

томии — 1,8% ($p > 0,05$) (желчеистечение из ложа желчного пузыря). В контрольной группе ранние послеоперационные осложнения отмечались в 4% ($p > 0,05$) и носили общехирургический характер. Течение послеоперационного периода и длительность пребывания в стационаре в основной группе не отличались от показателей контрольной.

Заключение

Таким образом, выполнение симультанных холецистэктомий у больных миомой матки не приводит к значимому увеличению операционной травмы, продолжительности послеоперационного лечения, количеству интра- и ранних послеоперационных осложнений.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

© И. В. Берлев, С. В. Кузнецов, А. С. Иванов

Кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Миома матки — наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль внутренних женских половых органов, которая влияет на реализацию репродуктивной функции женщины. В последнее десятилетие отмечено появление новых органосохраняющих малоинвазивных хирургических технологий для лечения миомы матки. В то же время широкое внедрение эндоскопических технологий в гинекологическую практику принципиально изменило подходы к лечению доброкачественных опухолей матки. Лапароскопический доступ позволил минимизировать операционную травму на матке и улучшить результаты лечения. Дискуссионными остаются вопросы функционального состояния рубца на матке после лапароскопической миомэктомии.

Цель исследования

Оценить клиническую эффективность и отдаленные результаты лапароскопической миомэктомии у женщин репродуктивного возраста в зависимости от размера и локализации узлов.

Материал и методы

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения у 247 пациенток, которым выполнялась лапароскопическая миомэктомия в период с 2001 по 2009 год в клинике акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии. В зависимости от локализации и размера миоматозных узлов пациентки были разделены на две группы. В первую группу отнесены 152 пациентки с интрамурально-субсерозной локализацией узлов. Вторую группу составили 95 пациенток с субсерозной локализацией узлов и размером от 10 до 90 мм ($\sim 60,4 \pm 1$ мм). Первая группа включала две подгруппы: с размером

узлов от 20 до 50 мм ($\sim 30,6 \pm 1$ мм) — 81 женщина, и от 60 до 100 мм ($\sim 80,2 \pm 1$ мм) — 71 женщина. Все пациентки в предоперационном периоде были обследованы в соответствии с отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения гинекологической патологии и находились в репродуктивном возрасте. Эндовидеохирургическое лечение выполнялось нами под общей анестезией с интубацией трахеи. Нами использовалась лапароскопическая стойка фирмы Karl Storz и стандартный набор лапароскопических инструментов. Нами использовалась биполярная коагуляция для выполнения гемостаза, а ложе миоматозных узлов ушивалось эндоскопическими швами (Vicryl) с экстракорпоральным завязыванием узлов. Для профилактики спаечного процесса на область швов устанавливался Interceed.

Результаты

При анализе проведенных нами операций отмечено, что в первой группе (1 подгруппе) беременность наступила у 47 пациенток (58%), из них у 18 (38,3%) беременность протекала на фоне угрозы прерывания, у 3 (6,4%) беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, у 26 (44,7%) — физиологическая беременность. В 19,1% роды закончились операцией кесарева сечения по показаниям со стороны плода. В первой группе (2 подгруппе) беременность наступила у 36 пациенток (50,7%), из них у 17 (47,2%) беременность протекала на фоне угрозы прерывания, у 3 (8,3%) беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, у 16 (44,5%) — физиологическая беременность. В данной подгруппе в 30,6% случаев беременных родоразрешили путем операции кесарева сечения из-за признаков несостоятельности рубца на матке по данным УЗ-исследования и 14,4% по показаниям со стороны плода. Нами был диагно-

стирован 1 случай несостоятельности рубца на матке в родах, и роды закончили путем операции кесарева сечения. Интраоперационно отмечено истончение стенки матки в области рубца до 1 мм и пролабирование плодного пузыря. Во второй группе беременность наступила у 59 пациенток (62,1%), из них у 18 (30,5%) беременность протекала на фоне угрозы прерывания, у 2 (3,4%) беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, у 39 (66,1%) — физиологическая беременность. В 15,3% — кесарево сечение по показаниям со стороны плода.

Заключение

Таким образом, хорошие результаты лапароскопической миомэктомии зависят от размера и локализации узлов. На наш взгляд, интрамурально-субсерозная локализация в сочетании с большими размерами миоматозных узлов (более 100 мм) должны удаляться из лапаротомного доступа с точки зрения функциональной состоятельности рубца на матке во время беременности и в родах. Рану на матке необходимо ушивать, а не коагулировать. С целью профилактики спаечного процесса целесообразно использовать Interceed в зоне швов на матке.

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ГИСТЕРЭКТОМИЮ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

© Ю. Э. Доброхотова, И. И. Гришин, Н. А. Литвинова, Д. М. Магомедова, Р. Ф. Нуруллин

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета РГМУ, Москва, Россия

Актуальность проблемы

Удаление матки в репродуктивном возрасте небезразлично для женского организма. Гистерэктомия, произведенная в молодом возрасте, может привести к развитию состояния, похожего на менопаузальные расстройства, которые наблюдаются на 5,7 года раньше среднестатистического возраста наступления менопаузы у москвичек. Проведенные исследования продемонстрировали небезразличность проведения гистерэктомии для последующего эмоционального статуса женщин. Пациентки, лишаясь матки, довольно часто впадают в депрессивное состояние в связи с утратой «уникально женского» органа. Кроме того, бытует мнение, что удаление матки соответствует кастрации, и оперированные женщины быстро стареют.

У 30–40% отмечаются те или иные сексуальные расстройства. Это связано с тем, что гистерэктомия влияет на все три составляющие копулятивного акта. Нейрогуморальная составляющая изменяется в связи с изменением функции яичников, развитием гипострогении и всеми вытекающими из этого последствиями, меняется гипоталамо-гипофизарная стимуляция. Психическая реакция женщин связана с эмоциональной реакцией на удаление матки, а также неуверенностью в себе в качестве полового партнера после удаления матки, формированием своеобразным комплексом неполноценности. Изменение генитосегментарной составляющей обусловлено нарушением интерорецепцией влагалищных сводов при выделении шейки матки, возможными рубцовыми образованиями в культе, уменьшением длины влагалища.

Цель исследования

Оценка сексуальной функции у пациенток, перенесших эмболизацию маточных артерий или гистерэктомию в репродуктивном возрасте.

Материал и методы

Изучение отдаленных результатов оперативного лечения было произведено у пациенток, находившихся на лечении на кафедре акушерства и гинекологии Московского факультета РГМУ на базе ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова с 2003 года по 2008 год.

Было обследовано 150 пациенток в возрасте от 26 до 44 лет, средний возраст составил $38,7 \pm 4,36$. В исследование были включены пациентки репродуктивного возраста, перенесшие гистерэктомию без придатков по поводу миомы матки и эмболизацию маточных артерий. Яичники оставались интактны в 100% случаев.

В зависимости от объема и давности оперативного вмешательства больные были разделены на следующие группы: I группа — 60 пациенток после эмболизации маточных артерий. Ia группа — 30 пациенток, обследованные через один год после операции. Ib группа — 30 пациенток, обследованные через три года после операции. II группа — 60 пациенток после экстирпации матки без придатков. IIa группа — 30 пациенток, обследованные через один год после операции. IIб — 30 пациенток, обследованные через три года после операции. III группа — 30 женщин репродуктивного возраста находящихся на диспансерном наблюдении по поводу миомы и имеющих показания для оперативного лечения.