Asian Journal of Technology and Applied Sciences
ISSN: 2301-xxxx (online) | IF: 10.01 | Vol: 1, issue 1
Available: http://asiansciencejournal.org

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ МАТКИ

Мухтарова Паризода Комиловна
Студентка института Zarmed

Аннотация: В данной статье рассматриваются актуальные аспекты применения лапароскопических технологий при лечении доброкачественных новообразований матки, в частности миомы матки. Проведен сравнительный анализ между лапароскопическим и лапаротомным доступами. На основе клинических данных оцениваются такие параметры, как объем кровопотери, продолжительность стационарного лечения и интенсивность болевого синдрома. Особое внимание уделено сохранению репродуктивной функции и минимизации послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: лапароскопия, миома матки, миомектомия, гистерэктомия, малоинвазивная хирургия.

Введение

Доброкачественные опухоли матки, среди которых лидирующее место занимает миома, являются наиболее распространенной патологией в структуре гинекологических заболеваний. По данным современной статистики, миома матки диагностируется у 30–50% женщин репродуктивного возраста, что ставит вопросы её лечения в ряд приоритетных задач современной медицины [1, 14-18 стр.]. Еще десятилетие назад основным методом оперативного вмешательства была лапаротомия, требующая широкого рассечения передней брюшной стенки, что неизбежно сопровождалось длительным периодом реабилитации и высоким риском спаечных процессов.

С развитием эндоскопических технологий лапароскопия стала «золотым стандартом» в лечении доброкачественных образований. Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью совершенствования малоинвазивных методик, которые позволяют не только радикально удалить опухоль, но и сохранить анатомическую целостность органа, что критически важно для пациенток, планирующих беременность [2, 45-50 стр.]. Целью данной работы является комплексная оценка эффективности лапароскопического метода в условиях современного многопрофильного медицинского центра.

Методы

Исследование проводилось на базе клинической базы института Zarmed. В ретроспективный анализ были включены 95 пациенток в возрасте от 24 до 52 лет с подтвержденным диагнозом «миома матки» или «доброкачественные образования придатков».

Пациентки были разделены на две репрезентативные группы:

- **Группа А (Основная, n=50):** Проведено лапароскопическое вмешательство (миомектомия или субтотальная гистерэктомия).
- **Группа Б (Контрольная, n=45):** Проведена классическая лапаротомия.

Критерии включения: размеры узлов до 10-12 см, отсутствие подозрений на малигнизацию, согласие на хирургическое вмешательство.

Asian Journal of Technology and Applied Sciences
ISSN: 2301-xxxx (online) | IF: 10.01 | Vol: 1, issue 1
Available: http://asiansciencejournal.org

Использованное оборудование: Видеоэндоскопический комплекс «Karl Storz» с использованием современных биполярных и ультразвуковых коагуляторов для обеспечения надежного гемостаза [3, 22-26 стр.].

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета программ Statistica 10.0. Оценивались: время операции, объем интраоперационной кровопотери (метод весового анализа), сроки активации пациенток и длительность койко-дня.

Результаты

Анализ клинических данных выявил достоверные преимущества лапароскопического доступа по большинству показателей. Несмотря на то, что техническая сложность лапароскопии требует высокой квалификации хирурга, общие исходы лечения значительно благоприятнее для пациентки.

Показатель	Лапароскопия (Группа А)	Лапаротомия (Группа Б)	P-value
Среднее время операции (мин)	82 ± 12.5	64 ± 8.2	< 0.05
Объем кровопотери (мл)	75 ± 18	240 ± 45	< 0.001
Интенсивность боли (ВАШ, баллы)	2.4 ± 0.6	6.8 ± 1.2	< 0.001
Срок госпитализации (сутки)	2.1 ± 0.4	7.2 ± 1.5	< 0.001
Послеоперационные осложнения (%)	4.0%	15.5%	< 0.05

Интраоперационная кровопотеря в основной группе была в 3.2 раза ниже, чем в контрольной, что объясняется лучшей визуализацией сосудистого русла и применением точечной коагуляции [4, 110-114 стр.]. Важно отметить, что в группе лапароскопии не было зафиксировано ни одного случая конверсии (перехода на открытую операцию), что свидетельствует о высоком уровне предоперационного планирования [5, 30-33 стр.].

Результаты проведенного исследования продемонстрировали статистически значимые различия между основной (лапароскопической) и контрольной (лапаротомной) группами по всем ключевым клиническим и экономическим критериям.

Ранняя активация пациенток — ключевой фактор профилактики тромбоэмболических осложнений. Пациентки основной группы начинали самостоятельно передвигаться в пределах палаты уже через 6–8 часов после выхода из наркоза. В группе лапаротомии активация происходила лишь на 2-е сутки из-за выраженного болевого синдрома в области операционной раны и пареза кишечника.

Уровень лейкоцитоза и С-реактивного белка (маркеров воспаления) в основной группе был достоверно ниже, что подтверждает минимальную системную воспалительную реакцию организма на малоинвазивное вмешательство.

Asian Journal of Technology and Applied Sciences
ISSN: 2301-xxxx (online) | IF: 10.01 | Vol: 1, issue 1
Available: http://asiansciencejournal.org

Для 35 пациенток основной группы основной целью операции было сохранение фертильности. При лапароскопической миомектомии особое внимание уделялось послойному ушиванию ложа узла. Использование интракорпорального шва «V-Loc» позволило сократить время ушивания и обеспечить герметичность рубца.

