



АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ/OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.166.3>

EDN: VAUBWA

ОПЫТ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Научная статья

Малушко А.В.¹, Щедрина И.Д.^{2,*}, Алексеев С.М.³, Фаткуллина И.Б.⁴, Зиганшин А.М.⁵, Зулкарнеева Э.М.⁶, Назарикова Н.В.⁷, Суворина О.В.⁸, Силакова В.Р.⁹, Онегова С.Б.¹⁰¹ ORCID : 0000-0002-4460-9075;² ORCID : 0000-0003-0062-1256;⁴ ORCID : 0000-0001-5723-2062;⁵ ORCID : 0000-0001-5474-1080;⁹ ORCID : 0009-0009-0390-7525;¹⁰ ORCID : 0000-0002-5665-9504;^{1, 2, 3, 7, 8, 10} Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Российская Федерация⁴ Республиканский клинический перинатальный центр, Уфа, Российская Федерация^{5, 6} Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Российская Федерация⁹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (forgottenz[at]mail.ru)

Аннотация

Влагалищная гистерэктомия имеет ряд преимуществ по сравнению с лапароскопической и лапароскопически-ассистированной гистерэктомией, такие как хороший косметический эффект, минимальная травматизация тканей, короткий реабилитационный период. Влагалищная гистерэктомия может быть рассмотрена доступом выбора у пациенток с избыточной массой тела и ожирением.

Цель исследования: демонстрация собственных клинических случаев и опыта с оценкой эффективности лечения с применением влагалищной гистерэктомии с и без использования видеоэндоскопических технологий у пациенток с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы: представлены 2 клинических случая успешного лечения пациенток с ожирением 2–3 степени с использованием влагалищного доступа с и без применения видеоэндоскопических технологий.

Влагалищный доступ имеет ряд преимуществ, такие как косметический эффект, минимальная травматизация, быстрая реабилитация, но требует тщательной подготовки хирурга и более длительную кривую обучения. В связи с этим требуется персонифицированный подход к каждому пациенту в зависимости от клинической ситуации, требуется накопления опыта и знаний, систематизация, проведение ретроспективных исследований для определения эффективности и целесообразности выполнения влагалищной гистерэктомии с и без видеоэндоскопических технологий у пациенток с ожирением.

Ключевые слова: ожирение, аденомиоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, влагалищная гистерэктомия, v-NOTES.

EXPERIENCE WITH VAGINAL HYSTERECTOMY IN OVERWEIGHT AND OBESE WOMEN

Research article

Malushko A.V.¹, Shchedrina I.D.^{2,*}, Alekseev S.M.³, Fatkullina I.B.⁴, Ziganshin A.M.⁵, Zulkarneeva E.M.⁶, Nazarikova N.V.⁷, Suvorina O.V.⁸, Silakova V.R.⁹, Onegova S.B.¹⁰¹ ORCID : 0000-0002-4460-9075;² ORCID : 0000-0003-0062-1256;⁴ ORCID : 0000-0001-5723-2062;⁵ ORCID : 0000-0001-5474-1080;⁹ ORCID : 0009-0009-0390-7525;¹⁰ ORCID : 0000-0002-5665-9504;^{1, 2, 3, 7, 8, 10} Leningrad Regional Clinical Hospital, Saint-Petersburg, Russian Federation⁴ Republican Clinical Perinatal Center, Ufa, Russian Federation^{5, 6} Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation⁹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

* Corresponding author (forgottenz[at]mail.ru)

Abstract

Vaginal hysterectomy offers a number of advantages over laparoscopic and laparoscopically-assisted hysterectomy, such as a good cosmetic outcome, minimal tissue trauma and a short recovery period. Vaginal hysterectomy may be considered the procedure of choice for overweight and obese patients.

Objective: To present own clinical cases and experience in assessing the efficacy of treatment using vaginal hysterectomy, with and without the use of video-assisted laparoscopic techniques in overweight and obese patients.

Materials and methods: 2 clinical cases are presented of the successful treatment of female patients with grade 2–3 obesity using a vaginal approach, with and without the use of videoendoscopic techniques.

Vaginal access offers a number of advantages, such as a cosmetic benefit, minimal trauma and rapid recovery, but requires thorough training of the surgeon and a longer learning curve. Consequently, a personalised approach to each patient is required depending on the clinical situation; it is necessary to accumulate experience and knowledge, systematise practices, and conduct retrospective studies to determine the efficacy and appropriateness of performing vaginal hysterectomy with and without videoendoscopic technologies in obese patients.

