

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ**Балашова Екатерина Олеговна**

студент Белорусского государственного медицинского университета, Республика Беларусь, г. Минск

Супрунук Вероника Валерьевна

студент Белорусского государственного медицинского университета, Республика Беларусь, г. Минск

Актуальность: Миома матки - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль женских половых органов, она занимает значительное место в патологии репродуктивной системы. Миома матки наблюдается у каждой 4-5-ой женщины, или примерно у 25% женщин старше 30 лет.

Диагностируется в 1/3 всех обращений в гинекологические клиники, и каждая 2-ая больная отделения оперативной гинекологии оперируется по поводу миомы матки. После 45 лет частота встречаемости достигает 60%[1].

Несмотря на низкую частоту ее малигнизации ($< 1\%$), основным методом лечения остается оперативное вмешательство. После радикальных операций на матке у 20-30% женщин появляются психоэмоциональные расстройства, изменения нейроэндокринной системы, нарушения уродинамики, которые в значительной степени ухудшают качество жизни. Все это делает необходимым вести поиски оптимального подхода к лечению миомы матки, который бы позволил своевременно остановить рост опухоли или провести органосохраняющую операцию.

Функциональный подход к лечению миомы матки стал возможен в связи с развитием эндоскопической хирургии. В настоящее время выделяют следующие виды оперативного лечения: лапароскопическая миомэктомия, гистероскопическая миомэктомия, лапаротомия с миомэктомией, гистэрэктомия, эмболизация маточных артерий. В современной медицине лапароскопия по праву занимает одно из ведущих мест, как диагностический метод, позволяющий провести дифференциальную диагностику и определить дальнейшую тактику лечения больных, так и метод хирургического лечения, позволяющий выполнить реконструктивные операции с сохранением репродуктивной функции женщин.

Целью нашего исследования явилось изучение возможности использования эндоскопического лечения пациенток с миомами матки.

Материал и методы исследования: Путем ретроспективного анализа изучены протоколы оперативных вмешательств за 2008-2009 гг. Проанализировано 165 медицинских карт стационарного пациента, которым произведено оперативное вмешательство по поводу миомы матки.

Процент лапароскопических операций по отношению к лапаротомическим по поводу миомы матки составил в 2008 году 51,6 %, в 2009 году 38,8%.

На основании ретроспективного анализа было установлено, средний возраст женщин составил 39,2 $\pm$ 5,1 года. Возрастная структура была распределена следующим образом:

- 20-29 лет — 8 (4,8%) женщин,
- 30-39 лет — 35 (21,2%),
- 40-49 лет — 88 (53,3%),
- 50-59 лет — 23 (13,9%),
- 60-69 лет — 11 (6,7%) женщин.

Из анамнеза выявлено, что 53 (31%) женщины жалоб не предъявляли, 112 (69%) женщин жаловались на:

- болезненные менструации -13(11,6%) женщин,
- меноррагии - 27 (24,2%) женщин,
- менометроррагии - 11 (9,8%) женщин,
- аменорею —1(0,9%) женщин,
- боль внизу живота - 37(33%) женщин,
- бесплодие — 23 (20,5%) женщин.

При анализе гинекологического анамнеза в 13 случаях (9,8%) - миома выявлена во время операции, в 48 (29,1%) до 1 года, в 87 (52,7%) - 1-5 лет, в 12 (7,3%) - 6-10 лет, в 5 (2,7%) - более 10 лет.

Размер узлов составлял: до 1 см - 18 (10,9%), до 4 см - 61 (40%), 4-6 см - 42 (25,5%), 6-8 см - 43 (26,0%), более 8 см - 1 (0,6%).

Размер миомы составлял: до 6 недель - 41 (24,8%), 6-8 недель - 25 (15,2%), 8-10 недель - 65 (39,4%), более 10 недель - 27 (16,4%), у 7 (4,2%) женщин матка была обычных размеров.

