

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ

**Ковалевская Дарья Викторовна**  
студент

**Петрова Екатерина Валентиновна**  
кандидат медицинских наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет  
Минск (Беларусь)

**Аннотация.** В настоящее время отмечается тенденция к смещению выполнения репродуктивной функции супружескими парами в более поздний возрастной период, что способствует увеличению доли пациентов с различной гинекологической и экстрагенитальной патологией. В данной работе освещены наиболее часто выполняемые оперативные вмешательства на матке и придатках матки при лапароскопическом доступе, а также показания к их проведению.

**Ключевые слова:** лапароскопия, придатки матки, лапароскопический доступ, оперативное лечение.

**Введение.** Гинекологическая патология в зависимости от вида требует не только консервативной, но и хирургической терапии: одним из методов лечения пациенток является оперативное вмешательство. При наличии условий, методом выбора является лапароскопический доступ ввиду меньшей травматичности, продолжительности оперативного вмешательства и меньшей частоты возникновения осложнений по сравнению с лапаротомическим доступом [1]. Отмечается лучшее восстановление регуляторно-адаптивных возможностей женского организма после операций с использованием лапароскопического доступа [2-4]. Раннее и наиболее полное восстановление после оперативного лечения гинекологических заболеваний становится всё более актуальным не только в связи с непосредственным влиянием на репродуктивное здоровье и возможности женщины, но и в связи с возрастающей долей экстрагенитальной сопутствующей патологии у пациенток гинекологического профиля [1].

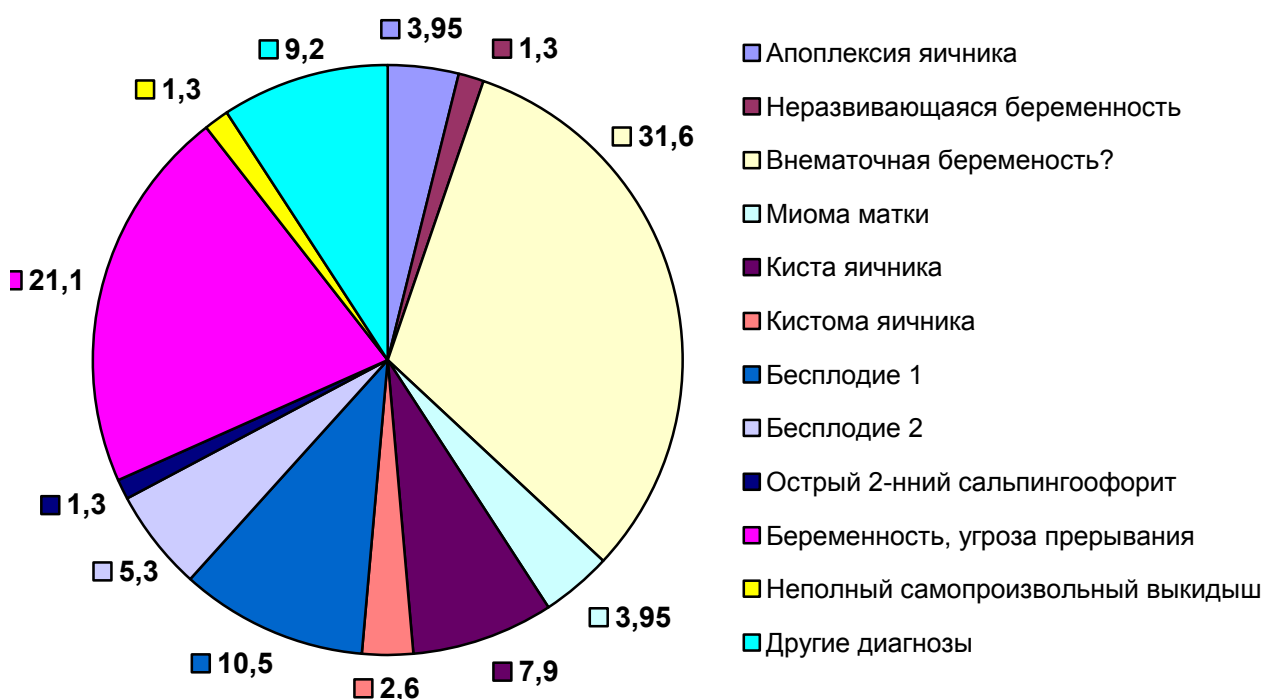
**Цель исследования.** Проанализировать структуру оперативных вмешательств, выполненных на органах малого таза при лапароскопическом доступе, у пациенток различных возрастных групп.

