

Щербакова Е.С.,

студентка

5 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет

им. академика Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Лусевич А.И.,

студентка

5 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет

им. академика Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Фаустова Ю.П.,

студентка

5 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет

им. академика Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

РАЗЛИЧНЫЕ ДОСТУПЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ГИСТЕРЭКТОМИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Аннотация: В статье рассматриваются доступы гистерэктомии. Приведены преимущества и недостатки каждого доступа. Дано описание истории возникновения данной операции. Представлены виды гистерэктомии. Выявлено, что лапароскопический и комбинированный обладают большинством преимуществ: минимальная травматизация, отсутствие осложнений, спокойный послеоперационный период.

Ключевые слова: абдоминальная гистерэктомия, лапароскопическая гистерэктомия, влагалищная гистерэктомия, лапароскопическая ассистируемая влагалищная гистерэктомия.

Annotation: The article discusses the approaches of hysterectomy. The advantages and disadvantages of each access are presented. The description of the history of the occurrence of this operation is given. Hysterectomy types are presented. It was revealed that laparoscopic and combined have most of the advantages: minimal traumatization, no complications, a calm postoperative period.

Key words: abdominal hysterectomy, vaginal hysterectomy, laparoscopic hysterectomy, laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy.

В современной гинекологии гистерэктомия является наиболее часто выполняемой операцией по всему миру. Частота встречаемости в России составляет 32-38%, Швеции – 38%, США – 36%. В 50% случаев развития миомы матки гистерэктомия является показанием.

Гистерэктомия – операция, которую начали проводить еще в конце V века до нашей эры. Позже начали использовать влагалищный доступ для удаления матки. В России первая успешная гистерэктомия влагалищным доступом была проведена в 1846 году Александром Александровичем фон Китером. До этого времени одни хирурги не могли решиться на проведение данной операции, а у других попытки удаления матки заканчивались смертельным исходом у пациентов. Александр Александрович фон Критер, ученик Николая Ивановича Пирогова, являлся врачом, который пропагандировал гинекологию и хирургию, говорил о строении репродуктивной системы женщины. Далее в 1878 Фрейндом было предложено удаление матки через брюшную стенку. В 1989 году Х.Рич провел лапароскопическую гистерэктомию, после чего данный метод модифицировался и использовался многими хирургами [1].

Наиболее частым показанием для проведения гистерэктомии является миома матки. Удаление матки при миоме происходит только в случае подозрения на злокачественное новообразование, при наличии узлов в области шейки, при сочетании миомы с деформацией шейки или имеющиеся миома сопровождается опущением матки. Также гистерэктомия проводится злокачественных опухолях матки, внутреннем генитальном эндометриозе, распространенные воспалительные процессы с поражением яичников.

Выбор метода лечения проводит лечащий врач, опираясь на возраст, анамнез жизни и заболевания и реализацию репродуктивного плана пациентки. Пациенткам до 40 лет стараются выполнять операции с сохранением органа, чтобы сберечь репродуктивные функции, в то время как пациенткам старше 40 лет, у которых генеративная функция реализована, выполняют радикальную гистерэктомию [3].

Выделяют три вида гистерэктомии:

1. Надвлагалищная или субтотальная. Удаление тела матки, при этом шейка матки остается сохранной, благодаря чему послеоперационный период протекает наиболее благоприятно. Риск развития рака шейки матки составляет до 1%.

2. Тотальная или экстирпация матки. Удаление матки вместе с шейкой, при этом сохраняют яичники. Самый распространенный вид гистерэктомии в современной гинекологии. Чаще выполняется женщина старше 45 лет.

3. Радикальная. Данный вид выполняется при раке тела и шейки матки. Проводят удаление матки вместе с шейкой, частью влагалища, также удаляют окружающие ткани, лимфатические узлы, фаллопиевы трубы и яичники [4].

