



СИМУЛЬТАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАНИИ МИОМЫ МАТКИ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

© И. В. Берлев¹, А. С. Басос¹, С. Ф. Басос², С. Б. Шейко²

¹ Кафедра акушерства и гинекологии им. А. Я. Красовского, Военно-медицинская академия;

² Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Увеличение продолжительности жизни населения, неблагоприятные воздействия экологических факторов, нерациональное питание привели к увеличению числа больных с несколькими хирургическими заболеваниями. По данным разных авторов, частота сочетанных хирургических заболеваний колеблется от 2,8 до 63, но лишь 6 % из них выполняются симультанные операции.

Как правило, больные с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и малого таза подвергаются поэтапному оперативному лечению, особенно в случаях выявления хирургической и гинекологической патологии, расположенных на разных этажах брюшной полости. В качестве основного аргумента отказа от одномоментной хирургической коррекции сочетанных заболеваний приводится увеличение травматичности операции, обусловленное созданием дополнительных доступов.

Применение эндовидеохирургических методик позволяет значительно снизить травматичность операции при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости и малого таза. Особенно выражены преимущества симультанных эндовидеохирургических операций у гинекологических больных с сопутствующей экстрагенитальной хирургической патологией — хроническим неосложненным калькулезным холециститом.

Материал и методы

Мы располагаем опытом лечения 56 больных с миомой матки и сопутствующим неосложненным хроническим калькулезным холециститом, перенесших симультанные лапароскопические операции. Контрольной группой служили 50 пациенток с миомой матки. Возраст пациенток в обеих группах колебался от 36 до 74 лет, составил в основной группе $53 \pm 9,8$, в контрольной — $52 \pm 8,4$ года. Больные контрольной группы были конкордантны пациенткам основной группы по возрасту, форме основного заболевания, виду

и степени сопутствующей патологии, степени операционно-анестезиологического риска.

Пациенткам проводилось стандартное обследование для гинекологических больных, при подозрении на хронический калькулезный холецистит дополнительно выполнялись исследования печени и желчевыводящих протоков для исключения осложненных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Результаты

У всех больных основным заболеванием, требующим хирургического лечения, была миома матки, которая имела интрамурально-субсерозный характер у 16 (28 %), интрамуральный — у 34 (61 %), субмукозный — у 6 (11 %) пациенток. Больные предъявляли жалобы на метроррагии в 56 %, рост опухоли в 45 %, нарушение функции смежных органов в 37 % случаев.

Пациентки основной группы имели жалобы, ассоциированные с патологией желчевыводящих путей: наиболее частыми среди них были чувство тяжести в правой подреберной области у 24 (43 %) больных, проявления желудочно-кишечной диспепсии — 19 (34 %), приступы печеночных колик — 12 (21 %).

Во всех случаях симультанные операции начинались с лапароскопической холецистэктомии. В 16 случаях, при невозможности лапароскопического выполнения, гинекологический этап выполнялся открытым доступом.

Были проанализированы продолжительность операции, частота интраоперационных и послеоперационных осложнений, характер течения послеоперационного периода и его продолжительность. В сравнении с контрольной группой длительность симультанных операций была в среднем на 35 минут больше, что составило 21,7 % от общего времени хирургического вмешательства.

Интраоперационных осложнений в обеих группах не было. Осложнения раннего послеоперационного периода у больных основной группы составили 5,3 %, из них непосредственно с этапом холецистэк-

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-