**Материалы и методы.** Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 76 пациенток, которым было выполнено оперативное вмешательство на органах малого таза лапароскопическим доступом на базе УЗ «1-я ГКБ» в 2017 году.

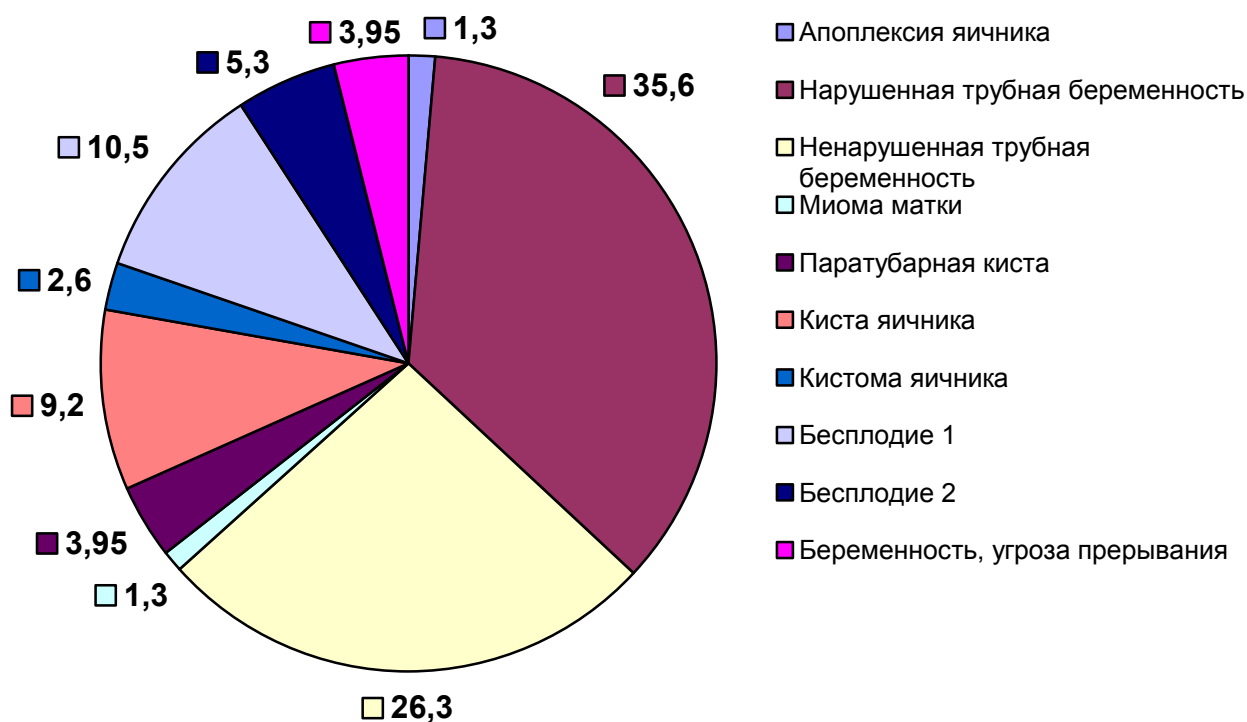
**Результаты и их обсуждение.** Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от возраста: I группа 19-34 года – 52 (68,4 %) и II группа 35-45 лет – 24 (31,6 %) пациенток. В анамнезе беременности были соответственно в I и II группах у 29 (55,8 %) и у 17 (70,8 %) пациенток, в том числе роды – у 18 (34,6 %) и у 15 (62,5 %) пациенток, аборт – у 4 (7,7 %) и у 4 (16,7 %) пациенток, выкидыши – у 1 (1,9 %) и у 4 (16,7 %) пациенток, неразвивающаяся – у 2 (3,8 %) и у 2 (8,3 %) пациенток и внематочная беременность – у 6 (11,5 %) и 4 (16,7 %). Операции в анамнезе

