

**Костяхин А.Е.¹, Гурин А.Л.², Гутикова Л.В.²,
Ганчар Е.П.², Евсевич В.И.¹**

¹ УЗ «Городская клиническая больница №4

г. Гродно»

² УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Г. Гродно, Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ГИСТЕРЭКТОМИЙ ПО ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.

Актуальность. Несмотря на успехи современной гормональной терапии частота гистерэктомий в структуре гинекологических оперативных вмешательств составляет от 25 до 40%. Лапароскопическая гистерэктомия (ЛГ) прочно вошла в мировую практику оперативной гинекологии. Несмотря на накопленный опыт выполнения ЛГ в мире, по-прежнему неоднозначными остаются такие вопросы, как поиск оптимальной методики выполнения операции; разноречивы данные по поводу осложнений ЛГ. В УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» накоплен большой клинический опыт выполнения ЛГ. За период 2002 – 2014 гг. в данном стационаре произведено 690 ЛГ (474 тотальных и 216 субтотальных гистерэктомий).

Цель исследования. Изучить клинические аспекты лапароскопических гистерэктомий.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт, историй болезни 364 пациенток, которым было произведено лапароскопическое удаление матки (208 тотальных гистерэктомий и 156 субтотальных гистерэктомий). Для каждой пациентки составлялись протоколы, в которых отражались анамнестические данные, методы дооперационного обследования, ход операции, течение послеоперационного периода, результаты проведенного лечения, объективный статус после лечения.

Результаты и обсуждение. Показаниями к лапароскопической гистерэктомии являлись: миома, сопровождающаяся мено-метрорагиями, быстрым ростом, нарушениями функции соседних органов, аденомиоз, сочетание доброкачественных опухолей яичников с патологией матки. Гистерэктомия сопровождалась адгезиолизисом у 74 (20,3%) пациенток, удалением придатков матки с одной или двух сторон – у 81 (22,3%), иссечением очагов эндометриоза – у 52 (14,3%). При изучении результатов гистологического исследования эндометрия у обследованных больных получены следующие данные: гиперплазия эндометрия была диагностирована у 109 пациенток (29,9%). Фрагменты полипа эндометрия были диагностированы у 144 (36,8 %) больных. Эндометрий секреторной фазы менструального цикла выявлен у 128 (35,2 %) пациенток. Длительность операции у больных при субтотальной гистерэктомии составила 65 - 120 минут, при тотальной ЛГ – 75 - 110 минут. Величина кровопотери колебалась в пределах 50 - 300 мл (в 96,2 % случаев составила 125 мл). Удаление препарата при величине матки до 12 недель беременности при тотальной гистерэктомии производили через кольпотомическую рану. У пациенток при субтотальной гистерэктомии и при величине матки более 12 недель беременности при тотальной ЛГ удаление препарата

производилось с использованием электроморцеллятора. Длительность морцелляции колебалась от 25 до 40 мин. Анализ полученных результатов показал, что длительность морцелляции коррелировала с величиной матки, возрастая по мере увеличения ее размеров – 12-14 недель беременности – не более 40 минут, 14-15 недель беременности – более 40 минут. В тоже время длительность этого этапа операции определялась структурой миоматозных узлов. Отмечено, что отечные и очень плотные миоматозные узлы измельчались электроморцеллятором с образованием мелких фрагментов, что требовало более длительного времени на их извлечение из брюшной полости.

Лапароскопическая гистерэктомия относится к вмешательствам, представляющим высокий риск развития интра- и послеоперационных осложнений. Осложненное течение операций и послеоперационного периода наблюдалось у 8 пациенток (2,2 %), которым выполнялась ЛГ. Среди осложнений во время операции у 1 пациентки (0,3 %) наблюдалось ранение брыжейки поперечной ободочной кишки. У 1 пациентки (0,3 %) возникла травма мочеточника. Следует отметить, что ранение мочеточника не было диагностировано во время операции, что приводило к формированию гидронефроза. При анализе повреждения мочеточника после ЛГ, отмечено, что гистерэктомия выполнялась при размерах удаляемой матки более 12 недель беременности, с наличием низкого интралигаментарного миоматозного узла. В послеоперационном периоде отмечено 6 (1,7%) случаев кровотечения из раны влагалища. В 4 случаях кровотечение остановлено наложением гемостатических швов со стороны влагалища, в 2 – тампонадой влагалища. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила после субтотальной гистерэктомии – 5,2 койко/дня, после тотальной ЛГ – 5,5 койко/дня.

Выводы. Проведенный анализ результатов хирургического лечения обследованных женщин показал, что ЛГ является альтернативной лапаротомической гистерэктомии. Преимуществами лапароскопического доступа является малая инвазивность и травматичность, небольшая кровопотеря, ранняя и быстрая реабилитация.