

**Костяхин А.Е.¹, Ганчар Е.П.², Гурин А.Л.²,
Казачек Л.М.¹**

¹ УЗ «Городская клиническая больница №4
г. Гродно»

² УО «Гродненский государственный
медицинский университет»
Г. Гродно, Беларусь

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОРГАНО-СОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ МАТКИ.

Актуальность. Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половых органов женщины и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы. Существующие методы консервативной терапии больных миомой матки очень часто являются недостаточно или абсолютно неэффективными, в связи с чем приходится прибегать к оперативному лечению. При этом 60,9-95,3% всех оперативных вмешательств приходится на радикальные операции - ампутацию или экстирпацию матки. Вместе с тем отмечено, что миома матки довольно часто встречается у молодых женщин. В возрасте до 40 лет оперативному вмешательству подвергаются до 24-26,8% больных миомой. Радикальные операции лишают женщину в дальнейшем возможности иметь детей и приводят к значительным изменениям в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, усугубляя тем самым уже имеющиеся в организме патологические процессы, и обуславливают выраженное напряжение психо-эмоционального состояния. В связи с этим большое внимание уделяется проведению органосохраняющих операций, среди которых наиболее функционально-щадящей является миомэктомия.

В УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» за период 2010-2014 гг. выполнено 365 консервативных миомэктомий. Лапароскопическим доступом выполнена 251 (68,8%) миомэктомия, лапаротомным – 114 миомэктомий (31,2%).

Цель исследования. Изучить клинические аспекты лапароскопических миомэктомий.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 251 женщины, которым была произведена лапароскопическая миомэктомия. 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. Средний возраст пациенток составил $32,4 \pm 3,3$ года. Длительность заболевания колебалась от 4 месяцев до 11 лет, в среднем около 5-ти лет. Операции проводились по поводу интерстициально-субсерозных миоматозных узлов различных размеров: диаметром более 10 см в 10,4% случаев, 5-10 см – в 66,9 % случаев, 15,9% составили миоматозные узлы субсерозной и интерстициальной локализацией в диаметре от 2 до 5 см и 6,8% миоматозные узлы в диаметре до 2 см.

Средняя продолжительность лапароскопической консервативной миомэктомии составила $44 \pm 2,3$ минуты. В процессе операций удалялось от одного до шести миоматозных узлов. Кроме типично расположенных, нами удалялись интралигаментарные и перешеечные узлы. В процессе выполнения операции ткань матки над узлом вскрывалась до капсулы узла. Проводилась его энуклеация в пределах капсулы. Ложа узлов ушивались экстракорпоральными швами через все слои либо послойными многорядными швами, что обеспечивало как восстановление целостности матки, так и интраоперационный гемостаз. Дополнительный гемостаз проводился биполярной коагуляцией. В качестве шовного материала использовался викрил 2,0. При размерах узлов менее 2 см нами эндошвы не накладывались. Миоматозные узлы из брюшной полости извлекались путем морцелляции. Интраоперационных осложнений не было. Кровопотеря во время операции составила в среднем 80 ± 20 мл. В 100 % случаев послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентки выписывались на 4-5 сутки.

При получении гистологического ответа в 96,6% подтвердился диагноз лейомиомы матки, в 3,4% случаев установлена узловая форма эндометриоза.

В течении 3 лет после перенесенной лапароскопической миомэктомии 152 (60,6%) женщины успешно выносили беременность и благополучно родоразрешились. Не зарегистрировано ни одного случая разрыва матки или несостоятельности рубца на матке.

Выводы. Мы считаем, что вопрос о показаниях к операции при миоме матки, ее объеме и хирургическом доступе необходимо решать индивидуально. Это зависит от возраста больной, ее заинтересованности в сохранении репродуктивной и менструальной функции, размера и локализации миоматозных узлов. Безусловно, имеются значительные преимущества лапароскопической миомэктомии: малоинвазивность, короткие сроки пребывания пациентки в стационаре (5-6 суток), быстрое восстановление после оперативного вмешательства, хороший косметический эффект. Ушивание матки при лапароскопической миомэктомии обеспечивает успешную реализацию репродуктивной функции.