

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.