

УДК 618.1-089:618.15:618.14

© Коллектив авторов, 2011.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

**Е. Д. Минович, А. Н. Мацынин, Ю. А. Талалаенко, Е. Е. Минович**

*Центральная городская клиническая больница №6 (гл. врач – С. В. Ткачук), г. Донецк.*

**USAGE OF TRANSVAGINAL ACCESS IN PRODUCTION OF CONSERVATIVE MYOMECTOMY**  
**Ye. D. Mirovich, A. N. Matcinin, Y. A. Talalaenko, E. E. Mirovich**

### SUMMARY

The general results of usage transvaginal access in production of conservative myomectomy with 32 patients. It is shown this access is not worse in its little invasiveness than laparoscopic access. At the same time method of «manual» sutures on uterus under visual observation in few lines assists to form equal to laparoscopic access scar.

**ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО ДОСТУПУ ПРИ ВИКОНАННІ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ**  
**Є. Д. Мірович, О. М. Мацинін, Ю. О. Талалаєнко, Є. Є. Мірович**

### РЕЗЮМЕ

Проведено узагальнення результатів застосування трансвагінального доступу при виконанні консервативної міомектомії у 32 пацієнток. Вказано, що цей доступ є малотравматичним і не поступається лапароскопічному. В той же час, при застосуванні даного методу накладення «ручних» швів на матку під візуальним контролем у декілька рядків сприяє формуванню рубця, що співвідноситься за якістю до лапаротомного доступу.

**Ключевые слова: консервативная миомэктомия, трансвагинальный доступ.**

Миома матки является одним из наиболее распространенных опухолевых процессов женской половой сферы, частота которого составляет 25-50% среди всех гинекологических заболеваний [1, 2]. Отсутствие обоснованных методов воздействия на этиопатогенетические механизмы данной патологии нехирургическим путем обуславливает приоритет хирургических методов в ее лечении. При этом в 70-75% случаев выполняются радикальные вмешательства, которые не только лишают женщину возможности реализации фертильной функции в последующем, но и значительно снижают качество жизни вследствие развития нейровегетативно-эндокринных нарушений [3]. В связи с этим в последнее время все больше внимания уделяется органосохраняющим методам хирургического лечения лейомиомы матки.

Несмотря на продолжающиеся дискуссии и различие взглядов относительно целесообразности миомэктомии, данная операция заняла прочные позиции в оперативной гинекологии как вмешательство, эффективное в большинстве клинических ситуаций [4]. Реконструктивно-пластические операции по поводу миомы матки на современном этапе осуществляются путем комплексного подхода, использования современных технологий, разных доступов, различных хирургических энергий, шовных и полимерных материалов.

В настоящее время при выполнении консервативной миомэктомии используются, в основном, абдоминальный и лапароскопический доступы [5, 6]. Абдоминальный доступ имеет преимущества в технической доступности и качестве наложения швов на матку, что имеет существенное значение для женщин, не реализовавших репродуктивную функцию. Вместе с тем, при использовании лапароскопического доступа значительно снижена хирургическая агрессия, что способствует более быстрой послеоперационной реабилитации больных.

Трансвагинальный доступ при проведении консервативной миомэктомии применяется крайне редко, что обусловлено, с одной стороны, небольшим количеством специалистов, владеющих вагинальной хирургией, с другой – определенными ограничениями самого доступа. Вместе с тем, данный метод по своей малоинвазивности не уступает лапароскопическому. В связи с этим использование влагалищного доступа, по нашему мнению, является незаслуженно забытым.

Целью данной работы было обобщение результатов применения трансвагинального доступа при производстве консервативной миомэктомии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с января 2008 по декабрь 2010 года консервативная миомэктомия через задний кольпотомный доступ была произведена 32 пациенткам,

возрастом от 26 до 48 лет (средний возраст  $34,0 \pm 0,7$  лет). Влагалищные роды в анамнезе имели 18 женщин, операции кесарево сечение – 7, не рожавших было 7. Количество удаленных миоматозных узлов варьировало от 1 до 3, а их размеры – от 3 до 12 см. Основным условием для выполнения операции было расположение узлов по задней стенке матки и доступность их пальпации через задний влагалищный свод.

Перед оперативным вмешательством пациентки были обследованы в соответствии с приказом № 620 МОЗ Украины «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні». Патология шейки матки была исключена при кольпоскопическом исследовании, патология придатков матки – при ультразвуковом исследовании органов малого таза. Также при трансвагинальном УЗИ определялось

количество, локализация, взаиморасположение, вариант кровоснабжения миоматозных узлов и расстояние от них до границы эндометрия. В 19 случаях имели место субсерозные узлы с шириной основания от 2 до 7 см, в остальных случаях узлы располагались интерстициально.