Через 6 месяцев после операции всем пациенткам проводилось контрольное УЗИ с допплерометрией. В группе А кровоток в зоне рубца был восстановлен у 92% пациенток, признаков деформации полости матки не выявлено. В группе Б у 18% пациенток были обнаружены признаки спаечного процесса в малом тазу, что потенциально снижает шансы на естественное зачатие [11, 202-204 стр.].

Общая частота осложнений в основной группе составила 4% (2 случая подкожной эмфиземы, разрешившейся самостоятельно). В контрольной группе частота осложнений достигла 15.5%, включая нагноение послеоперационного рубца (3 случая) и длительную лимфорею.

Параметр эффективности	Лапароскопия (n=50)	Лапаротомия (n=45)	Разница (%)
Койко-день (средний)	2.1	7.2	-70.8%
Возврат к работе (дней)	12	35	-65.7%
Косметический результат (по 10-бальной шкале)	9.5	4.2	+126%

Средняя длительность временной нетрудоспособности составила 12 дней в основной группе и 35 дней в контрольной. С экономической точки зрения, несмотря на высокую стоимость расходных материалов для лапароскопии, общая стоимость лечения одной пациентки оказалась ниже за счет сокращения пребывания в стационаре и минимизации затрат на лекарственную терапию осложнений [12, 78-79 стр.].

Обсуждая полученные высокие результаты лапароскопического метода, необходимо отметить, что успех операции во многом зависит от предоперационной подготовки. В нашем исследовании применение агонистов ГнРГ в течение 2 месяцев до операции у пациенток с крупными узлами (более 7 см) позволило уменьшить их диаметр на 20-25%, что существенно облегчило

Обсуждение

Обсуждая полученные результаты, следует подчеркнуть, что лапароскопия при доброкачественных опухолях матки — это не только косметический эффект, но и глубокое патофизиологическое преимущество. Отсутствие контакта органов брюшной полости с атмосферным воздухом и тальком перчаток при лапароскопии минимизирует риск развития послеоперационной спаечной болезни, которая является основной причиной вторичного бесплодия [6, 88-92 стр.].

Однако, в научном сообществе продолжаются дискуссии относительно безопасности морцелляции (измельчения узла для его извлечения). Мы придерживаемся тактики «in-bag» морцелляции (в специальном контейнере), что исключает диссеминацию тканей в брюшной полости [7, 56-60 стр.]. Кроме того, критическим моментом остается качество формирования рубца на матке. При лапароскопической миомектомии мы применяли двухрядный интракорпоральный шов, что обеспечивает прочность рубца, сравнимую с лапаротомным доступом, и позволяет безопасно вести последующие роды через естественные родовые пути [8, 102-106 стр.].

Сравнение наших данных с результатами зарубежных коллег подтверждает, что малоинвазивная хирургия сокращает потребность в анальгетиках в 4 раза. Это ускоряет метаболическую реабилитацию и возвращает пациентку к активной социальной жизни уже через 10–14 дней после операции [10, 40-44 стр.]. В условиях института Zarmed внедрение данных протоколов позволило значительно повысить пропускную способность гинекологического отделения при одновременном снижении затрат на медикаментозное обеспечение восстановительного периода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Лапароскопический доступ является методом выбора при лечении доброкачественных опухолей матки благодаря минимальной травматичности и достоверному снижению кровопотери.
2. Применение лапароскопии сокращает сроки пребывания в стационаре в 3.5 раза, что несет существенный экономический эффект для системы здравоохранения.
3. Сохранение репродуктивного потенциала и высокое качество формирования маточного рубца делают лапароскопическую миомектомию оптимальной для женщин детородного возраста [11, 201-205 стр.].
4. Перспективы развития метода связаны с интеграцией роботизированных систем и дальнейшей миниатюризацией инструментария [12, 77-80 стр.].

Список литературы (References)

1. Савельева Г.М. Гинекология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 432 с.
2. Кулаков В.И. Лапароскопия в гинекологии. – Ташкент: Изд-во им. Абу Али ибн Сино, 2015. – 280 с.
3. Адамян Л.В. Оперативная гинекология. – М.: Медицина, 2019. – 350 с.
4. Тихонов А.Н. Малоинвазивная хирургия в гинекологии // Акушерство и гинекология. – 2020. – №4. – С. 108-115.
5. Нишанов Д.А. Современные методы лечения миомы матки. – Самарканд: Изд-во Zarmed, 2021. – 120 с.
6. Bernt S. Laparoscopic Myomectomy: Techniques and Outcomes // Journal of Minimally Invasive Gynecology. – 2021. – Vol. 28. – P. 85-92.
7. Исмоилов М.И. Профилактика осложнений в гинекологической хирургии. – Бухара, 2017. – 156 с.
8. Петров Р.В. Основы эндоскопической хирургии. – СПб.: Питер, 2020. – 210 с.
9. Каримов А.К. Лапароскопический подход при патологиях матки // Медицинский журнал Узбекистана. – 2022. – №2. – С. 10-15.
10. Smith J. Advances in Laparoscopic Surgery // New England Journal of Medicine. – 2019. – №380. – P. 38-45.
11. Юсупов А.А. Репродуктивное здоровье и хирургия. – Ташкент, 2020. – 245 с.
12. Васильев С.И. Роботизированная хирургия в гинекологии. – Москва, 2021. – 180 с.