

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

¹Джамаева Г.А., ²Жатканбаева Г.Ж., ¹Жаналиева Ж.Р., ²Абдужабарова Ш.А., ¹Оспангалиева С.М.,
¹Кадырова Р.А., ²Масуди А.

¹Городская клиническая больница №7, Отделение экстренной гинекологии, Алматы, Казахстан
²Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

Миома матки по данным литературы встречается до 17% у женщин репродуктивного возраста и 75% пациенток переносят операцию, которая в 95% случаях выполняется радикально. В случаях лечения бесплодия рекомендуется удаление субмукозной миомы до планирования беременности. Вместе с тем имеются альтернативные мининвазивные эндоваскулярные вмешательства, которые приводят к уменьшению или исчезновению симптомов миомы матки. Современные методы оперативного лечения позволяют избежать ранних и поздних послеоперационных осложнений. Этим требованиям соответствует лапароскопическая гистерэктомия. С 2013года в г.Алматы проведены обучающие мастер-классы с участием профессоров (Бочорошвили Р.В., Штыров С.В., Попов А.А., Коркан А.И., Омарова Г.К. и др.). Были выработаны стандарты этапов проведения операций лапароскопическим доступом и профилактики послеоперационных осложнений. Врачи-гинекологи прошли обучение в ведущих клиниках Индии (г. Дели) и России (г.Казань). За данный период врачами отделения отработана техника лапароскопической гистерэктомии, мероприятия по профилактике и лечению возможных послеоперационных осложнений.

Цель нашего исследования- отработка стандартов этапов проведения лапароскопической гистерэктомии и профилактики послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования. За период с 2013г проведено 242 гистерэктомий из лапароскопического доступа с миомой матки.

Полученные результаты и обсуждение. Все пациентки находились в пременопаузальном периоде с длительностью заболевания до 6-8 лет. У 75,2% (182) пациенток отмечалась сочетанная экстрагенитальная патология (эндемический зоб, сахарный диабет, хроническая артериальная гипертензия, заболевания желудочно-кишечного тракта). В плановом порядке проведено 83,5% (202) операций и в экстренном порядке 16,5% (40). Показаниями к оперативному лечению явились рецидивирующие кровотечения с анемией, субмукозная миома матки, полипоз эндометрия, выраженный болевой синдром, дегенеративные изменения миоматозного узла, сочетание миомы матки с аденомиозом и в 2,5% (6) произведены симультантные операции лапароскопической холецистэктомией. Хирургическое лечение выполняли в I фазу менструального цикла (на 5-14-й день). При проведении операций мы придерживались основных 10 последовательных этапов, разработанных профессором Бочорошвили Р.В. (Clermont-Ferrand, Франция). Следует отметить, что на первых порах длительность операций составляла 150 ± 40 минут, в последующем это время сократилось до 70 ± 20 минут. Послеоперационная культя ушивалась с фиксированием культей крестцово-маточных связок отдельными викриловыми швами со стороны влагалища. Наложение абдоминальных швов отработывалось по мере накопления опыта. Послеоперационные осложнения наблюдались у 30,2% (73) пациенток, которые проявлялись посткоагуляционным синдромом, парезом кишечника, повышением температуры тела, перитонитом и требовали назначения антибиотиков. В 9,1% (22) случаях по поводу выраженного спаечного процесса перешли на конверсию путем лапоротомии. В 0,8% (2) случаях по поводу кровотечения из культы влагалища произведена ревизия брюшной полости. В послеоперационном периоде всем пациенткам назначен фраксипарин в течение 3 суток. Пациентки находились в стационаре до 5 суток, интраоперационная кровопотеря составила $100,0 \pm 80,0$ мл. Реабилитация пациенток проводилась комплексно. Выводы. Современные малоинвазивные технологии уменьшают риск послеоперационных осложнений, способствуют быстрой реабилитации больных и улучшению качества жизни пациенток.

