

А. Н. Плеханов,
Т. Ю. Жемчужина

Городской центр эндовидеохирургии
и гинекологии Елизаветинской
больницы, Санкт-Петербург;
Госпиталь ГУВД Санкт-Петербурга
и Ленинградской области

Опыт лапароскопически ассистируемой влагалищной гистерэктомии

■ Наш опыт составляет 103 случая лапароскопически ассистируемой влагалищной гистерэктомии. Используемая техника операции привела к значительному снижению количества осложнений и увеличению числа показаний к применению данного доступа. Преимущества лапароскопически ассистируемой влагалищной гистерэктомии следующие: минимальная травматизация, хороший косметический эффект, короткий послеоперационный и реабилитационный период, низкий риск интраоперационных осложнений и отсутствие абсолютных противопоказаний.

■ **Ключевые слова:** лапароскопически ассистируемая влагалищная гистерэктомия, оперативная гинекология, миома матки, пролапс гениталий.

Актуальность проблемы

В настоящее время гистерэктомия занимает второе место после аппендэктомии и является самой часто производимой среди всех гинекологических операций.

В 1844 г. Александр-Людвиг Александрович Китер впервые в России с благополучным исходом удалил пораженную раком матку через влагалище.

В 1988 г. была произведена первая лапароскопическая гистерэктомия (Reich H., 1989), а с 1990 г. вспомогательная лапароскопия при влагалищной гистерэктомии стала применяться в клинической практике при хирургическом лечении миомы матки и аденомиоза.

Сегодня существуют следующие основные доступы для выполнения гистерэктомии:

- абдоминальный;
- влагалищный;
- лапароскопический;
- комбинированный.

Лапаротомический доступ является наиболее часто используемым для гистерэктомии. От 60 до 70% гистерэктомий выполняется именно этим методом. Основным достоинством абдоминальной экстирпации матки является возможность выполнения данной операции при любых условиях. Однако длительное использование данной методики выявило и большое количество ее недостатков. Это, в первую очередь, большая травматичность, когда зачастую травма от доступа бывает серьезнее травмы от непосредственно самой операции; это и плохой косметический эффект, длительные сроки нахождения в стационаре в послеоперационном периоде (7–14 дней), большие сроки реабилитации, высокая частота послеоперационных осложнений и наличие осложнений позднего послеоперационного периода (спаечная болезнь, болевой синдром). По данным разных авторов, смертность после абдоминальной гистерэктомии составляет от 6,7 на 10 000 операций в США (Wingo P.A. et al., 1985), до 8,6 на 10 000 в Германии (Stark G., 1980, 1984).

Другим традиционно применяемым доступом для гистерэктомии является вагинальный. К его неоспоримым достоинствам можно отнести значительно меньшую травматизацию, хороший косметический эффект вследствие отсутствия рубца на передней брюшной стенке, короткие сроки нахождения в стационаре в послеоперационном периоде (3–5 дней), малые сроки реабилитации, низкая частота послеоперационных осложнений и отсутствие осложнений позднего послеоперационного периода. Смертность после влагалищной гистерэктомии по данным тех же авторов колеблется от 3,1 на 10 000 в США (Wingo P.A. et al., 1985), до 2,7 на 10 000 в Германии (Stark G., 1980, 1984), что почти в три раза ниже, чем после абдоминальной экстирпации матки.

Тем не менее влагалищный доступ имеет и недостатки: отсутствие возможности полноценной ревизии вследствие небольшой площади операционного поля; высокий риск интраоперационных осложнений (ранение мочеточников, мочевого пузыря, прямой кишки, сосудов) — этот доступ имеет относительные противопоказания: повторность хирургического вмешательства (так как невозможно контролировать возможный спаечный процесс); большие размеры опухоли, способные привести к анатомическим изменениям; отсутствие родов в анамнезе прогнозирует технические трудности при низведении матки, и, безусловно, эндометриоз, когда необходима полноценная ревизия органов брюшной полости. В связи с перечисленным в России влагалищная гистерэктомия чаще всего используется лишь для хирургического лечения пролапса половых органов.

Использование же влагалищного доступа в других странах варьируется от 6% (Loft A. et al., 1991) до 79% (Browne D.S., Frazer M.L., 1991). Например, в Германии в 43% больниц предпочитают абдоминальный доступ, в 43% больниц — влагалищный, а в 14% частота этих операций одинакова (Kuhl W. et al., 1992).