Детородная функция: роды I - 65 (39,4%), II-65 (39,4%), III - 12 (7,3%), не было - 23 (13,9%), аборт 1 - 46 (28,2%), аборт 2-4 - 51 (30,9%), аборт более 5 - 6 (3,6%), не было - 61 (37,3%), самопроизвольный выкидыш - 10 (6%).

Сопутствующая гинекологическая патология: хронический аднексит - 8 (4,9%), аденомиоз - 6 (3,7%), эрозия шейки матки - 9 (5,5%), киста яичника - 15 (9,1%), гиперпластический процесс эндометрия - 14 (8,5%), бесплодие первичное - 9 (5,5%), бесплодие вторичное - 13 (7,9%).

Экстрагенитальная патология:

- заболевания ЖКТ - 20 (12,2%)(хронический гастрит - 8, хронический холецистит - 5, хронический колит - 3, язвенная болезнь - 2, хронический панкреатит - 2) ;
- заболевания почек: хронический пиелонефрит - 1 (0,6%);
- сердечно-сосудистые заболевания - 30 (18,2%) (артериальная гипертензия —11, анемия —11, ИБС - 5, врожденный порок сердца - 1, варикозная болезнь - 2) ;
- ожирение - 2 (1,2%);
- заболевания лёгких: бронхиальная астма - 1 (0,6%);
- эпилепсия - 1 (0,6%).

У 59 женщин были выявлены ранее перенесенные оперативные вмешательства: ГС+ДВ - 36

(21,9%), кесарево сечение – 3 (1,8%), ДЭК – 8 (4,9%), холецистэктомия – 4 (2,4%), внематочная беременность – 4 (2,4%), аппендэктомия – 4 (2,4%).

Объем оперативного вмешательства распределился следующим образом:

— консервативная миомэктомия

- удаление субсерозного узла - 44 (26,7%),
- удаление интрамурального узла - 2 (1,2%),
- удаление интерстициально-субсерозного узла - 2 (1,2%),

— гистерэктомия

- надвлагалищная ампутация матки с придатками - 26 (15,8%),
- надвлагалищная ампутация с придатками одной стороны - 24 (14,5%),
- надвлагалищная ампутация матки без придатков - 50 (30,3%),
- экстирпация матки — 18 (10,9%).

В послеоперационном периоде одно осложнение перитонит после лапароскопической ампутации матки по поводу фибромиомы,

Таким образом, при хирургическом лечении миомы матки эндоскопические методы являются операциями выбора у большинства пациенток. При соблюдении показаний и противопоказаний их выполнение обеспечивает высокую эффективность лечения у гинекологических больных.

Преимуществом эндо хирургии перед лапаротомическим доступом является:

- снижение травматичности операции: эндоскопическая технология малоинвазивна, так как объем рассекаемых тканей, кровопотеря, боль после операции значительно меньше;
- снижение частоты и тяжести осложнений: лапароскопические операции проводят «закрытых условиях, при этом не происходит высушивания серозной поверхности органов брюшной полости, что уменьшает вероятность образования синек и инфицирования операционного пространства;
- сокращение сроков госпитализации; в результате быстрого восстановления жизненных функций продолжительность пребывания в стационаре в 2-5 раз меньше, а сроки утраты трудоспособности в 3-4 раза короче;
- косметический эффект;
- короткий период реабилитации

Список литературы:

1. Дивакова И. С., Качество и эффективность применяемых медицинских технологий,- Витебск, 1909. - с, 55-58.
2. Акушерство и гинекология №3,- Москва 2009 г.- с, 34-38.
3. Адамян Л. В., Кулаком В. И., Киселев С. И., Тотальная лапароскопическая гистерэктомия //Эндоскопия и альтерната®»!© подходы в хирургическом лечении женских болезней.' М.,

4. В.И.Кулаков, Н.Д.Селезнева, С.Е. Белеглазова, Руководство гинекологии.-Москва 2006
Г.,с.227- 278.

5. Лапароскопия в гинекологии/ Под ред. акад. РАМН Г.М. Савельева , И.В.Федорова.-
М.:ГЭОТАР- МЕД, 2000.- 328с.