Keywords: obesity, adenomyosis, uterine fibroids, endometrial hyperplasia, vaginal hysterectomy, v-NOTES.

Введение

Гистерэктомия — это самая частая операция у пациенток гинекологического профиля, в том числе с доброкачественными заболеваниями органов малого таза. Так, в Швеции частота гистерэктомии среди полостных гинекологических операций составляет 38%, в США — 36%, в Великобритании — 25%, в России — 32,5 до 38,2% [1], [2]. До сих пор 70% гистерэктомий в США, 88% в Великобритании, 95% в Швеции производятся абдоминальным доступом [3], [4]. Такой высокий процент абдоминальных гистерэктомий связан, возможно, с экономическими причинами или с высокими требованиями к оперативной технике хирурга. Влагалищная хирургия выполняется через естественные отверстия (NOTES-хирургия) без разрезов на передней брюшной стенке [1]. Операция известна с древних времен и на протяжении многих лет совершенствовалась. Наиболее весомый вклад в развитие влагалищной хирургии внес Д.О. Отт, описав основные этапы операции [1], [2].

Сегодня существует лапароскопический, лапаротомный, роботический и вагинальный доступ. В связи с высокой травматичностью лапаротомного доступа, выраженный косметический дефект и болевой синдром, высокое количество инфекций, связанных с оказанием медицинского вмешательства, его использование становится ограниченным [3]. Преимущества лапароскопического и роботического доступа неоспоримы, но у пациенток с избыточной массой тела они также могут иметь ограничения, невозможность наложения оптимального пневмоперитонеума и создания положения Тренделенбурга [4]. Вагинальный доступ выполняется «без разрезов», нет шрамов на передней брюшной стенке, минимальная травматизация, короткие сроки нахождения в стационаре, но есть ограничения данного доступа при наличии сопутствующей патологии яичников и маточных труб [2], [5], [6].

Цель исследования: демонстрация собственных клинических случаев и опыта с оценкой эффективности лечения с применением влагалищной гистерэктомии с и без использования видеоэндоскопических технологий у пациенток с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы: представлены 2 клинических случая успешного лечения пациенток с ожирением 2–3 степени с использованием влагалищного доступа с и без применения видеоэндоскопических технологий.

Основные результаты

Клинический случай №1

Пациентка М., 49 лет, поступила экстренно в гинекологическое отделение с жалобами на нарушение менструального цикла по типу обильных нерегулярных кровянистых выделений в течение 1 месяца. По данным УЗИ органов малого таза — патология эндометрия — гиперплазия эндометрия (М-эхо 10 мм), аденомиоз, диффузная форма, миома матки небольших размеров тип 3-5. Соматическая патология — артериальная гипертензия 2 степени, частично контролируемая, нарушение толерантности к глюкозе, аутоиммунный тиреодит на заместительной гормональной терапии, варикозная болезнь вен нижних конечностей, ожирение 2 степени (ИМТ — 35,2 кг/м²), анемия легкой степени тяжести. Гинекологический анамнез — менархе с 14 лет, регулярные, в течении последних двух лет отмечает нарушение менструального цикла, обильные менструации со сгустками. Беременности — 6, родов — 3 — через естественные родовые пути, без осложнений, 2 — медицинских аборта, без осложнений, 1 — самопроизвольный полный выкидыш на сроке 7–8 недель, без осложнений.

В 2023 году обратилась к гинекологу по поводу аномальных маточных кровотечений, обильных менструаций со сгустками. По данным УЗИ органов малого таза выявлена патология эндометрия, пациентке проведено раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала по месту жительства, по результатам гистологии — железистая гиперплазия эндометрия без атипии. В 2024 году по данным УЗИ органов малого таза выявлена гиперплазия эндометрия, миома матки небольших размеров тип 3–5, аденомиоз. Пациентке повторно выполнено раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, по данным гистологического ответа — железистый полип эндометрия без атипии. Амбулаторно пациентке установлена внутриматочная система с левоноргестрелом, через 2 месяца произошла самопроизвольная экспульсия спирали.

При поступлении в гинекологическое отделение анемия 97 г/л — анемия легкой степени, по данным УЗИ органов малого таза — гиперплазия эндометрия М-эхо — 10 мм, аденомиоз, диффузная форма, множественная миома матки тип 3–5 с деформацией полости матки.

При осмотре матка шаровидная, увеличена до 12–13 недель беременности, бугристая.