За последние годы лапароскопический доступ активно занимает прочную позицию в хирургическом лечении гинекологических заболеваний. Не в последнюю очередь это относится и к лапароскопической гистерэктомии. Эта операция имеет схожие с влагалищной гистерэктомией плюсы: низкая травматизация, хороший косметический эффект, нахождение в стационаре в послеоперационном периоде 3–5 дней, малые сроки реабилитации, низкая частота послеоперационных осложнений, отсутствие осложнений позднего послеоперационного периода. Однако есть и минусы: высокий риск интраоперационных осложнений (ранение мочеточников, мочевого пузыря, прямой кишки, сосудов), наличие относительных противопоказаний (большие размеры опухоли, онкологические заболевания).

Использование комбинированного (лапароскопического и влагалищного) доступа позволяет решать проблемы, неразрешимые для каждого доступа при их изолированном применении.

Основная цель лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии — избежать брюшной экстирпации матки. Эта цель достигается комбинацией лапароскопического и влагалищного доступа у пациенток:

- с эндометриозом;
- со спаечным процессом в малом тазу;
- с заболеваниями придатков матки;
- с миомами матки больших размеров;

— после хирургических вмешательств на органах малого таза;

— при плохом низведении матки во время ее мобилизации (в том числе у нерожавших).

Существуют и относительные противопоказания к проведению лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии:

— распространенный эндометриоз (в том числе позадишеечный с прорастанием прямой кишки);

— множественные спайки, разъединение которых невозможно лапароскопическим методом;

— обширные новообразования яичников при невозможности исключения их злокачественной природы.

Наиболее широко используется следующая классификация лапароскопической и влагалищной гистерэктомии (Garry R. et al., 1994):

— диагностическая лапароскопия и влагалищная гистерэктомия;

— лапароскопически ассистированная влагалищная гистерэктомия;

— лапароскопическая гистерэктомия;

— тотальная лапароскопическая гистерэктомия;

— лапароскопическая супрацервикальная гистерэктомия;

— классическая межфасциальная супрацервикальная гистерэктомия.

Сегодня не существует единого мнения об объеме лапароскопических вмешательств при гистерэктомии (Soderstorm R.M. et al., 1993; Kovac S.R., 1995). Учитывая, что сосуды, крестцово-маточные, кардинальные связки можно пересечь при влагалищном этапе, чаще лапароскопический этап ограничивается этапами мобилизации матки.

Американская коллегия акушеров-гинекологов (ACOG) считает такой подход стандартным.

Материал и методы

В нашей клинике данные технологии применяются с 1996 г. Наш опыт насчитывает 103 лапароскопически ассистированных влагалищных гистерэктомий. Выбор методики осуществлялся в зависимости от размеров матки, ее подвижности, особенности расположения миоматозных узлов, емкости влагалища, перенесенных ранее операций. При необходимости производилось удаление придатков, устранение спаечного процесса, проведение симультанных операций. Для обезболивания применялся интубационный комбинированный наркоз.

Возраст пациенток составлял от 35 до 70 лет. Размеры матки достигали 22-х, а в среднем 10–14 недель беременности.

Результаты исследования

Показаниями к операции служили: размеры миомы матки более 12 недель беременности, подслизистая локализация фиброматозных узлов, сопутствующий спаечный процесс органов брюшной полости, отсутствие эффекта от гормональной терапии гиперпластических процессов, выраженная постгеморрагическая анемия и др.

Техника лапароскопически ассистируемой влагалищной гистерэктомии включала лапароскопический и влагалищный этапы.

Лапароскопический этап:

- введение маточного манипулятора;
- диагностическая лапароскопия;
- разъединение спаек;
- идентификация мочеточников (при необходимости);
- пересечение и лигирование круглых маточных связок;
- мобилизация мочевого пузыря;
- пересечение и лигирование маточных труб и собственных связок (или удаление придатков);
- задняя кольпотомия.

Влагалищный этап:

- рассечение передней стенки влагалища;
- смещение мочевого пузыря краниально;
- пересечение пузырно-маточных связок;
- разрез слизистой задней стенки;
- гемостатические швы на брюшину и заднюю стенку влагалища;
- пересечение и лигирование крестцово-маточных связок;
- пересечение и лигирование кардинальных связок;
- пересечение и лигирование маточных сосудов;
- выведение матки в рану, при необходимости — ее фрагментация;
- отсечение препарата;
- гемостаз;
- наложение 4-х обвивных швов на брюшину, культи связок и слизистую влагалища.

Затем снова лапароскопически осуществляется:

- контроль гемостаза;
- дренирование малого таза.