имели 24 (46,1 %) и 14 (58,3 %) пациенток, среди выполненных оперативных вмешательств в I и II группах: аппендэктомия – у 7 (13,5 %) и у 6 (25 %), сальпингоэктомия – у 3 (5,8 %) и у 1 (4,2 %), КС – у 6 (11,6 %) и у 4 (16,7 %), РДВ – у 2 (3,8 %) и у 5 (20,8 %), КЦ – у 2 (3,8 %) и у 4 (16,7 %), ДЭК – у 5 (9,6 %) и у 2 (8,4 %) пациенток соответственно. Также у пациенток I группы были выполнены: холецистэктомия – 2 (3,8 %) пациентки, пластика маточных труб – 2 (3,8 %) пациентки, аспирационная биопсия эндометрия – 3 (5,7 %) пациентки и по 1 (1,9 %) пациентке, которым выполнялись консервативная миомэктомия и лечение эктопии шейки матки. По 1 (4,2 %) пациентки II группы имели в анамнезе цистэктомию и диагностическую лапароскопию.

Наиболее значимые формулировки диагноза направившего учреждения представлены на рисунке 1, а клинического диагноза – на рисунке 2. Совпадение диагноза направившего учреждения и клинического диагноза наблюдалось в 56,9 % случаев.



**Рис. 1. Распределение по диагнозу направившего учреждения, в процентах**



**Рис. 2. Распределение по клиническому диагнозу, в процентах**

Были выполнены следующие оперативные вмешательства у пациенток I и II групп соответственно: сальпингэктомия – у 27 (51,9 %) и 17 (70,8 %) пациенток, фимбриопластика – у 2 (3,8 %) и 1 (4,2 %) пациенток, удаление плодного яйца – у 8 (15,4 %) пациенток I группы, сальпингостомия – у 2 (3,8 %) пациенток I группы, сальпингоовариолизис и адгезиолизис – у 15 (28,8 %) и 5 (20,8 %) пациенток, цистэктомия – у 5 (9,6 %) и 4 (16,7 %) пациенток, миомэктомия – у 2 (3,8 %) и 4 (16,7 %) пациенток, ХСС – у 2 (3,8 %) пациенток I группы, диагностическая ЛС – у 5 (9,6 %) и 3 (12,5 %) пациенток соответственно, аднексэктомия – по 1 пациентке в обеих группах (1,9 % и 4,2 % соответственно), каутеризация яичников и удаление паратубарной кисты – у 5 (9,6 %) и 4 (7,7 %) пациенток I группы соответственно. Также у 1 (4,2 %) пациентки II группы при выполнении лапароскопии по поводу множественной миомы матки возникла необходимость лапаротомного доступа для последующей экстирпации матки в связи с выраженным спаечным процессом. Показани-

ями к оперативному вмешательству явились у пациенток I и II групп соответственно: ненарушенная внутриматочная – у 14 (26,9 %) и у 4 (16,7 %) пациенток и нарушенная внутриматочная беременность – у 18 (34,6 %) и у 9 (37,5 %) пациенток, в том числе с внутрибрюшным кровотечением – у 4 (7,7 %) пациенток I группы; кистозные образования яичников – у 9 (17,3 %) и у 7 (29,2 %) пациенток, бесплодие I – у 11 (21,1 %) и у 3 (12,5 %) пациенток и бесплодие II – у 3 (5,7 %) и у 4 (16,7 %) пациенток, хронический сальпингоофорит – у 20 (38,5 %) и у 8 (33,3 %) пациенток с образованием гидросальпинксов – у 2 (3,8 %) и у 5 (20,8 %) пациенток.

**Выводы.** У пациенток позднего репродуктивного периода преимущественно чаще хронический воспалительный процесс сопровождается образованием гидросальпинксов, что требует радикальных методов лечения. Также у данной группы пациенток среди показаний к оперативному вмешательству кистозные образования яичников наблюдаются значительно чаще, чем в раннем репродуктивном периоде, что связано, вероятно, с увеличением доли перенесенных гинекологических заболеваний и, соответственно, требует более щадящих методов лечения и по возможности сохранения репродуктивного потенциала у пациенток данной возрастной группы. Внематочная беременность преимущественно регистрируется у пациенток раннего репродуктивного периода, что требует выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств. Правильная тактика ведения пациенток в зависимости от возрастной категории позволит сохранить репродуктивный потенциал женского населения.

## Список использованных источников

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. С. 784.
2. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2013. С. 100.
3. Гинекология / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2012. С. 329.
4. Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / под ред. Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян. М.: «МЕДИ Экспо», 2010. С. 126, 144, 145.