Проведена влагалищная гистерэктомия. Влагалищная гистерэктомия выполнялась в следующей последовательности. Сначала проводился окоймляющий разрез вокруг шейки матки по переходной складке, далее проводилась задняя кольпотомия и устанавливалось ложкообразное зеркало, которое служило защитой прямой кишки, далее низводился мочевой пузырь кверху острым путем в бессосудистой зоне, далее устанавливался подъемник для фиксации мочевого пузыря, для обнажения боковых сводов применяются S-образные зеркала. Далее последовательно пересекаются и легируются крестцово-маточные и кардинальные связки, маточные сосуды, широкие связки матки, собственные связки яичников и маточные концы маточных труб, с каждой стороны использовалось по одной рассасывающейся нитке толщиной 0 или 1 на игле ½ 48 мм. Матка из брюшной полости извлекалась кускованием из

центра к краям, после уменьшения размеров проводилось ее отсечение. Далее выполнялся контроль гемостаза. Ушивание брюшины проводилось круговым швом и кольпоррафия теми же нитями. Пациентка выписана на третьи сутки в удовлетворительном состоянии.

Клинический случай №2

Пациентка В., 52 лет, поступила в плановом порядке в гинекологическое отделение с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота в течение 6 месяцев, обращалась к гинекологу, проведено УЗИ органов малого таза — выявлена патология эндометрия — М-эхо 12 мм, неоднородное, миома матки. По месту жительства пациентке проведено раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, по данным гистологического ответа — гиперплазия эндометрия с единичными атипичными клетками, пациентка консультирована онкогинекологом и рекомендовано проведение пангистерэктомии по месту жительства.

Гинекологический анамнез — менархе с 13 лет, регулярные, умеренные, безболезненные. Беременностей 3, роды — 1 — через естественные родовые пути, без осложнений, 2 — медицинских аборта по желанию до 12 недель, без осложнений. Миома матки в течение 10 лет, в анамнезе — удаление полипа цервикального канала, диатермокоагуляция шейки матки после родов по поводу эрозии (со слов).

У пациентки из сопутствующих заболеваний — гипертоническая болезнь 2 стадии, артериальная гипертензия 1 степени, контролируемая, риск ССО 3, сахарный диабет 2 типа, инсулиннезависимый, компенсированный, хронический гастрит, ремиссия, ожирение 3 степени. ИМТ — 41,3 кг/м².

Проведена транслюминальная пангистерэктомия с использованием v-notes технологии. Этапы проведения операции. Под эндотрахеальным наркозом в положении пациентки на гинекологическом кресле проводится передняя или задняя кольпотомия (в зависимости от патологии и локализации процесса), далее введение специального многоканального хирургического порта (позволяет ввести несколько инструментов+камеру и сохранить герметичность в полости живота) через влагалища для эндоскопа и инструментов.

Следующим этапом создание пневмоперитонеума для хорошей видимости и пространства для работы до 4–6 мм.рт.ст., непосредственное проведение пангистерэктомии оперативное вмешательство-удаление матки с придатками с дальнейшим удалением порта и извлечением тканей через кольпотомический разрез, ушивание разреза. Пациентка выписана из стационара на третьи сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии.

В общем в гинекологическом отделении ГБУЗ «Ленинградская областная больница» с 2022 по 2025гг. выполнено 203 влагалищных гистерэктомии без пролапса у пациенток с избыточной массой тела и ожирением. Выбор доступа определялся после проведения предварительного типирования эндометрия и УЗИ органов малого таза, пациенткам с атипичической гиперплазией, а также при наличии образований придатков оперативное лечение проводилось лапароскопическим доступом или с применением v-NOTES технологий. Возраст пациенток составлял от 43 до 52 лет, индекс массы тела варьировал от 29,1 до 43,4 кг/м². Максимальные размеры матки достигали 24 недель условной беременности, средние размеры составляли 14–16 недель условной беременности.

Продолжительность операции в среднем варьировала от 55 до 90 минут в зависимости от размеров матки и емкости влагалища. Все оперативные вмешательства выполнялись под спинальной анестезией. Длительность нахождения в стационаре составляла от 2 до 4х дней. В раннем послеоперационном периоде требовалось применение нестероидных противовоспалительных анальгетиков, преимущественно в свечах. Средняя кровопотеря составила 150 мл.

