

помощи при гинекологической патологии.

В гинекологическом отделении с 2008г. по 2015г. (за семь полных лет работы) выполнено 5592 оперативных вмешательства. Произведено 3 864 малых оперативных вмешательства (из них гистероскопии составили 76%-2936). 1728 больших оперативных вмешательств (лапароскопии на органах малого 1090-63%, лапаротомии на органах малого таза 363 -21%, пластические операции на органах малого таза 181-10%, гистерорезектоскопии 94-6%). Доля оперативных вмешательств с использованием эндоскопических методик составила 73%-4120. Из приведенных данных видно, что большинство высококвалифицированной хирургической помощи в гинекологии на современном этапе выполняется с использованием малоинвазивной, низкотравматичной эндоскопической техники. Это способствует более благоприятному течению послеоперационного периода и улучшению качества жизни послеоперационных больных в целом.

Гистероскопия используется как основной метод диагностики и лечения патологии эндометрия, а также при предоперационной подготовке. Гистерорезектоскопия является одним из основных доступов при лечении субмукозной миомы, рецидивирующих гиперпластических процессах эндометрия, другой внутриматочной патологии (удаление субмукозных узлов, удаление гиперплазированного эндометрия, рецидивирующих полипов эндометрия, рассечение внутриматочной перегородки).

Лапароскопия используется как «золотой стандарт» в хирургическом лечении заболеваний придатков матки. В нашем центре 100% все операции при доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичников выполняются лапароскопически. Лапароскопия, у нас, также является основным доступом в лечении генитального эндометриоза, диагностике и лечении бесплодия. Мы используем в большинстве случаев лечения гнойных tuboовариальных образований и абсцессов лапароскопический доступ. Широко используем лапароскопию при симультантных операциях не только в гинекологии, а при сочетании гинекологической и хирургической патологии, гинекологической и урологической патологии. Экстренная хирургическая помощь в гинекологическом отделении практически в 100% случаях оказывалась из лапароскопического доступа (исключение составили два случая некроза узла). Все случаи внематочной беременности, апоплексии яичника, перекрута придатков матки, гнойно-воспалительных заболеваний оперированы лапароскопически.

При операциях на матке как органосохраняющих так и радикальных мы использовали лапароскопический доступ в 43% случаев. При консервативной миомэтомии при выборе доступа мы в первую очередь ориентируемся на дальнейшее сохранение репродуктивной функции женщины. Так лапароскопически мы удаляем субсерозные узлы, либо узлы на ножке в независимости от размеров узла. При субсерозно-интрамуральном расположении узла лапароскопию выполняем при размерах узла не более 6 см в диаметре, расстояние от нижнего полюса узла до полости матки не должно составлять менее 1 см. Все интрамурально субсерозные узлы свыше 6см, а также интрамуральные узлы с деформацией полости матки мы оперируем лапаротомически (профилактика несостоятельности рубца во время беременности)..

При радикальных операциях (тотальная и субтотальная гистерэктомия) мы используем три основных вида

**Казакевич А.И.**  
**Заведующий гинекологическим отделением**  
**ГУ «Республиканский клинический медицинский центр»**  
**Управления делами Президента Республики Беларусь.**

*ГУ «Республиканский клинический медицинский центр»*  
*Управления делами Президента*  
*Республики Беларусь.*

## **СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.**

Гинекологическое отделение на 20 коек в ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь. открыто с 5.03.2007г. Отделение оказывает в полном объеме консервативную и хирургическую помощь гинекологическим больным с использованием всех разрешенных в Республике Беларусь новых технологий.

Сегодня эндоскопические технологии включены в алгоритмы обследования и лечения большинства гинекологических заболеваний. Так лапароскопия, гистероскопия, гистерорезектоскопия являются основными доступами в хирургическом лечении гинекологических больных. Широкое внедрение эндоскопических вмешательств позволило существенно улучшить оказание хирургической

доступа и один комбинированный.

1. Влагалищный (4%).
2. Лапароскопический (38%).
3. Лапаротомный (53%) .
4. Влагалищный с лапароскопической ассистенцией (5%)

Нами разработан следующий алгоритм выбора доступа, который мы используем при планировании радикальных оперативных вмешательств в гинекологии.

Влагалищный , лапароскопический и комбинированные доступы позволяют максимально облегчить послеоперационный период и добиться наиболее приемлемого косметического эффекта . Однако несмотря на привлекательность данных доступов следует ограничить их применение при атипичном расположении узлов ( следующие варианты : шеечное , шеечно-перешеечное , инталигаментарное расположение узлов ) , выраженном спаечном процессе брюшной полости . В остальном выбор доступа( при отсутствии экстрагенитальных противопоказаний) зависит от размеров миоматозно увеличенной матки .

Для определения размеров матки согласно недель беременности предлагаем воспользоваться таб. № 1

Таблица 1

Соотношение размеров тела матки по данным УЗИ в линейных единицах (мм) и неделях беременности.

Недели беременности	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Длина (мм)	70	78	80	85	90	100	110	114	120	126	134	140
Поперечник (мм)	45	50	52	55	58	60	65	70	72	75	77	79

При надвлагалищной ампутации матки (субтотальной гистерэктомии ) .

1. до 12 недель беременности могут применяться следующие доступы : лапароскопический , ( обязательное наличие марцелятора ) , лапаротомный . Предпочтительно -лапароскопический..

2. от 12 до16 недель беременности могут применяться следующие доступы : лапароскопический , лапаротомный . Предпочтительно лапаротомный . Лапароскопический только при наличии марцелятора и адекватной подвижности матки..

3. от16 недель беременности должен применяться лапаротомный доступ.

При экстирпации матки (тотальной гистерэктомии ) .

1. до 9 недель беременности могут применяться следующие доступы : лапароскопический, влагалищный при сопутствующем наличии пролапса. , влагалищный с лапароскопической ассистенцией , лапаротомный . Предпочтительно при наличии сопутствующего опущения половых органов- влагалищный , при отсутствии опущения -лапароскопический или влагалищный с лапароскопической ассистенцией .

2. от 9 до12 недель беременности могут применяться следующие доступы : лапароскопический , влагалищный с лапароскопической ассистенцией , лапаротомный .

Предпочтительно –лапароскопический. .

3. от 12 до 16 недель беременности могут приме-

няться следующие доступы : лапароскопический , лапаротомный .

Предпочтительно лапаротомный. Лапароскопический при высоком уровне подготовки медицинского персонала и взвешенном подходе .

4. от 16 недель беременности должен применяться лапаротомный доступ .

Из приведенных выше данных следует , что качественная работа в оперативной гинекологии не возможна, на современном этапе, без эндоскопических технологий. Доля эндоскопических вмешательств в отделении составляет 73% . Но надо помнить, что только качественное, своевременное использование малоинвазивных технологий приводит к хорошим результатам для пациента. Выполнение операции из лапароскопического доступа не должно быть самоцелью , а наиболее безопасным и эффективным методом лечения конкретного пациента.