Все операции были выполнены под перидуральной анестезией с проведением интраоперационной антибиотикопрофилактики. Перед началом операции производилось опорожнение мочевого пузыря. С помощью бимануального исследования уточнялись локализация и размеры узлов, смещаемость матки и адекватность кольпотомного доступа. Для уменьшения кровоточивости слизистая заднего свода влагалища инфильтрировалась 0,1% раствором адреналина, после чего продольным разрезом длиной 5-6 см выполнялась задняя кольпотомия (Рис. 1).

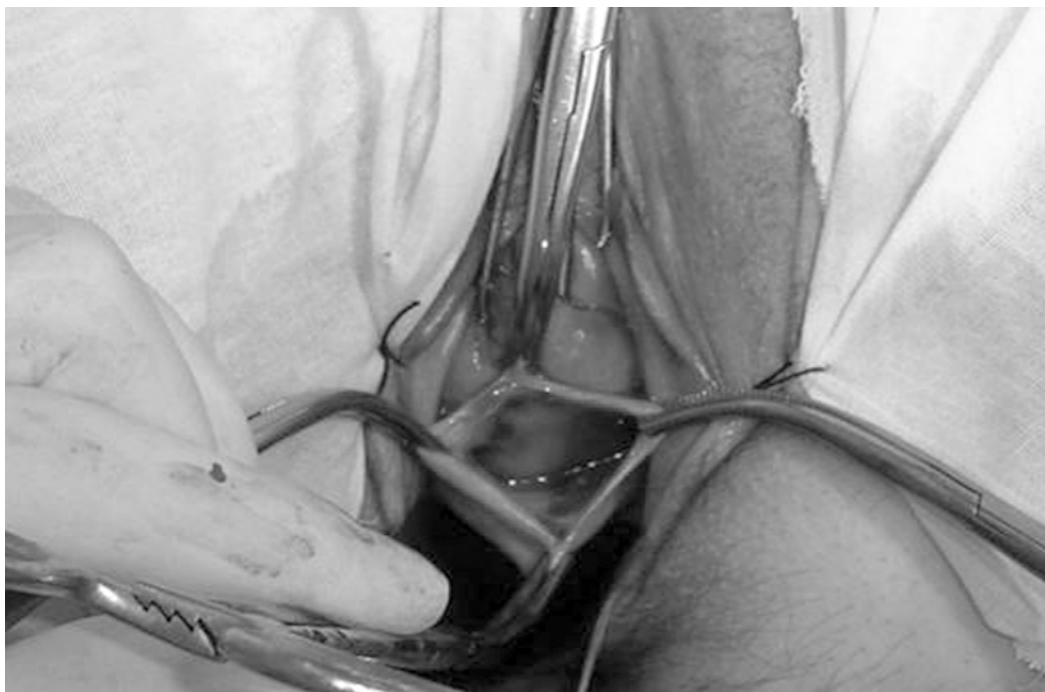
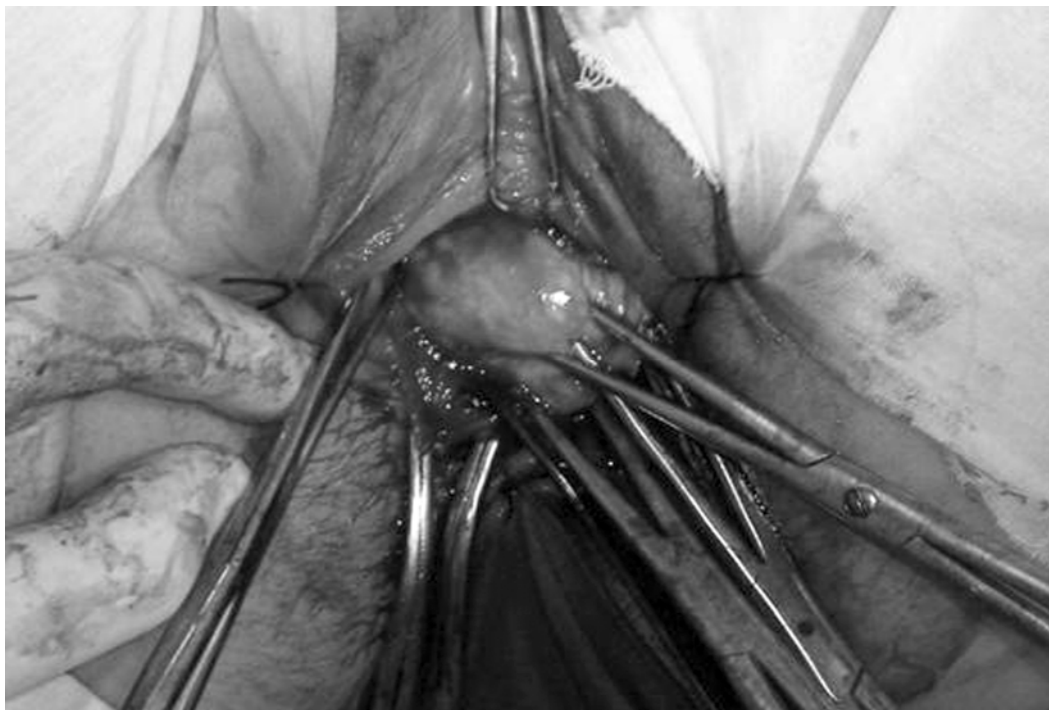


