

**Амбрушкевич Л.П., Биркос В.А.,
Павловская Н.А., Довнар Л.Н., Кирина С.Ю.,
Рудковская Л.В.**

*УЗ «Гродненская клиническая больница скорой
медицинской помощи г. Гродно»,
Гродно, Республика Беларусь*

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ.

Введение. Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль матки у женщин репродуктивного возраста. Предложено множество методов оперативного лечения миомы матки, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Одним из методов органосохраняющего хирургического лечения является миомэктомия, которая может быть осуществлена различными доступами.

Цель. Анализ эффективности выполнения консервативной миомэктомии влагищным доступом с лапароскопической ассистенцией.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 4 пациенток, которым в гинекологическом отделении УЗ «ГКБСМП г. Гродно» была проведена органосохраняющая операция при наличии миомы матки.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток составил 40, 2 года. У всех в анамнезе были одни роды. Все пациентки предъявляли жалобы на боли внизу живота и/или в крестцовой области, у 2-х отмечены обильные менструации и анемия легкой степени. Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 2-х лет.

При ультразвуковом исследовании у всех пациенток отмечено наличие одиночного интрамурально-субсерозного миоматозного узла, в трех случаях узлы локализовались на задней стенке матки, в одном – на передней. В одном из наблюдений имели место ультразвуковые признаки нарушения трофики узла. Размеры узлов колебались от 35 до 70 мм, в 2-х наблюдениях отмечена деформация полости матки.

После предоперационной подготовки выполнялась лапароскопия, а затем, второй бригадой хирургов, – задняя (в трех случаях) или передняя (в одном случае) кольпотомия. Узел захватывался зажимами, производилась миомэктомия с ушиванием ложа узла дексоном. Во всех случаях оставлялась дренажная трубка. Средняя длительность операции составила 70 минут (от 45 до 110 минут). Кровопотеря не превысила 250 мл. Течение послеоперационного периода во всех наблюдениях было гладким. Пациентки выписаны на 5-7 сутки в удовлетворительном состоянии. При гистологическом исследовании верифицирована лейомиома, в одном из наблюдений – лейомиома с отеком стромы.

Подобная методика проведения консервативной миомэктомии, безусловно, имеет право на существование. Во-первых, она позволяет избежать общеизвестных осложнений лапаротомии и лапароскопии, во-вторых, позволяет сформировать полноценный рубец на матке при необходимости выполнения пациенткой в дальнейшем детородной функции. Необходимость лапароскопической ассистенции диктуется тем, что позволяет избежать травматизации смежных органов при выполнении кольпотомии, особенно, если имеются подозрения на сопутствующий спаечный процесс в области малого таза. В частности, у обследованных нами пациенток у 2-х в анамнезе имелись указания на хронический аднексит, у одной в анамнезе – аппендэктомия.

Выводы. Консервативная миомэктомия влагищным доступом с лапароскопической ассистенцией является эффективным вмешательством при лечении одиночных миом у женщин репродуктивного возраста. Анализ наших собственных данных и данных литературы свидетельствует о том, что при правильном отборе пациенток возможные осложнения сводятся к минимуму – это позволяет не только излечить пациентку, но и сохранить ее репродуктивную функцию.