Обсуждение

Самой частой операцией в оперативной гинекологии остается гистерэктомия, выполняемой различными доступами: лапаротомным, лапароскопическим, вагинальным и в их комбинации. Несмотря на переориентирование принципов оперативной гинекологии на проведение органосохраняющих операций, все равно остается наиболее частой [4]. Влагалищная гистерэктомия наиболее часто производится при пролапсе тазовых органов, а при отсутствии пролапса будет являться более сложной по сравнению с абдоминальным доступом. Гистерэктомия влагалищным доступом требует от хирурга на высоком уровне, в идеале, владения лапаротомным и лапароскопическим доступом [1], [5], [8]. Знания анатоми-топографических тонкостей органов малого таза в условиях ограниченной видимости выступает на первый план. На первых этапах выполнения оперативных вмешательств влагалищным доступом некоторые структуры органов малого таза остаются закрытыми для начинающего хирурга [2], [9]. Работа в условиях малых пространств требует также определенной сноровки. Но не нужно забывать и про преимущества данного доступа. Все хирургические вмешательства должны выполняться с учетом патологии и только в интересах пациента, направленных на минимизирование кожных разрезов и уменьшение послеоперационного болевого синдрома [3], [5], [6], [10].

Влагалищная гистерэктомия требует создания референсных центров для обучения хирургов так как незаслуженно утратила свои позиции с развитием эндоскопической и роботической хирургии [8], [9]. Данный доступ является предпочтительным по ряду позиций: нет необходимости разрезов на передней брюшной стенке, нет необходимости карбоксипетонеума, не требуется длительного нахождения в стационаре и использования дорогостоящего оборудования и дорого расходного материала [10].

Заключение

Влагалищный доступ имеет ряд преимуществ, такие как косметический эффект, минимальная травматизация, быстрая реабилитация, но требует тщательной подготовки хирурга и более длительную кривую обучения.

Методика позволяет уменьшить негативный эффект самого оперативного вмешательства, обеспечивая максимальный косметический эффект (полное отсутствие разрезов на передней брюшной стенке), методика является безопасной и требует дальнейшего совершенствования как в технике выполнения, так и наработке навыков хирургов, несомненно методика может быть внедрена в широкую хирургическую практику.



В связи с этим требуется персонифицированный подход к каждому пациенту в зависимости от клинической ситуации, требуется накопление опыта и знаний, их систематизация, проведение ретроспективных исследований для определения эффективности и целесообразности выполнения влагалищной гистерэктомии с и без видеоэндоскопических технологий у пациенток с ожирением.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Елисеев Д.Э. Безопасная гистерэктомия / Д.Э. Елисеев, Ж.Л. Холодова, Ю.Э. Доброхотова [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2023. — № 1. — С. 61–71. — DOI: 10.48612/cgma/febh-mufh-d4an.
2. Артемьева С.Д. Гистерэктомия: с древних времен и до наших дней / С.Д. Артемьева, Д.О. Архипов, Л.В. Некрасова [и др.] // Universum: медицина и фармакология. — 2024. — № 1(106). — С. 8–12.
3. Marquini G.V. Historical perspective of vaginal hysterectomy: the resilience of art and evidence-based medicine in the age of technology / G.V. Marquini, L.M. Oliveira, S.B. Martins [et al.] // Archives of Gynecology and Obstetrics. — 2023. — Vol. 307, № 5. — P. 1377–1384.
4. Jeremiah A.N. Long term outcomes of the management of ureterovaginal fistula after obstetric and gynecological procedures / A.N. Jeremiah // Urologiya [Urology]. — 2021. — Vol. 25, № 4(99). — P. 275–283. — DOI: 10.26641/2307-5279.25.4.2021.253249.
5. Плеханов А.Н. Рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности различных биполярных устройств при выполнении электрохирургической влагалищной гистерэктомии / А.Н. Плеханов, В.Ф. Беженарь, Т.А. Епифанова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2021. — Т. 70, № 2. — С. 45–54. — DOI: 10.17816/JOWD71084.
6. Harmanli O.H. Vaginal hysterectomy for the enlarged uterus / O.H. Harmanli, S. Byun, V. Dandolu [et al.] // Gynecologic and Obstetric Investigation. — 2006. — Vol. 61. — P. 4–8. — DOI: 10.1159/000087563.
7. Патент № 2835513 С1 Российская Федерация, МПК А61В 17/42, А61В 1/303, А61В 10/04. Способ малоинвазивной влагалищной гистерэктомии с одномоментной коррекцией пролапса тазовых органов : заявл. 31.07.2024 : опубл. 26.02.2025 / С.М. Алексеев, А.В. Малушко, Э.В. Комличенко [и др.]. — 6 с.
8. Clave H. Safety and Efficacy of Advanced Bipolar Vessel Sealing in Vaginal Hysterectomy: 1000 Cases / H. Clave, A.J. Clavé // Journal of Minimally Invasive Gynecology. — 2017. — Vol. 24, № 2. — P. 272–279.
9. Noe G.K. Genital prolapse surgery: what options do we have in the age of mesh issues? / G.K. Noe // Journal of Clinical Medicine. — 2021. — Vol. 10, № 2. — P. 267. — DOI: 10.3390/jcm10020267.
10. Balgobin S. Enabling Technologies for Gynecologic Vaginal Surgery: A Systematic Review / S. Balgobin, E.M. Balk, A.E. Porter [et al.] // Obstetrics and Gynecology. — 2024. — Vol. 143, № 4. — P. 524–537. — DOI: 10.1097/AOG.0000000000005522.