Продолжительность операции варьировала от 60 до 130 минут при комбинированном (лапароскопическом и влагалищном) доступе у больных с миомой матки больших размеров, особенно в сочетании с малой емкостью влагалища, то есть у нерожавших. Длительность нахождения больных в стационаре составляла 3–6 дней. Средняя кровопотеря — 300 мл.

За время работы было одно серьезное осложнение — ранение мочевого пузыря (произведена лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, гистерэктомия, больная выписана с выздоровлением на 12 сутки).

Переход на лапаротомию выполнен лишь однажды (в случае, описанном выше) (0,97%).

Заключение

Лапароскопический и влагалищный доступ имеет неоспоримые преимущества перед традиционным лапаротомическим доступом (отсутствие разреза, обеспечивающее немаловажный для женщины косметический эффект, отсутствие боли и быстрое восстановление в послеоперационном периоде, низкая частота послеоперационных осложнений, отсутствие осложнений позднего послеоперационного периода (спаечная болезнь, болевой синдром), снижение риска интраоперационных осложнений, отсутствие абсолютных противопоказаний). Накопленный опыт доказывает выполнимость, целесообразность и эффективность лапароскопических и влагалищных гистерэктомий. Большие размеры миомы матки не являются противопоказанием к проведению гистерэктомии лапароскопическим и влагалищным доступом.

Литература

1. Brown D.S., Frazer M.I. Hysterectomy revisited // Aust. NZJ Obstet. Gynecol. — 1991. — Vol. 31. — P. 148.
2. Garry R., Reich H. Laparoscopic hysterectomy // Oxford: Blackwell. — 1993. — P. 79.
3. Garry R., Reich H., Liu C.Y. Laparoscopic hysterectomy — definitions and indications // Gynaecol Endoscop. — 1994. — Vol. 3. — P. 1.
4. Johns D.A., Diamond M.P. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy // J. Reprod. Med. — 1994. — Vol. 39. — P. 424.
5. Kovac S.R. Guidelines to determine the route of hysterectomy // Obstet. Gynecol. — 1995. — Vol. 85. — P. 18.
6. Kuhn W., Cunze T., Martin M. Die Hysterektomie in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage an 34 westdeutschen Universitätskliniken und groben kommunalen Krankenhäusern (Ausnahme UFK Greifswald). Journées Europeennes du Congrès de la Société Française de Gynécologie. Paris. — Oct. 1992.
7. Loft A., Andersen T.F., Bronnum-Hansen H., Roepstorff C., Madsen M. Early postoperative mortality following hysterectomy. A Danish population based study, 1977-1981. // Brit. J. Obstet. Gynaecol. — 1991. — Vol. 98. — P. 147.
8. Reich H. R., De Caprio J., Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy // J. Gynecol. Surg. — 1989. — Vol. 5. — P. 213.
9. Soderstorm R.M., Johns A., Smith M., Stovall T.G. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy // Contemp. Obstet. Gynecol. — 1993. — Vol. 38. — P. 71.
10. Stark G. Ergebnisse der Erhebungen postoperativer Komplikationen. In: Stark G., Hrsg. Problematik der Qualitätssicherung in der Gynäkologie. Nürnberger Symposium. Grafelfing: Demeter. 1980.

11. *Stark G.* Qualitätssicherung in der operativen Gynakologie. In: Stark G., Hrsg. Umstrittene Probleme in der Gebertshilfe und Gynakologie. Nurnberger Symposium. Grafelfing: Demeter. 1984.
12. *Wingo P.A., Huzo C.M., Rubin G.L., Ory H.W., Peterson H.B.* The mortality risk associated with hysterectomy// Am. J. Obstet. Gynecol. — 1985. — Vol. 152. — P. 803.

THE EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC-ASSISTED VAGINAL HYSTERECTOMY

Plekhanov A.N., Zhemchuzhina T.Yu.

■ **The summary:** In our clinic we have been using laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy since 1996. Our experience of LAVH

amounts to 103 operations. The investigations we carried out confirmed undoubted advantages of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy over other methods in question. The technique used by us resulted in decreasing of complications and extended the number of indications.

Summarizing everything mentioned above we can draw the conclusion that laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy has the following advantages: minimal traumatization, favorable cosmetic effect, short postoperative and rehabilitation period, absence of complications in the late postoperative period, decrease of the risk of intraoperative complications and absence of absolute contraindications. The experience accumulated proves the LAVH technique to be reasonable and efficient.

■ **Key words:** laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy.