

*В.А. Казакевич*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА  
ПРИ ОРАГОНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА МАТКЕ  
В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ**

*Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Л.Ф. Можейко*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*V.A. Kazakevich*

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF OPERATIONAL ACCESS  
FOR UTERINE-PRESERVING SURGERIES IN REPRODUCTIVE AGE**

*Tutor: MD, professor L.F. Mozheiko*

*Department of Obstetrics and Gynecology*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Проанализировано 78 случаев миомэктомий у женщин репродуктивного возраста в гинекологическом отделении ГУ “РКМЦ УД Президента РБ”. Установлено, что лапароскопические органосохраняющие вмешательства, в сравнении с лапаротомией, имеют преимущества при диаметре до 10 см и субсерозном, либо субсерозно-интрамуральном их расположении, что позволяет уменьшить койко-день, болевой синдром и практически избежать кровопотери.

**Ключевые слова:** лапароскопия, лапаротомия, миомэктомия, органосохраняющие операции.

**Resume.** 78 cases of myomectomy among women of reproductive age were analyzed on the basis of the gynecological department of the State Institution "Republican clinical medical center" of Administration President of Belarus. It was found that laparoscopic organ-preserving interventions compared to laparotomy have advantages if the nodules are up to 10 cm in diameter and their subserosal or subserosal-intramural location, which reduces the bed-day and pain syndrome and almost prevents blood loss.

**Keywords:** laparoscopy, laparotomy, myomectomy, organ-preserving surgery.

**Актуальность.** Миома матки является доброкачественным гормонально-зависимым заболеванием у женщин репродуктивного возраста, которая занимает второе место в структуре гинекологической патологии. Развитие указанной патологии рассматривается, как процесс гиперплазии денервированных элементов мышечной ткани и адвентициальной оболочки стенок сосудов в миометрии на фоне гиперэстрогении. Эта патология ухудшает не только качество жизни пациенток, но и реализацию репродуктивной функции в 15-20% случаев. Ведущим методом лечения признано хирургическое удаление патологически измененных участков миометрия методом лапароскопии, оставляя женщине возможность реализации репродуктивной функции.

**Цель:** сравнительный анализ результатов консервативной миомэктомии у пациенток репродуктивного возраста, выполненных с использованием лапароскопического и лапаротомического доступа; оценить особенности течения послеоперационного периода.

### Задачи:

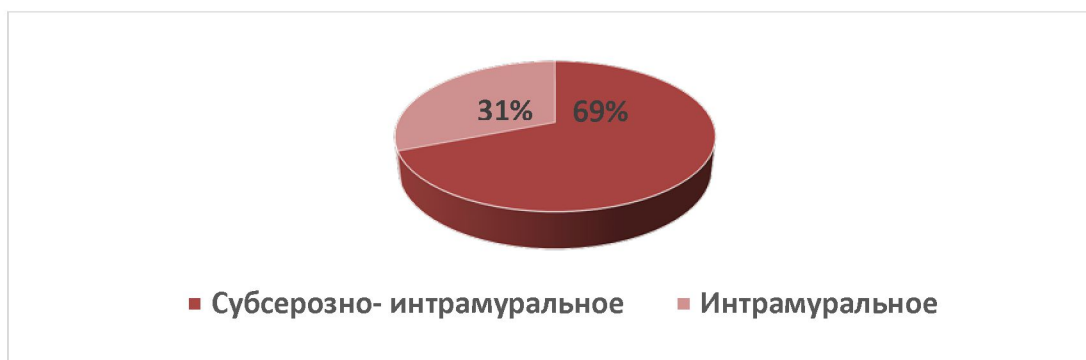
1. Изучить истории болезней женщин репродуктивного возраста с диагнозом миома матки.
2. Провести сравнительный анализ лапаротомического и лапароскопического доступов, оценивая длительность пребывания на койке, операционную кровопотерю, выраженность болевого синдрома.
3. Определить возможности лапароскопии и лапаротомии в сохранении матки при лейомиоме.

