологами. В настоящее время существует 4 доступа для проведения этого оперативного вмешательства: абдоминальный, вагинальный, лапароскопический и вагинальный с лапароскопической ассистенцией (комбинированный), из которых три последних относятся к малоинвазивным. В современной литературе нет четкого ответа на вопрос о выборе доступа для проведения гистерэктомии. Большинство работ по малоинвазивной гистерэктомии отражают 2 полярных подхода в выборе доступа. Обусловлено это существованием двух хирургических школ – т.н. “вагиналистов” и “лапароскопистов”. Приверженцы каждой из них публикуют хорошо обоснованные научные данные, подтверждающие оптимальность предлагаемого ими доступа.

**Цель нашей работы** – сформулировать свое отношение к малоинвазивной гистерэктомии, определив показания для каждого из ее видов.

**Материалы и методы.** С апреля 1996 года по май 2005 года в нашей клинике было выполнено 618 малоинвазивных гистерэктомий. Из них: тотальная лапароскопическая гистерэктомия – 109, супрацервикальная лапароскопическая гистерэктомия – 17, лапароскопическая ассистенция при влагалищной экстирпации матки – 49 и вагинальная экстирпация матки у 443 пациенток. Возраст прооперированных больных от 24 до 76 лет. Размеры матки колебались от 5 до 20 недель беременности. 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. Также в исследование вошли пациентки, страдающие транссексуализмом. Все женщины с пролапсом гениталий и аденокарциномой эндометрия были исключены из исследования. Для проведения малоинвазивной гистерэктомии все пациентки помещались в положение Транделенбурга. Женщинам до 40 лет, не заинтересованным в детородной функции в будущем, при отсутствии патологии шейки матки выполнялась лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки, во всех остальных случаях производилась экстирпация матки одним из трех малоинвазивных доступов. Проведен ретроспективный анализ различных видов гистерэктомий с учетом анамнеза пациенток, характера патологии, продолжительности вмешательства, объема кровопотери, осложнений, течения и продолжительности послеоперационного периода.

**Результаты.** Сформулированы показания для выполнения гистерэктомии всеми малоинвазивными доступами.

**Выводы.** Идеального доступа для выполнения гистерэктомии нет. Владея каждым из них, при дифференцированном подходе в выработке показаний можно добиться наилучших результатов. Большинство гистерэктомий можно и следует выполнять вагинально.