Разделяют три доступа выполнения гистерэктомии:

1. Лапаротомический доступ. Лапаротомическая гистерэктомия является открытой полостной операцией. Проводится нижнесрединный или поперечный разрез брюшной стенки размером 10-20 см. Затем матку фиксируют и выводят из брюшины. Связочный аппарат и кровеносные сосуды

пересекаются. При субтотальной гистерэктомии тело матки отделяется от шейки, формируют культю. При тотальной гистерэктомии происходит формирование культи влагалища. Преимущество данного метода в том, что операционное поле имеет хороший обзор, благодаря чему снижается риск возникновения травм близлежащих органов. Лапаротомический доступ является наиболее травматичным из-за размеров операционного поля и наличия рубца после операции, что усложняет послеоперационный период [1].

2. Влагалищный доступ. Хирург делает разрез в верхней трети влагалища, что снижает величину кровопотери. К достоинствам данного доступа относится наименьшая инвазивность, косметический эффект вследствие того, что послеоперационный рубец располагается не на передней брюшной стенке. Послеоперационный период протекает гораздо легче, чем при лапаротомии, уменьшается реабилитационный период. Низкий риск возникновения послеоперационных осложнений. Влагалищный доступ имеет свои недостатки. При таком доступе отсутствует возможность полноценной ревизии раны, наибольший риск возникновения интраоперационных осложнений, таких как повреждение мочеточника, мочевого пузыря, прямой кишки и сосудов, повышает риск постгистерэктомического пролапса. Влагалищный доступ может быть использован если матка имеет небольшие размеры, отсутствует развитие злокачественных процессов, а также стенки влагалища обладают гибкостью [2].

3. Лапароскопический доступ в современной гинекологии является самым высокотехнологичным методом, при этом извлечение матки происходит либо через влагалище полностью, либо выделяют отдельными фрагментами с помощью морцеллятора. Лапароскопический метод обладает рядом преимуществ по сравнению с другими. Малая травматичность объясняется тем, что при данном доступе делают 4 разреза размером до 1 см – в области пупка, куда вводится оптическая камера, в подвздошных областях и один разрез над лоном. Малый риск возникновения осложнений после

операции благодаря небольшим размерам выполняемых разрезов. Вследствие небольшой травматичности снижается частота послеоперационных болей, наблюдается хороший косметический эффект и сокращается период реабилитации [3].

4. Комбинированный доступ. Некоторые хирурги предпочитают влагалищной гистерэктомии лапароскопическую, но определенные риски возникновения осложнений не уменьшаются, так как лапароскопический доступ всё-таки является альтернативой лапаротомическому, а не влагалищному. Поэтому большинство молодых хирургов, которые не имеют достаточного опыта в проведении влагалищной гистерэктомии, проводят лапароскопически ассистируемую влагалищную гистерэктомию. В таких случаях удастся избежать развития осложнений в послеоперационном периоде. Данная операция показана при наличии у пациенток эндометриоза, спаечного процесса в малом тазу, миомы матки больших размеров, после хирургических вмешательств в малом тазу, а также нерожавшим пациенткам. Лапароскопически ассистируемая влагалищная гистерэктомия является малоинвазивной операцией, которая может быть выполнена хирургом с любым профессиональным уровнем [5].

Использованные источники:

1. Беженарь В.Ф. Лапароскопическая гистерэктомия – семилетний опыт / В.Ф. Беженарь [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. - №4. – С. 12-20.

2. Лапароскопическая гистерэктомия при доброкачественных патологиях матки / Н.А. Маманова [и др.] // Здоровоохранение Кыргызстана. – 2018. - №1. – С. 33-38

3. Н.В. Склифосовский – новатор в оперативной хирургии и асептике / Пешков О.В. [и др.] // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. - №2 (16). – С. 13-16.

4. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.М. Гистерэктомия и здоровье женщины. – М., 1999. – 311 с.

5. Дифференцированный подход к выбору операционного доступа для гистерэктомии / А.Н. Плеханов, Н.А. Татарова, Г.Б. Рябинин, А. Кхедири, В.И. Гамолин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 4 (40). – 130–133.