**Назаренко Олег Ярославович. Лапароскопічні органозберігаючі операції в лікуванні міоми матки : Дис... канд. наук: 14.01.01 – 2006**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Назаренко О. Я. Лапароскопічні органозберігаючі операції в лікуванні міоми матки. — Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 — акушерство та гінекологія. — Одеський державний медичний університет МОЗ України. — Одеса, 2006.Дисертація присвячена вивченню диференційованого застосування лапароскопічного і лапаротомного методів консервативної міомектомії для оптимізації результатів оперативного лікування.У роботі проаналізовано 180 міомектомій, виконаних з використанням лапароскопічної техніки (І група), і 60 випадків лапаротомної міомектомії (ІІ група).Розроблено власний спосіб малоінвазивної органозберігаючої операції при міомі матки — лапароскопічна асистенція вагінальної міомектомії (ЛАВМ). Метод дозволяє якісно, зручно і швидко ушити дефект міометрія після міомектомії інтрамурального міоматозного вузла при лапароскопічному оперативному втручанні.Розроблено та впроваджено в практику алгоритм диференційованого використання лапаротомного і лапароскопічного доступів при хірургічному органозберігаючому лікуванні хворих з одиничною і множинною міомою матки з субсерозною або інтрамуральною локалізацією міоматозних вузлів.На основі результатів дослідження методом вибору можна вважати лапароскопічну міомектомію, виконану за лігатурною або безлігатурною методикою, залежно від репродуктивних намірів пацієнтки, кількості, типу, розмірів міоматозних вузлів. Для видалення одиничного інтрамурального або субсерозного міоматозного вузла діаметром від 40 до 70 мм, розташованого в задній стінці або в ділянці дна матки, слід віддати перевагу лапароскопічній асистенції вагінальної міомектомії (ЛАВМ). Міомектомія відкритим доступом доцільна при вилученні інтрамуральних і субсерозних вузлів діаметром більше 70 мм. Лапароскопічна міомектомія порівняно з класичною трансабдомінальною операцією сприяє зниженню інтраопераційної крововтрати майже вдвічі, зменшує потребу в післяопераційній аналгезії, інфузійній терапії, дозволяє планувати відновлення рухової активності хворих через 6 год після операції, скорочує післяопераційний ліжко-день вдвічі.Результати досліджень впроваджені в роботу лікувальних установ. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено узагальнення та порівняльний аналіз результатів 240 міомектомій, розроблено алгоритм диференційованого застосування лапароскопічного та відкритого методів міомектомії, проведено порівняльний аналіз найближчих і віддалених результатів міомектомії у хворих, оперованих лапароскопічним і відкритим методом, досліджено можливості покращення результатів лапароскопічної міомектомії завдяки впровадженню різних оперативних технік.1. Міомектомія, виконувана класичним відкритим доступом та із застосуванням лапароскопічної техніки, є ефективним методом лікування жінок, хворих на міому матки, репродуктивного віку, а також жінок пременопаузального віку, бажаючих зберегти менструальну функцію. Для покращення найближчих і віддалених результатів операції рекомендується їх диференційоване застосування з урахуванням репродуктивних намірів пацієнтки, розмірів, кількості, типу і розташування міоматозних вузлів, а також використовуваної оперативної техніки.2. Лапароскопічна міомектомія доцільна при наявності міоматозного вузла на ніжці незалежно від його розміру, а також субсерозного й інтрамурального вузлів діаметром до 70 мм, з використанням лігатурної методики у жінок з репродуктивними намірами. Міомектомія відкритим доступом показана при вилученні інтрамуральних і субсерозних вузлів діаметром більше 70 мм.3. Для видалення одиничного інтрамурального або субсерозного міоматозного вузла діаметром від 40 до 70 мм, розташованого в задній стінці або в ділянці дна матки, слід віддати перевагу лапароскопічній асистенції вагінальної міомектомії (ЛАВМ) при умовах достатньої еластичності піхви, що дозволяє в більш зручних умовах швидко і якісно ушити ложе вилученого міоматозного вузла.4. Лапароскопічна міомектомія субсерозних і інтрамуральних вузлів діаметром до 70 мм, а також міоматозних вузлів на ніжці, порівняно з класичною трансабдомінальною операцією, сприяє зниженню інтраопераційної крововтрати майже вдвічі, зменшує потребу в післяопераційній аналгезії, інфузійній терапії, дозволяє планувати відновлення рухової активності хворих через 6 год після операції, скорочує післяопераційний ліжко-день вдвічі.5. Після консервативної міомектомії, виконаної лапароскопічно і трансабдомінально, частота бажаної вагітності становила 45–47 % відповідно і не залежала від кількості, розміру, типу міом і техніки оперування.Алгоритм диференційованого застосування лапароскопічної технікипри проведенні консервативної міомектомії6. Вірогідність розвитку рецидиву міоми значно збільшується у пацієнток віком від 30 до 40 років, які не народжували (r =+1,7), з множинною міомою матки (r =+1,87), клітинного гістотипу (r =+1,9).7. Розроблений нами алгоритм хірургічного лікування хворих на міому матки дозволив покращити найближчі і віддалені результати консервативної міомектомії і ефективно використовувати переваги малоінвазивної лапароскопічної техніки |

 |