Рис. 1. Производство задней кольпотомии.

Края разреза захватывались зажимами Микулича и разводились в стороны. При необходимости крестцово-маточные связки пересекались. Проводилась дополнительная инфильтрация тканей матки вокруг миоматозного узла раствором адреналина. Затем над узлом рассекалась серозная оболочка матки, миоматозный узел захватывался пулевыми щипцами и выводился в кольпотомное отверстие (рис. 2). Проводилась частично острая, частично тупая диссекция узла с постепенно продолжающимся низведением узла в рану.

При размерах узла, превосходящих кольпотомный разрез, выполнялась фрагментация миомы (рис. 3). После удаления узлов матка ротировалась и выводилась в кольпотомную рану. Под визуальным контролем, в зависимости от глубины раны на матке, накладывалось необходимое количество рядов отдельных викриловых швов. Матка зондировалась для проверки целостности, после чего возвращалась в физиологическое положение в брюшную полость, а кольпотомный разрез наглухо ушивался.



**Рис. 2.** Миоматозный узел захвачен пулевыми щипцами и выведен в кольпотомную рану.



**Рис. 3.** Фрагментация узла.

Течение послеоперационного периода оценивалось с помощью общеклинических данных. Контрольное ультразвуковое исследование производилось перед выпиской и через 2-3 месяца при контрольном осмотре.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Продолжительность оперативного вмешательства составила от 40 до 85 минут (в среднем 65 минут). Ученный объем кровопотери колебался от 50 до 200 мл. Вскрытие полости матки зафиксировано в 2 слу-

чаях, после чего целостность эндометрия была восстановлена отдельными узловатыми швами. В послеоперационном периоде у всех пациенток болевые ощущения были незначительными, что позволяло вести их с использованием ненаркотических анальгетиков. Субфебрильная лихорадка в течение первых суток была отмечена у 17 больных, в последующем лихорадка не отмечалась. У одной пациентки лихорадка продолжалась 2 недели, что определило продолжительность ее пребывания в стационаре. В дальнейшем у данной больной при патогистологическом исследовании была диагностирована миосаркома, в связи с чем ей была выполнена тотальная лапароскопическая гистерэктомия с тазовой лимфодиссекцией. Средняя продолжительность пребывания остальных больных в стационаре составила 2,4 суток.

#### ВЫВОДЫ

Трансвагинальный доступ является относительно простым способом производства консервативной миомэктомии. По своей малоинвазивности он не уступает лапароскопическому. В то же время, при использовании данного метода наложение «ручных» швов на матку под визуальным контролем в несколько рядов способствует формированию рубца на матке, соответствующему по качеству лапаротомному доступу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Миома матки / Вихляева Е. М. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 399 с.
2. Тихомиров А. Л. Новые принципы лечения миомы матки : методическое руководство для врачей акушер-гинекологов / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. – Москва, 2006. – 48 с.
3. Кваша Т. І. Прогнозування та профілактика синдрому хірургічної менопаузи у жінок після гістеректомії : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Т. І. Кваша. – Київ, 2002. – 20 с.
4. Савельева Г. М. Современные технологии в диагностике и лечении заболеваний матки / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Ю. А. Голова // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 5. – С. 22–25.
5. Опыт органосохраняющего лечения гигантских лейомиом матки / [Татарчук Т. Ф., Косей Н. В., Альтман И. В., Кондратюк В. А.] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2008. – С. 697–700.
6. Гладчук И. З. Лапароскопическая миомэктомия / И. З. Гладчук, В. Д. Лищук // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2005. – № 9. – С. 29–32.