

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ

*Ковалевская Дарья Викторовна*

*студент, Белорусский государственный медицинский университет  
Республика Беларусь, г. Минск*

*Петрова Екатерина Валентиновна*

*канд. мед. наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет, кафедра  
акушерства и гинекологии, УЗ «1-я городская клиническая больница»,  
Республика Беларусь, г. Минск*

**Введение.** В настоящее время отмечается тенденция к смещению выполнения репродуктивной функции супружескими парами в более поздний возрастной период, что способствует увеличению доли пациенток с различной гинекологической и экстрагенитальной патологией. 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 [4]. Отмечается лучшее восстановление регуляторно-адаптивных возможностей женского организма после операций с использованием лапароскопического доступа [1, 2, 3]. 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 [4].

**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.





Рисунок 1. Распределение по диагнозу направившего учреждения, в процентах



Рисунок 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. Показаниями к оперативному вмешательству явились у пациенток I и II групп соответственно: ненарушенная внематочная – у 14 (26,9%) и у 4 (16,7%) пациенток и нарушенная внематочная 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 литературы:

1. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / под редакцией акад. РАМН Г.М. Савельевой, акад. РАМН Г.Т. Сухих, проф. И.Б. Манухина. - Москва, «ГОЭТАР-Медиа», 2013. - с. 100.
2. Гинекология. Четвертое издание / под редакцией академика РАМН, профессора Г.М. Савельевой, профессора В.Г. Бреусенко. - Москва, «ГОЭТАР-Медиа», 2012. - с. 329.
3. Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / под редакцией академика РАМН, д.м.н., профессора Г.Т. Сухих, академика РАМН, д.м.н., профессора Л.В. Адамян. - Москва, «МЕДИ Экспо», 2010. - с. 126, 144, 145.
4. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред. Г.Т.Сухих, Т.А.Назаренко. 2-е изд. испр. и доп. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2010. - с. 784.