Список литературы на английском языке / References in English

1. Eliseev D.E. Bezopasnaya gisterektomiya [Safe hysterectomy] / D.E. Eliseev, Zh.L. Kholodova, Yu.E. Dobrokhotova [et al.] // Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik [Kremlin Medicine. Clinical Bulletin]. — 2023. — № 1. — P. 61–71. — DOI: 10.48612/cgma/febh-mufh-d4an. [in Russian]
2. Artemyeva S.D. Gisterektomiya: s drevnikh vremen i do nashikh dney [Hysterectomy: from ancient times to the present day] / S.D. Artemyeva, D.O. Arkhipov, L.V. Nekrasova [et al.] // Universum: meditsina i farmakologiya [Universum: Medicine and Pharmacology]. — 2024. — № 1(106). — P. 8–12. [in Russian]
3. Marquini G.V. Historical perspective of vaginal hysterectomy: the resilience of art and evidence-based medicine in the age of technology / G.V. Marquini, L.M. Oliveira, S.B. Martins [et al.] // Archives of Gynecology and Obstetrics. — 2023. — Vol. 307, № 5. — P. 1377–1384.
4. Jeremiah A.N. Long term outcomes of the management of ureterovaginal fistula after obstetric and gynecological procedures / A.N. Jeremiah // Urologiya [Urology]. — 2021. — Vol. 25, № 4(99). — P. 275–283. — DOI: 10.26641/2307-5279.25.4.2021.253249.
5. Plekhanov A.N. Randomizirovannoye sravnitel'noye issledovaniye effektivnosti i bezopasnosti razlichnykh bipolyarnykh ustroystv pri vypolnenii elektrokhirurgicheskoy vlagalishchnoy gisterektomii [Randomized comparative study of the efficacy and safety of various bipolar devices in performing electrosurgical vaginal hysterectomy] / A.N. Plekhanov, V.F. Bezhenar, T.A. Epifanova [et al.] // Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznej [Journal of Obstetrics and Women's Diseases]. — 2021. — Vol. 70, № 2. — P. 45–54. — DOI: 10.17816/JOWD71084. [in Russian]
6. Harmanli O.H. Vaginal hysterectomy for the enlarged uterus / O.H. Harmanli, S. Byun, V. Dandolu [et al.] // Gynecologic and Obstetric Investigation. — 2006. — Vol. 61. — P. 4–8. — DOI: 10.1159/000087563.



7. Patent № 2835513 C1 Rossiyskaya Federatsiya, MPK A61B 17/42, A61B 1/303, A61B 10/04. Sposob maloinvazivnoy vlagalishchnoy gisterektomii s odnomomentnoy korrektsiyey prolapsa tazovykh organov [Method of minimally invasive vaginal hysterectomy with simultaneous correction of pelvic organ prolapse] : filed 31.07.2024 : published 26.02.2025 / S.M. Alekseev, A.V. Malushko, E.V. Komlichenko [et al.]. — 6 p. [in Russian]
8. Clave H. Safety and Efficacy of Advanced Bipolar Vessel Sealing in Vaginal Hysterectomy: 1000 Cases / H. Clave, A.J. Clavé // Journal of Minimally Invasive Gynecology. — 2017. — Vol. 24, № 2. — P. 272–279.
9. Noe G.K. Genital prolapse surgery: what options do we have in the age of mesh issues? / G.K. Noe // Journal of Clinical Medicine. — 2021. — Vol. 10, № 2. — P. 267. — DOI: 10.3390/jcm10020267.
10. Balgobin S. Enabling Technologies for Gynecologic Vaginal Surgery: A Systematic Review / S. Balgobin, E.M. Balk, A.E. Porter [et al.] // Obstetrics and Gynecology. — 2024. — Vol. 143, № 4. — P. 524–537. — DOI: 10.1097/AOG.0000000000005522.