**Материал и методы.** Проанализировано 78 случаев миомэктомий у женщин репродуктивного возраста от 23 до 42 лет (средний возраст 32,3). Операции проводились на базе гинекологического отделения ГУ “РКМЦ УД Президента РБ”, причём 49 вмешательств выполнено с использованием лапароскопического доступа и 29 операций с помощью лапаротомического. Показания для оперативного вмешательства: 38 (48,7%) случаев сочетание лейомиомы с бесплодием, 15 (19,2%) – с хронической тазовой болью и 25 (32,1%) ввиду быстрого роста лейомиомы.

Диагноз, размер и расположение узлов были верифицированы при помощи ультразвукового исследования органов малого таза. В предоперационном периоде у 46 (59%) пациенток проводилась гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием, у 32 (41%) – аспирационная биопсия эндометрия. Лапароскопические операции проводились на эндоскопическом оборудовании Karl Storz и Richard Wolf с использованием морцеллятора. Ниже представлены диаграммы о расположении миоматозных узлов (диаграммы 1, 2).



Диагр. 1 – Расположение миоматозных узлов при лапароскопии



Диагр. 2 – Расположение миоматозных узлов при лапаротомии

Размер удаленных узлов при лапароскопии находился в пределах от 1,5 до 8 см.

Размер удаленных узлов при лапаротомии составил от 2 до 16 см. Все удаленные участки лейомиомы подвергались гистологическому исследованию.

Нами использовались следующие этапы выполнения консервативной миомэктомии и минимальный набор лапароскопических инструментов необходимых для выполнения миомэктомии (таблица 1).

**Табл. 1.** Этапы консервативной миомэктомии

Вид миомэктомии	Этап	Инструменты и материалы
Удаление субсерозных узлов на ножке	1. Коагуляция ножки узла 2. Пересечение ножки узла на уровне перехода в субсерозный узел 3. Контрольный гемостаз ножки	Биполяр (щипцы) Механические ножницы
Удаление субсерозных узлов на широком основании, субсерозно-интерстициальных и интрестициальных узлов	1. Предварительная коагуляция серозного покрова матки над узлом в месте его наибольшего истончения 2. Рассечение стенки матки над узлом по месту коагуляции 3. Вылущивание узла с минимальным гемостазом биполяр 4. Окончательный гемостаз и восстановление стенки матки за счёт однорядного или многорядного ушивания	Биполяр (щипцы) Механические ножницы Штопор Иглодержатель Шовный материал (викрил 0)
Извлечение миоматозных узлов из брюшной полости	1. Извлекались через троакарное отверстие в левой подвздошно-паховой области после подведения электроморцеллятора	Электроморцеллятор фирмы Karl Storz и фирмы Richard Wolf

**Результаты и их обсуждение.** При наблюдении в послеоперационном периоде оценивали длительность пребывания на койке, операционную кровопотерю, выраженность болевого синдрома. При лапароскопии средний койко-день составил – 3,7; при лапаротомии – 7,2. Средний объем кровопотери при лапароскопии – 75 мл, при лапаротомии – 224 мл. Отмечается значительное уменьшение болевого синдрома у пациенток после лапароскопических операций, у которых трудоспособность восстанавливалась в 2 раза быстрее (7 дней против 14).

**Выводы:** проведенное исследование свидетельствует, что в случаях миоматозных узлов диаметром  $10 \pm 2$  см при субсерозном или субсерозно-интрамуральном расположении у женщин репродуктивного возраста следует отдавать предпочтение лапароскопическим органосохраняющим операциям, так как в 3 раза снижается

объем кровопотери и болевой синдром, в 2 раза меньше койко-день, быстрее восстанавливается трудоспособность, что способствует укреплению репродуктивного здоровья, сохранению фертильной функции и улучшению качества жизни у таких женщин.

#### **Литература**

1. Кулаков, В. И. Эндоскопия в гинекологии: руководство для врачей / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.
2. Леваков, С.А. Миома матки: учебное пособие / С.А. Леваков, О.В. Зайратьянц, Х.Р. Мовтаева. — М.: Группа МДВ, 2019. — 168 с.
3. Миома матки и миомэктомия / В. А. Линде, М. С. Добровольский, Н.Н. Волков, А. В. Иванов — М.: Открытый мир, 2010. — 96 с.